

Sónia Alexandra Martins Pereira

“A CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS”

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2006

Sónia Alexandra Martins Pereira

“A CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS”

Atesto a originalidade do trabalho:

Sónia Alexandra Martins Pereira

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.”

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2006

Siglas

CAT - Centro de Acolhimento Temporário

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPM – Comissão de Protecção de Menores

D.C – Depois de Cristo

DGS – Direcção Geral de Saúde

IAC - Instituto de Apoio à Criança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAFAC – Projecto de Apoio à Família e à Criança

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Os maus-tratos na infância têm vindo a ganhar, de forma crescente e consciente, a atenção e o interesse da comunidade científica, bem como de toda a sociedade.

O tema dos maus-tratos não é apenas actual. Trata-se de uma realidade que caracteriza a vida em sociedade e é um fenómeno multidimensional, delicado e grave. Existem vários tipos de maus-tratos, a que o presente trabalho faz referência.

O maltrato infantil pode desencadear na criança um conjunto de consequências: físicas, afectivas, sociais, comportamentais e cognitivas, podendo comprometer todo o desenvolvimento do sujeito.

Existe um aumento crescente de crianças vítimas de maus-tratos. Crianças que não foram desejadas, não sabem quem são, de onde vêm, porque sofrem assim, não nasceram iguais em direitos, vivendo no seio de famílias caóticas e desajustadas.

Sem uma intervenção multidisciplinar, estas crianças vão ser reduzidas a nada, crescendo no abandono e na miséria.

Este trabalho trata de uma realidade cada vez mais comum e difícil de enfrentar, onde os maus-tratos físicos, abuso sexual, negligência, maus-tratos psicológicos e síndrome de Munchausen são delineados peculiarmente, para tentarmos compreender o porquê dos maus-tratos infantis.

Realizou-se um questionário aos pais, de modo a que nos transmitissem os seus conhecimentos, para melhor compreender a situação dos maus-tratos infantis, uma vez que vários estudos indicam que são os pais os principais agressores.

A investigação proposta tem como objectivo verificar a percepção dos pais e comprovar o seu impacto social. Para tal, reuniu-se uma amostra de 50 pais. Foi utilizado um questionário, para avaliar a percepção dos pais relativamente aos maus-tratos na infância. Os resultados obtidos demonstraram que, de um modo geral, os pais identificam os tipos de maus-tratos, os sinais e os meios.

Conclui-se, reconhecendo a ambiguidade, heterogeneidade e complexidade deste fenómeno, bem como a necessidade imperiosa de mecanismos preventivos e remediativos na erradicação dos maus-tratos na infância e na luta pela concretização dos direitos elementares destas crianças, nomeadamente o direito a uma educação propícia ao desenvolvimento equilibrado.

Dedicatória

À minha Família!

Aos meus Amigos!

Aos meus Docentes!

A todas as crianças do mundo!

Agradecimentos

À Enfermeira Lurdes Gonçalves, a quem me liga uma respeitosa amizade, devo grande parte da minha formação e orientação desta monografia.

A todos os Docentes da Universidade Fernando Pessoa que contribuíram para a minha formação.

A todos os pais que contribuíram para o preenchimento do questionário.

A todos os colegas e amigos que me acompanharam durante estes 4 anos e me deram o seu apoio e estímulo, o meu sincero reconhecimento.

Aos meus pais, pelo enorme esforço e apoio que me deram para concluir este sonho.

MUITO OBRIGADA!

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	11
Capítulo I – MAUS-TRATOS INFANTIS.....	14
1- Maus-tratos / compromisso do desenvolvimento.....	14
1.1 - Evolução histórica.....	14
1.2 - Tipologia dos maus-tratos.....	19
1.2.1 - Mau-trato físico.....	20
1.2.2 – Negligência.....	21
1.2.3 - Abuso sexual.....	21
1.2.4 - Mau-trato psicológico.....	22
1.2.5 - Síndrome de Munchausen.....	23
1.3 - Factores de risco.....	23
1.3.1 – A violência.....	25
1.4 - Consequências orgânicas e psicossociais.....	27
2 - A criança em crescente desenvolvimento.....	28
2.1 – Prevenção.....	29
2.1.1 - Prevenção primária.....	30
2.1.2 - Prevenção secundária.....	31
2.1.3 - Prevenção terciária.....	31
2.2 - A Família e o Papel parental.....	32
2.2.1 - Papel Maternal.....	35
2.2.2 - Papel Paternal.....	36

3 - Caminhos e respostas.....	37
3.1 - Aspectos Epidemiológicos.....	37
3.2 - Direitos das crianças e deveres da sociedade.....	41
3.3 - Intervenção multidisciplinar.....	44
3.4 - Encaminhamento e Sinalização.....	49
Capítulo II – FASE METODOLÓGICA.....	52
1 - Justificação do tema.....	52
2 - Objectivos científicos e Questões Orientadoras.....	52
3 - Definição da População e da Amostra.....	54
4 - Definição das Variáveis.....	54
5 - Método de Estudo e de Colheita de Dados.....	55
6 - Pré-teste.....	56
7 - Considerações éticas.....	57
Capítulo III – FASE EMPÍRICA.....	58
1 – Apresentação dos resultados.....	58
2 – Discussão dos resultados.....	66
Conclusão.....	70
Bibliografia.....	72

Anexos

Anexo I - Indicadores dos maus-tratos infantis

Apêndice

Apêndice I - Questionário

Apêndice II – Cronograma

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual do género dos pais inquiridos.....	58
Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por idade.....	59
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por residência.....	59
Quadro 4 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por profissão.....	60
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por habilitações literárias/académicas.....	61
Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por estado civil.....	61
Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por número de filhos....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos inquiridos, relativamente ao tipo de maus-tratos infantis.....	63
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos pais inquiridos, relativamente aos sinais de maus-tratos.....	64
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos pais inquiridos, relativamente aos meios de sinalização.....	65

Introdução

Como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Fernando Pessoa, surge a necessidade da elaboração de uma monografia cuja finalidade é mobilizar conhecimentos, relativamente aos métodos e às técnicas de investigação científica, tal como expandir os conhecimentos relacionados com a problemática a estudar.

Deste modo, desde o segundo semestre do terceiro ano que a investigação é uma constante e assim, se foi elaborando um projecto de investigação até à presente monografia.

O presente trabalho tem como objectivos académicos:

- Desenvolver competências para a realização de posteriores trabalhos de investigação;
- Estabelecer uma forma de avaliação;
- Explorar a área em estudo;
- Compreender como se trabalha com a metodologia científica;
- Concluir a Licenciatura em Enfermagem.

É através da investigação científica que a enfermagem evolui e cresceu, recebendo o mérito de se constituir ciência.

O tema apresentado é “A criança vítima de maus-tratos”. Optou-se, assim, por desenvolver este tema, porque apesar de parecer absurdo e imaginável, a dura realidade mostra que actualmente, ainda continuam a realizar-se de forma oculta e trágica maus-tratos a crianças.

Esta área necessita de uma investigação profunda para que estas crianças, seres frágeis e indefesos, por vezes tratados como mercadorias pelos próprios familiares, recebam um acompanhamento, de acordo com as suas necessidades.

“A criança vítima de maus-tratos”

Este é, sem dúvida, um enigma mundial que não escolhe a cor, a raça, a idade nem o sexo da criança.

Resultante da percepção que se alcançou da Disciplina de Enfermagem Pediátrica, apesar de ter sido um tema pouco explorado, suscitou nos investigadores a vontade e curiosidade de estudar esta problemática.

Como futuros enfermeiros, um conhecimento mais profundo da problemática permitirá actuar perante estas crianças de uma forma mais assertiva desde o diagnóstico correcto, até ao encaminhamento da criança, de forma a minimizar os potenciais problemas de crescimento e desenvolvimento que a criança poderá ter.

A problemática dos maus-tratos pode ser olhada segundo diferentes ângulos, pelos pais, família, profissionais de saúde, professores, entre outros. Uma vez que segundo os dados epidemiológicos a que se teve acesso os pais são em regra os principais agressores, estes foram escolhidos como alvo de estudo. Factos estes, que intrigam com severidade um futuro profissional de enfermagem.

O objectivo geral que se pretende alcançar com este estudo é:

- Descrever que percepção têm os pais sobre os maus-tratos infantis;

E os objectivos específicos são:

- Descrever os tipos de maus-tratos infantis identificados pelos pais;
- Descrever os sinais de maus-tratos identificados pelos pais;
- Descrever os meios de sinalização de maus-tratos que são identificados pelos pais.

O enquadramento teórico desenvolve-se, assim, em três partes.

Uma primeira parte designada por Maus-tratos Infantis, na qual se descreve a evolução dos maus-tratos infantis no sentido de se melhor compreender o conceito de mau-trato e a tipologia dos mesmos, reportando por fim, para os factores de riscos e as consequências dos maus-tratos. A segunda parte, designa-se por: a criança em crescente desenvolvimento e reporta para a prevenção dos maus-tratos e para o papel dos pais enquanto cuidadores da criança. A terceira parte aborda os aspectos epidemiológicos, os direitos e os deveres da criança e a importância da intervenção multidisciplinar com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O segundo capítulo designa-se como fase metodológica e engloba a justificação do tema e o terceiro a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos.

Optou-se pelo método quantitativo, sendo os pais a população. Usando como instrumento de colheita de dados o questionário com perguntas fechadas aplicado por via directa.

As limitações sentidas na elaboração desta investigação foram a nível de algumas dúvidas surgidas em relação aos conhecimentos em investigação científica, tendo sido ultrapassadas com o apoio dos docentes.

Considerou-se este trabalho de grande utilidade, uma vez que exigiu conhecimentos da área da investigação e permitiu compreender as limitações numa problemática tão abrangente.

Com a realização deste trabalho, conclui-se que os pais, de um modo geral, identificam os diferentes tipos de maus-tratos, os sinais que podem indicar que a criança esteja a ser vítima de maus-tratos e quais os meios a alertar. Mas, na verdade, como se pode comprovar pelo trabalho é que são muitas as crianças vítimas de maus-tratos, entre as quais estarão muitas sem identificar, sendo na maioria das vezes os pais os agressores.

CAPÍTULO I – MAUS-TRATOS INFANTIS

1. Maus-tratos / compromisso do desenvolvimento

Os maus-tratos infantis são hoje sentidos como um dos maiores problemas contemporâneos, que têm requerido uma maior dedicação e preocupação por parte não só dos profissionais de saúde como também de todos os cidadãos.

Para melhor compreender o desvendar desta problemática, surgiu a necessidade de fazer uma breve alusão referente à evolução histórica dos maus-tratos infantis e conseqüentemente à tipologia dos mesmos. Abordam-se ainda os factores que predisõem para a ocorrência dos maus-tratos, uma vez que o seu conhecimento é imprescindível e necessário para alertar, facilitar e identificar potenciais situações. Por fim, definem-se as conseqüências dos maus-tratos.

1.1 Evolução histórica

A criança maltratada é uma preocupação recente; no entanto, já há muito tempo que os menores têm sido vítimas de maus-tratos.

No passado, os modos de tratamento da criança eram tão brutais que, sob o olhar actual, claramente se classificam como maus-tratos. Contudo, na altura, tais comportamentos eram considerados correctos e, como tal, socialmente aceites. A criança não era reconhecida como um indivíduo com direitos legais, pelo que os maus-tratos não tinham sentido, nem os agressores estavam sujeitos a qualquer punição. Foram necessárias inúmeras modificações sócio-culturais para que estes comportamentos fossem analisados e vistos como prejudiciais para a criança.

Assim, surge a necessidade de compreender o percurso dos maus-tratos ao longo da história, de forma a verificar a evolução dos mesmos durante o tempo.

A história dos maus-tratos infantis pode ser dividida em várias fases, não existindo uma caracterização única.

DeMause considera seis fases: a fase do infanticídio (desde a Antiguidade até ao século III); a fase do abandono (do século IV ao século XIII); a fase da ambivalência (do século XIV ao século XVII); a fase da intrusão (século XVIII); a fase da socialização (século XIX e primeira metade do século XX) e a fase da ajuda (desde a segunda metade do século XX). (Magalhães, 2002)

Na perspectiva de Diaz Huertas, são descritos cinco períodos na história da criança maltratada: do desconhecimento (até 1946); da descrição de síndromas sem as identificar (1946 – 1961); da identificação (1962 até meados da década de 1970); do reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80) e a da prevenção (desde meados da década de 80). (Magalhães, 2002)

Na Antiguidade, o infanticídio era uma prática habitual em todas as culturas ocidentais e orientais, que se manteve até ao século IV d.C. Esta prática era aceite pela sociedade e realizada por diversos motivos, entre os quais: eliminação de recém-nascidos com malformações congénitas, fracos ou prematuros; morte de crianças com menos de dois anos de idade. (Gallardo, 1994)

Na Grécia antiga, era uma forma de dar resposta a crenças religiosas, em que a imolação de primogénitos quando a vida do rei se encontrava em perigo acalmava a fúria dos deuses. Em Esparta, os recém-nascidos eram sujeitos à Assembleia dos Idosos, e quando considerados inúteis eram abandonados no cimo de montanhas para alimento dos animais. Na Alemanha, o recém-nascido era imerso em água gelada para testar a sua resistência. Nos Estados Unidos da América, algumas tribos índias mergulhavam o recém-nascido na água e este só teria direito à vida se flutuasse e chorasse. (Canha, 2003)

As sociedades impunham aos pais a convicção de propriedade sobre os seus filhos, com o poder absoluto e soberano sobre estes, e os castigos físicos eram encarados como necessários para impor e manter a disciplina e adquirir regras e educação.

“A criança vítima de maus-tratos”

“Os nossos progenitores semi-humanos não teriam praticado infanticídio (...) o instinto dos animais inferiores não é tão perverso que os leve a destruir regularmente a sua própria descendência.” (Darwin *cit in* Canha, 2003, p.18)

Mas, várias foram as vozes e atitudes que se levantaram para defender os que não tinham essa capacidade.

As primeiras referências sobre maus-tratos surgiram esporadicamente ao longo do século XIX, e só em 1874, segundo Almeida *et al* (2001), é que foi descrita a primeira história nos Estados Unidos da América sobre Mary Ellen, que aos 9 anos de idade foi encontrada em casa amarrada, gravemente mal nutrida e com marcas no corpo de agressão física.

Mas, este aperfeiçoamento social também levou a um aperfeiçoamento da “arte” de maltratar. Isto é, ao primeiro estágio da escala de violência exercida sobre a criança, o infanticídio, seguiram e associaram-se-lhes outros variados tipos de maus-tratos: a escravatura, o trabalho infantil, a mendicidade, a exploração sexual, a violência psicológica e emocional, a negligência e a síndrome de Munchausen.

“Temos sido (...) confrontados (...) com uma fase perversa de evolução em diferentes formas de maltratar cada vez mais requintadas, subtis ou bizarras foram colocando à prova a nossa capacidade de as identificar, de as orientar.” (Canha, 2003, p.21)

Apenas no séc. XX, com o reconhecimento e valorização do papel da família e do ambiente no desenvolvimento da criança, e devido à persistente investigação e dedicação, esta passou a ser encarada como ser social e integrante da sociedade.

A I Guerra Mundial, como refere Magalhães (2002), teve uma influência decisiva sobre esta matéria, tendo Gebbs em 1920 fundado em Genebra a “*União Internacional de Socorros às Crianças*” constituindo uma carta de cinco princípios conhecida mais tarde pela “*Carta dos Direitos da Criança ou Declaração de Genebra*”.

Passaram-se muitos anos e muitos casos de maus-tratos sem grande referência e publicação acerca dos maus-tratos.

Em 1929, J. Caffey (radiologista pediatra) debruçou-se sobre o assunto publicando em diversos artigos a “inespecificidade e dificuldade diagnóstica dos sinais radiológicos da sífilis no esqueleto de crianças pequenas”, assim como defendeu a origem traumática da “associação de hematomas subdurais” com várias “fracturas múltiplas de ossos” (Almeida *et al*, 2001)

Também a II Guerra Mundial, de acordo com Magalhães (2002), trouxe uma nova força para o progresso deste tema, tendo sido, então, fundada em 1947 a UNICEF. A 10 de Dezembro de 1948, foi aprovada a “*Declaração Universal dos Direitos Humanos*” e, em 20 de Novembro de 1959, a Assembleia-geral das Nações Unidas aprovou a “*Declaração dos Direitos da Criança*”

“O conceito de que os pais ou responsáveis poderiam maltratar seus filhos foi reconhecido como um problema médico somente na década de 1950.” (Lissauer e Clayden, 1998, p.48).

Em 1961, H. Kempe adquire o estatuto de presidente da Associação Americana de Pediatria apresentando num congresso a “síndrome da criança batida”, que se define como “uma situação em que crianças pequenas receberam agressões físicas graves, geralmente provocadas pelos pais ou seus substitutos”. Passados 15 anos, H. Kempe criou a pioneira *Internacional Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, que conferiu identidade, legitimidade e credibilidade aos maus-tratos, despertando mais interesse nos profissionais de saúde para esta problemática (Kempe *cit in* Almeida *et al*, 2001)

Foi este o passo de referência na história da criança maltratada, pois já não só é usado o termo de mau-trato, como também são descritas as manifestações clínicas e os aspectos legais.

A partir das décadas de 70/80, em Portugal tomou-se consciência desta realidade tão cruel. O que começou por ser uma preocupação apenas da comunidade pediátrica, rapidamente se alargou para a comunidade científica e para a sociedade.

Ferrari e Vecina (2002) referem que foi na década de 1970, que surgiram as primeiras denúncias médicas, e em 1978 que o Dr. Hélio de Oliveira Santos denunciou na imprensa o caso de uma criança vítima de violência física.

Para Ferrari e Vecina (2002), 1979 foi designado o Ano Internacional da Criança como forma de comemoração aos 20 anos da Declaração dos Direitos da criança.

Foi em 1986 que Fausto Amaro publicou o primeiro estudo epidemiológico português.

Em 1990 foram criadas as Comissões de Protecção de Menores, e em 1992 o PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança).

O estudo baseava-se numa amostra de freguesias, representativa dos distritos do continente e procurava quantificar e caracterizar as situações de maus-tratos, negligência, abuso sexual, mendicidade e acidentes sofridos pelas crianças (Magalhães, 2002).

A partir de então, assistiu-se a uma ampla divulgação e discussão deste tema, através dos media e opinião pública, que trouxeram estes casos para a primeira página. Os pediatras passaram a ser solicitados para o debate de questões relacionadas com os maus-tratos infantis. Progressivamente, estenderam-se as acções de formação a pediatras, médicos de família e outros profissionais de contacto directo com estas crianças.

Em 1990 foi ratificada, na Assembleia da Republica, a Convenção dos Direitos das Crianças, onde claramente se lê no artigo 2º que as crianças devem ser respeitadas sem discriminação, e que têm direito à sobrevivência e ao desenvolvimento em todos os aspectos da sua vida, nomeadamente a nível físico, afectivo, psicossocial, cognitivo, social e cultural.

Em consonância com outros países, também, o sistema judicial português evoluir de modo a acompanhar os progressos de pediatria social. Esta temática passou então, a ser parte da formação da equipa multidisciplinar, sendo criada legislação cada vez mais apertada, com o objectivo de proteger a criança.

Foi em 1986 que Fausto Amaro publicou o primeiro estudo epidemiológico português. Em 1990 foram criadas as Comissões de Protecção de Menores, e em 1992 o PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança).

Analisando a história dos maus-tratos, conclui-se que a criança desde a existência humana foi sempre maltratada, e actualmente o seu sofrimento se tornou primeira e constante notícia dos telejornais. Contudo, não se pode ficar apenas com a informação que passa nos media, é através do estudo científico que qualquer profissional deve debruçar-se para analisar a dimensão do problema e deste modo actuar quando a situação o justifique.

1.2 Tipologia dos maus-tratos

A complexidade que envolve os maus-tratos a crianças começa com o problema da sua definição, uma vez que não existe uma definição única e objectiva, devido à dispersão e fragmentação do fenómeno.

O conceito de mau-trato envolve necessariamente um juízo de valor e uma conclusão socialmente mediada por um procedimento ou uma situação prejudicial para a criança.

Os maus-tratos infantis ou abuso de crianças pode ser definido como “actos de violar, atacar ou maltratar uma criança, associado a abuso no seio da família ou a comportamentos legal ou culturalmente proibidos” (CIPE, 2000, p.66).

“(…) qualquer acto deliberado, por omissão ou negligência, originado por pessoas, instituições ou sociedades, que prive a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento.” (Canha, 2003, p.26).

São ainda considerados maus-tratos as lesões corporais não acidentais, sevícias sexuais ou psicológicas, o abandono flagrante e a exploração de crianças, assim com qualquer acto que entrave o crescimento e desenvolvimento físico e mental normal das crianças (Sousa, 1995).

A classificação dos maus-tratos tem sido assumida em função das normas que variam consoante os contextos, pelo que os mesmos factos não são apreendidos nem julgados segundo os mesmos critérios, assistindo-se a uma variação espacial e temporal do seu significado.

Segundo Magalhães (2002), os maus-tratos podem revelar-se através de comportamentos activos, tais como: os físicos, emocionais ou sexuais, ou ainda de forma passiva, sob a forma de omissão ou negligência nos cuidados à criança.

Um problema deste peso na sociedade merece mais do que um estudo e um pensamento, merece, sim, uma intervenção contínua!

Da mesma forma que não existe, à partida, uma definição única e objectiva de maus-tratos, também não existe, de igual modo, consenso relativamente a uma tipologia de maus-tratos que possa ser adoptada pela maior parte dos autores.

Devido à sua frequência e relevância, Magalhães (2002) considera quatro formas de maus-tratos: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual e abuso emocional.

Para Canha (2003), os maus-tratos podem classificar-se em diversos tipos: mau-trato físico, negligência, abuso sexual, mau - trato psicológico e a S. de Munchausen.

Das diversas propostas que existem, a tipologia que irá ser definida é de acordo com a de Canha (2003).

1.2.1 Mau-trato físico

O mau-trato físico é a categoria que se encontra melhor documentada na literatura, talvez pelo simples facto de ser alvo de mais fácil identificação.

Esta forma de maus-tratos corresponde a qualquer acção, não acidental, por parte dos pais ou da pessoa que está responsável pela criança, que lhe provoca danos físicos (Magalhães, 2004), concretamente, queimaduras, fracturas, traumatismos cranioencefálicos, lesões abdominais, sufocação, afogamento e intoxicações (Canha, 2003).

A lesão física pode ser intencional ou resultar de zelo disciplinar – muitas vezes devido a expectativas irrealistas (Cassandra e Opperman, 2001).

De acordo com Fernandes *cit in Levy et al* (1986), as queimaduras são geralmente provocadas através de cigarros, aparelhos eléctricos ou imersão em água a ferver, como forma de punição pelo facto de a criança não controlar os esfíncteres.

Representam 10 a 20% dos maus-tratos físicos, surgindo mais nos casos em que há perturbações da personalidade dos pais. As fracturas surgem igualmente em 10 a 20% dos casos essencialmente nos ossos longos, costelas, omoplatas, esterno e crânio, resultantes de puxões ou sacudidelas violentas. As lesões do sistema nervoso central são a primeira causa de morte e uma das causas de sequelas múltiplas, tais como: hidrocefalia ou microcefalia secundárias, atraso mental, convulsões, deficits motores e sensoriais. As lesões abdominais são originadas muitas das vezes por socos, podendo ir desde uma simples equimose até à ruptura das vísceras ou vasos sanguíneos, constituindo a segunda causa de morte (Fernandes *cit in Levy et al*, 1986).

1.2.2 Negligência

A criança depende da família que lhe proporciona as condições básicas essenciais para o seu crescimento e desenvolvimento, entre as quais se distinguem a alimentação, estimulação e afecto (Rendeiro *cit in Levy et al*, 1986).

“A negligência consiste na incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normais” (Canha, 2003, p.33).

Magalhães (2002) acrescenta que este comportamento pode afectar o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança, podendo ser voluntária (quando há intenção em causar danos) ou involuntária (quando resulta da incapacidade dos pais para prestar os cuidados essenciais à criança). Ou ainda: intra-uterina, física, emocional, escolar, mendicidade ou abandono.

1.2.3 Abuso sexual

O abuso sexual é praticado de forma maioritária no seio familiar, por pessoas muito próximas (pai, mãe, tio, avô...) (Fernandes *cit in Levy et al*, 1986).

“A criança vítima de maus-tratos”

Define-se como: “ (...) envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte” (Canha, 2003, p.34)

Magalhães (2002) diz que são práticas que a criança não tem capacidade para as compreender nem está preparada, não sendo capaz de dar o seu consentimento violando, assim, lei e os tabus sociais e familiares.

A sua origem pode resultar do meio intra familiar ou extra familiar e pode ser ocasional ou repetida. Neste tipo de abuso incluem-se: a obrigação do menor a conhecer e assistir a conversas e espectáculos exibicionistas e à utilização de objectos pornográficos; a utilização do menor em fotografias, filmes ou gravações pornográficas e à realização do coito.

Quando existe suspeita de abuso sexual, deve-se avaliar a necessidade e a urgência de um exame médico, que deve ser conduzido por um médico experiente e treinado no exame pediátrico para abuso sexual infantil, tendo em atenção a avaliação do crescimento, do comportamento e desenvolvimento da criança.

1.2.4 Mau-trato psicológico

Este tipo de abuso engloba uma prática intencional em que não existe ou está diminuído o afecto, sendo praticado de forma activa ou passiva. Estando presente em todas as situações de maus-tratos, sendo apenas considerado isolado quando constitui a única forma de abuso (Magalhães, 2002).

“ (...) incapacidade de proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados” (Canha, 2003, p.34).

De acordo com Canha (2003), o mau-trato psicológico ou afectivo compreende a falta de afecto, a humilhação verbal, as ameaças, a violência familiar, que por sua vez provocam à criança medo, mau aproveitamento escolar, distúrbios de sono, o não controlo de esfíncteres, entre outros.

As crianças que sofrem de maus-tratos psicológicos repetidamente, normalmente, apresentam perturbações emocionais ou comportamentais, podendo existir obediência excessiva ou desafio agressivo, baixa auto estima e incapacidade de desfrutar de coisas ou manter-se ocupada de maneira independente, ou mesmo a exibição de comportamento pseudo maduro. (ver anexo I).

1.2.5 Síndrome de Munchausen

O Síndrome de Munchausen é outro tipo de mau-trato, mas este é ainda mais organizado e delicado. Constitui uma forma rara de mau-trato e é de difícil diagnóstico. (Canha, 2003)

“(…) há a simulação de doença e de sintomas por parte dos pais, que levam a criança a ser sujeita a investigações clínicas repetidas, frequentemente agressivas. Aliás quanto mais agressivas são as manobras médicas, maior é a satisfação dos familiares.” (Fernandes *cit in* Levy *et al*, 1986, p.31)

O agressor chega mesmo a colocar sangue no vômito, fezes ou urina; açúcar na urina para que se faça um diagnóstico de diabetes ou mesmo contaminação de amostras para exame microbiológico (Lissauer *et al*, 1998).

Sendo este um distúrbio de difícil diagnóstico, a suspeita pode surgir quando a criança tem doenças inexplicadas de um modo frequente e múltiplos internamentos com sintomas que ocorrem somente na presença da mãe e não sejam confirmados através de exames clínicos.

Esta é uma situação que pode ser muito maléfica para a criança, na medida em que exames desnecessários e terapias potencialmente prejudiciais tendem a ser instituídas.

1.3 Factores de risco

Os maus-tratos não afectam todos os indivíduos da mesma maneira, podendo os factores de risco estar relacionados com algumas características prévias da vítima.

De salientar que o risco se aplica a um grupo e não a um indivíduo. O factor socio-económico não é determinante para a ocorrência de maus-tratos, uma família de baixo nível socio-económico, não significa que seja maltratada, há grupos de elevado nível socio-económico onde se podem verificar maus-tratos (Gamboa, 1997).

Levy *et al* (1986) considera que são quatro os agentes que conduzem ao mau-trato: as características dos pais, as características da criança, as condições socioculturais e as situações de crise.

Estas causas podem cruzar-se entre si, originando uma situação bem mais complexa.

As **características da criança**, segundo Fernandes *cit in* Levy *et al* (1986), são um factor de risco. Por vezes, esta é fonte de stress para o adulto. Cerca 10 a 20% das crianças vítimas de maus-tratos têm uma personalidade inconstante, são hiperactivas, são portadoras de problemas físicos ou mentais ou, então, nasceram prematuras ou tiveram complicações neonatais que provocaram a separação mãe/filho. Simões (1999) considera ainda que ser filho ilegítimo ou não desejado são ainda factores que contribuem para os maus-tratos à criança.

Para Englander *cit in* Sani (2002), o nível de risco pode estar associado com o género, isto é, os rapazes estão sujeitos a um maior risco de abuso do que as raparigas, e por sua vez as raparigas apresentam mais sintomatologia e tendem a testemunhar mais o ocorrido. Outro aspecto mediador pode estar relacionado com a idade, em que a criança, devido à sua imaturidade física, muitas vezes é confrontada com situações violentas. Os problemas emocionais anteriores são mais um factor de risco, na medida em que qualquer situação de tensão diminui a capacidade de resposta para lidar com a situação (Sani, 2002).

Para Magalhães (2002), as **características dos pais** são outro dos factores etiológicos gerador de maus-tratos. Os pais, em 90% das situações, são pessoas normais que têm descompensações psicológicas e personalidades próprias com pouca afectividade e amor parental, são pais intransigentes à frustração. Por vezes, os próprios pais durante a sua infância foram crianças abandonadas ou agredidas com falta de amor e afecto.

Daí nasce a dificuldade que marca e torna estes pais incapazes de estabelecer uma relação de afecto com o seu filho. O alcoolismo e o consumo de drogas são também factores etiológicos que levam a maltratar crianças (Fernandes *cit in* Levy *et al*, 1986).

Simões (1999) refere ainda o conhecimento deficiente das fases de desenvolvimento de uma criança, a dificuldade em controlar impulsos agressivos, o isolamento social e a baixa auto-estima, como factores significativos para a relação estabelecida entre a criança e os pais.

Para Fernandes *cit in* Levy *et al* (1986), as **condições sociais e culturais** são outro factor de risco que predispõe a criança ao mau-trato. Apesar de todas as sociedades e culturas serem vítimas de maus-tratos, para o mesmo autor, as famílias consideradas vulneráveis são as classes sociais mais desfavorecidas, vivendo em más condições de habitação, desemprego, desenraizamento social por emigração, isolamento, com ideias demasiado rígidas sobre educação e padrões culturais que privilegiam o castigo corporal.

As **situações de crise**, para Fernandes *cit in* Levy *et al* (1986) tal como: o conflito conjugal, a separação do casal, a morte de um familiar, as mães solteiras abandonadas, a gravidez não desejada, o cansaço físico e psíquico são factores que contribuem para os maus-tratos à criança.

Deste modo, podemos constatar que cada situação concreta pode ter na sua origem um destes factores ou a combinação de dois ou mais, originando uma situação mais complexa e delicada para o tratamento e diagnóstico dos maus-tratos.

1.3.1 A violência

A violência, por vezes, constitui uma forma incorrecta de o ser humano se revelar. Porque será que este se comporta deste modo, mesmo com pessoas que lhe são próximas? Então, surge a necessidade de definir violência para compreender o que é inexplicável aos olhos de tanta gente.

A violência tornou-se um fenómeno discutível na década de 1960 e 1970, constituindo um problema de saúde pública que põe em risco e acarreta graves consequências para as crianças, não sendo, muitas das vezes, identificada pelas pessoas mais próximas nem pelos profissionais de saúde, que comumente estão em contacto com a criança. A esta, apenas lhes resta a submissão à vontade do outro e à renúncia ao próprio desejo (Ferrari e Vecina, 2002).

“Já alguém disse que, nos lares modernos, em que o pai e a mãe trabalham, a televisão, com as suas lições de violência, é a única “baby sitter” de muitas crianças” (Almeida *et al*, 2001, p.12)

A violência, de uma forma genérica, é provocada pelos pais, estando desempregados ou não, sendo analfabetos ou não, sendo ricos ou pobres, com ou sem distúrbios mentais. São seres sem um perfil próprio que com ou sem motivo vitimizam a criança. (Ferrari, 2002)

É “(...) Todo o acto ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado uma transgressão do poder/dever de protecção do adulto e, de outro, uma codificação da infância” (Azevedo *cit in* Ferrari e Vecina, 2002, p.82).

Segundo Sani (2002), a violência pode ser provocada através de maus-tratos físicos ou psicológicos, abuso sexual, negligência, abandono, exploração no trabalho, entre outros, sendo os mais habituais a violência física, sexual e psicológica.

É este o nosso mundo, e é este o pesadelo de muitas crianças, que continuamente são agredidas e ofendidas, porque o homem quer ou sente necessidade de demonstrar o seu controlo social. Contudo, nem todos os homens são violentos, sendo capazes de educar os seus filhos com todo o amor, carinho e afecto.

A definição e avaliação, dos maus-tratos em crianças, tem sido uma das questões centrais no seio da comunidade técnica e científica que se debate com esta problemática.

São uma realidade do passado, do presente e do futuro, um problema que abrange todo o mundo e que existe desde a antiguidade até aos nossos dias. Constitui apenas novidade pelo facto de ser uma descoberta recente da dimensão do problema.

Não tendo o homem o direito de ofender, agredir, prostituir ou, muito menos matar, por vezes, ele procede desta forma violenta, não olhando a meios nem factos, contra a criança.

“As crianças são por natureza, seres frágeis, dependentes e indefesas, o que as torna particularmente vulneráveis a todo o tipo de violência, abuso ou exploração.” (Canha, 2003, p. 17)

Mas, o mais chocante é que estamos perante uma tragédia produzida pelo homem involuntariamente ou voluntariamente “ (...) por quem mais directamente lida com a criança, pais, irmãos ou outros responsáveis” (Reis, 1993, p.153). Em diferentes lugares e instituições, sejam eles públicos ou privados, mas é na sua própria casa e pelos seus familiares que as crianças são agredidas mais frequentemente (Almeida *et al*, 2001).

Parece que estamos a assistir a um filme de terror. “Apetece mesmo devolver o bilhete de entrada! Mas nem isso adiantaria. Mais espectador menos espectador, o espectáculo continuaria.” (Almeida *et al*, 2001, p.13)

1.4 Consequências orgânicas e psicossociais

A magnitude das consequências nas crianças vítimas de maus-tratos depende de vários factores, como: a duração dos maus-tratos, o seu tipo, o número de agressores, se os maus-tratos são intra ou extra familiares, das capacidades de adaptação individual da criança e da resposta da família.

São crianças com medo de serem rejeitadas e de afastar as pessoas, ansiosas, desconfiadas. O seu rosto caracteriza-se por tristeza e nunca demonstram prazer e alegria, manifestam um profundo sentimento de fracasso, vergonha e frustração (ver anexo I).

De acordo com Magalhães (2002), as vítimas de maus-tratos, de uma forma geral, podem apresentar consequências cognitivas, afectivas, comportamentais, e psiquiátricas. No entanto, é de extrema complexidade estabelecer uma analogia entre o tipo de maus-tratos e as suas consequências, pois frequentemente incluem maus-tratos emocionais, que são de difícil diagnóstico.

Para Crittenden *cit in* Figueiredo (1998), os efeitos adversos no desenvolvimento da criança são mais devastadores e permanecem durante mais tempo nos maus-tratos emocionais do que nos maus-tratos físicos.

Como refere Magalhães (2002) ao nível da cognição, a criança pode apresentar: um défice intelectual; um défice na linguagem e baixo rendimento escolar ou profissional. Afectivamente pode manifestar: baixa auto-estima; sensações de medo, angústia e raiva; disfunções sexuais e ideação e (ou) tentativas de suicídio.

Ao nível do comportamento, pode evidenciar: dificuldades de relacionamento interpessoal; escasso reconhecimento das emoções; isolamento; agressividade; dificuldades na percepção e aceitação das normas morais e sociais; sentimentos de culpabilidade; baixa iniciativa e motivação; violência conjugal; maus-tratos nos seus próprios filhos, reproduzindo a violência de que foi vítima em criança; violência e tentativas de suicídio; toxicodpendência; prostituição e uma conduta anti-social e delinvente (Magalhães, 2002).

Por fim, no foro psiquiátrico, pode desenvolver patologias como neuroses, depressões, psicoses e transtornos múltiplos da personalidade e tendências dissociativas. Estes são problemas que pela sua frequência e repercussão necessitam de muita atenção para que se possam prevenir, identificar e tratar estas crianças (Magalhães, 2002).

Como profissionais, temos que ter em conta que as agressões fazem parte de um processo que ocorre ao longo do tempo. Assim, é necessário reconhecer os sinais e os sintomas que se encontram descritos no apêndice I.

2. A criança em crescente desenvolvimento

Uma vez ocorrido o mau-trato, é muito difícil reparar as consequências e sequelas subjacentes. Então, torna-se imperioso a sua prevenção, que se classifica em primária, secundária e terciária, dependendo dos objectivos e dos alvos a que é dirigida.

O papel parental assume também um papel fulcral e indispensável para o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Assim, surge a necessidade em aprofundar a importância da prevenção e do papel parental.

2.1 Prevenção

A concepção e o nascimento, de acordo com Biscaia (2001), podem levar à doença, ao sofrimento e até mesmo à morte. E a criança, pela sua fragilidade, está mais exposta do que os adultos.

É nos centros de saúde onde deve começar a intervenção educativa e profilática para diminuir o risco de sofrimento das crianças. A criança é de tal forma dependente dos outros que já no ventre materno corre riscos.

São famílias de nível económico equilibrado ou mesmo elevado que, por problemas da sua infância, são potencialmente abandonantes. Incapazes de transmitir aos filhos a segurança duma relação afectiva, não conseguindo no futuro uma integração correcta e dialogante na sociedade. Estamos num mundo em que a vida dos filhos se passa na maioria dos casos nos infantários, nas creches, nas amas entre outros. Todas as crianças precisam de envolvimento, de um olhar, de admiração por parte de quem cuida deles e adquire o estatuto de prestador de cuidados.

Então, quando se identificam possíveis maus-tratos, é imprescindível intervir durante a gravidez, no nascimento, na escola para que a criança possa desenvolver-se sem riscos e se torne independente (Biscaia, 2001).

Segundo Negrão *et al.* (1999), prevenir, descobrir e analisar situações de risco que atingem a criança é uma iniciativa que deveria ser tomada com mais rigor e dedicação por parte de todos os profissionais.

Aqui começa um papel muito importante que cabe desenvolver aos enfermeiros: a protecção da criança para prevenir os maus-tratos.

Conforme Simões (1999), o enfermeiro tem a função de realizar um exame físico completo e uma história cuidadosa e pormenorizada, pois é ele muitas vezes o primeiro a observar a criança e os seus pais.

O mau-trato infantil permanecerá nas trevas até ao dia que os profissionais de saúde colocarem o problema na sua agenda de forma poderosa e influente!

Classicamente, Magalhães (2002) considera três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

2.1.1 Prevenção primária

Para prevenir a violência e os maus-tratos humanos, é basilar uma abordagem comunitária. A comunidade revolta-se muitas vezes contra a violência; as figuras públicas e os media consideram que a não-violência é uma prioridade da sua área. Nos seus papéis de defensores comunitários, os enfermeiros podem auxiliar neste processo. No campo legislativo, as leis são necessárias para que as crianças usufruam dos seus direitos e a sociedade dos seus deveres.

Para Canha (2003), este nível de prevenção baseia-se na informação da população, para a criação de uma cultura anti-violência, na promoção da saúde materno-infantil, na formação permanente de professores e outros técnicos pedagógicos que trabalham com a criança. É um nível de intervenção que se dirige à mudança de atitudes, ao questionar de opiniões e à divulgação dos conhecimentos.

A identificação dos factores de risco é uma parte fundamental da prevenção primária. Apesar de os maus-tratos não poderem ser vistos com certeza, vários factores tendem a influenciar o estabelecimento e a continuação dos maus-tratos.

Conclui-se que a prevenção primária é o primeiro nível e tem como principal objectivo ajudar as famílias e a comunidade a cuidar o melhor possível das suas crianças.

2.2.2 Prevenção secundária

Segundo Magalhães (2002), resume-se à detecção precoce dos casos de risco, implicando a sensibilização do público em geral e dos profissionais envolvidos nos sectores educativos, sanitário e social, bem como da política e juristas, a fim de tratar ou evitar novos casos. Esta prevenção, na maioria das vezes, é feita através de visitas domiciliárias por enfermeiros e assistente sociais.

As crianças podem ser encaminhadas para famílias e instituições de acolhimento e as linhas telefónicas de auxílio podem ser usadas para prestar assistência imediata às famílias, em situações de emergência (Negrão *et al*, 1999).

A intervenção de enfermagem destina-se a auxiliar os participantes a discutir o problema e procurar alternativas para lidar com a tensão que levou à situação de maus-tratos. As medidas de prevenção secundária que dão resultados mais favoráveis são quando o abusador reconhece a sua predisposição para o mau-trato e procura auxílio (Negrão *et al*, 1999).

Na formulação do conceito de prevenção secundária, assume-se que, por razões múltiplas, complexas e diferentes em cada caso, existam sujeitos especialmente vulneráveis para serem maltratados ou maltratantes. Trata-se de sujeitos que desenvolveram, possuem ou vivem na presença de uma série de circunstâncias que são as que os colocam na tal situação de vulnerabilidade ou de alto risco para o mau-trato.

2.2.3 Prevenção terciária

Diz respeito a situações em que a recidiva é regra, e as sequelas praticamente constantes, necessitando as crianças e respectiva família de apoio para a reinserção e reintegração familiar para tentar diminuir as recidivas (Castanheira *cit in* Levy *et al*, 1986).

De acordo com Magalhães (2002), consiste na prestação de cuidados a vítimas de forma a diminuir as consequências dos maus-tratos e evitar recidivas. Assim, a criança e a família devem ser rapidamente orientados para a recuperação de todas as suas capacidades.

“A criança vítima de maus-tratos”

“A preocupação constante com as crianças maltratadas, exige que o enfermeiro, actue nos três níveis de prevenção, com firmeza, segurança e conhecimento, demonstrando que é um elemento activo na sociedade em que se insere e que tem a função específica de actuar na prevenção de tais situações.” (Fonseca *et al*, 1999, p.252)

Assim, trata-se de reduzir a duração e gravidade das sequelas do problema e pode-se identificar realmente com a própria reabilitação ou cura. Uma das conexões mais claras entre os níveis de prevenção produz-se precisamente na reabilitação das famílias maltratantes, na medida em que a criança maltratada deixe de o ser e aprenda outras formas de relacionamento e resolução de conflitos, de modo a evitar que, no futuro, e como futuros pais a sua condição de sujeito vulnerável cristalize na forma de mau-trato aos seus filhos.

2.2 A Família e o Papel parental

É a partir dos anos 80 que se regista a preocupação de tomar medidas e promulgar a legislação que facilite e valorize as funções parentais, de forma a reconhecer os direitos da criança e concretizar medidas de apoio à família (Jorge, 2004).

Na actualidade, a prática de enfermagem tem como alvo a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa e o enfermeiro e um grupo de pessoas, tal como a família e a comunidade direccionando e optimizando as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades das famílias.

Família define-se como: “(...) conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo.” (CIPE, 2000, p.69)

Então, ao pensar-se nas crianças maltratadas verifica-se que toda a intervenção de enfermagem deverá ser realizada de forma a promover e restabelecer o equilíbrio da criança e da sua família.

O nascimento de uma criança é um acontecimento de vida fortemente marcado pelo envolvimento de todos os membros da família. É um processo de mudança da vida familiar e que pode desencadear crises maturacionais e situacionais. A ansiedade e a depressão são, por vezes, o resultado.

“As mudanças exigem da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar o acontecimento de uma forma saudável.” (Lopes e Fernandes, 2005, p.37)

Por estas razões e como forma de prevenir que a criança seja vítima de maus-tratos, é imprescindível que o enfermeiro prepare os pais para o nascimento e desenvolvimento da criança e para as alterações familiares que esta pode trazer.

A família constitui uma das mais principais instituições da sociedade, figurando um grupo social básico que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. É um sistema energético que inclui subsistemas – indivíduos e díades dentro do sistema familiar global. De salientar, ainda, que a transformação de um elemento da família cria mudanças noutros elementos da mesma (Lopes e Fernandes, 2005).

Das funções da família faz parte responder às necessidades físicas e de saúde dos seus membros, ser um lugar de amor, intimidade e motivação, fornecer raízes psicológicas e sociológicas (Robertson *cit in* Jorge, 2006, p.66).

Assim, é essencial que o enfermeiro conheça a família, as suas expectativas e os seus temores e que assimile a relação dos membros da família, para planear os cuidados necessários de acordo com desequilíbrios da família para atingirem a identidade parental.

De acordo com Lopes e Fernandes (2005), a aquisição da identidade parental compreende 4 fases: a fase antecipativa, em que os pais começam a ensaiar o papel e adaptam-se às alterações sociais e psicológicas; a fase formal, que se inicia aquando do nascimento do bebé e o execução do papel de acordo com as expectativas dos outros; a fase informal, em que os pais realizam o seu papel independentemente do que a sociedade difunde, e a fase da identidade do papel, quando os pais têm confiança e capacidade para exercer o seu papel.

“A criança vítima de maus-tratos”

“Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.” (CIPE, 2000, p.68)

Para que as crianças tenham os melhores cuidados dos seus pais e, conseqüentemente, os pais desempenhem o seu papel de acordo com todos os direitos que a criança tem é fundamental que o enfermeiro ajude os pais na maternidade/paternidade, através do aumento da auto-estima dos pais, da promoção da interacção mãe-bebé e pai-bebé, do escutar atentamente o que os pais têm para dizer, do esclarecimento de todas as dúvidas e da motivação para o novo funcionamento familiar competente e eficaz.

Davis *et al* (2002) define como competências dos pais: sensibilidade, observação e resposta; ser caloroso e consistente; empatizar e pensar com a criança; interpretar e dar um sentido ao mundo, do ponto de vista da criança; resolver os problemas do bebé; mudar e acomodar-se às rápidas mudanças do bebé.

A parentalidade é, então, um processo essencial para a adaptação à criança, em que a interacção assegura que as características únicas da criança são tomadas em conta e as suas necessidades são satisfeitas.

As necessidades podem incluir a vinculação, protecção, satisfação das necessidades fisiológicas da criança, regulação das expressões emocionais da criança e satisfação das necessidades psicológicas, fornecimento de oportunidades e estrutura para a aprendizagem em todas as áreas do desenvolvimento, proporcionar experiências agradáveis com outra pessoa e dar disciplina (Davis *et al*, 2002).

As qualidades da parentalidade definem-se como: respeito, dar valor à criança como pessoa; empatia, importância do toque, dos abraços e das carícias, ajuda dos pais para as crianças verbalizarem os seus sentimentos; disponibilidade e sensibilidade, estar atento e ser compreensivo; autenticidade, ser honesto e sincero quando comunica com a criança; entusiasmo caloroso, interesse central dos pais pela criança e desejo ávido de estar com ela; humildade, assumir os próprios erros e dar valor às contribuições da criança; integridade/energia pessoal, capacidade para suportar os problemas da criança e manter-se suficientemente objectivo para ajudar; conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança e competências para a parentalidade (Davis *et al*, 2002).

O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promove-la. (DGS, circular normativa n.º9/DSI, de 06.10.92, 2005)

2.2.1 Papel Maternal

“(…) ser-se mãe hoje não é ser-se só de corpo. É ver reconhecida uma tarefa social, cultural, simbólica e ética necessária à criação de um novo ser humano.” (Lopes e Fernandes, 2005, p.39)

Os enfermeiros são profissionais de saúde que estabelecem uma interacção sustentada e intensa com mulheres, no ciclo da maternidade. São responsáveis pela promoção da saúde das famílias e, conseqüentemente, os que devem ajudar na transição para a maternidade.

“Papel Maternal é um tipo de Papel Parental com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.” (CIPE, 2000, p.68)

A consecução do papel maternal é um processo em que a mãe adquire competências e comportamentos que lhe possibilitam atingir uma identidade materna.

As variáveis que podem afectar o papel maternal são: a idade materna, a experiência do parto, a separação materno-infantil precoce, a auto-estima, o apoio social, o auto-conceito, as posturas na educação da criança, a flexibilidade, o estado de saúde, a ansiedade, a depressão, a tensão do papel, a satisfação, a ligação, o temperamento e o estado de saúde da criança, a família e o seu funcionamento, o stress, a relação mãe/pai e as características da criança (Mercer *cit in* Lopes e Fernandes, 2005).

Assim, conclui-se que para que desenvolver o papel maternal é necessário: avaliar a adaptação da mãe ao seu novo papel e executar intervenções educativas que permitam o aumento de conhecimento acerca da maternidade e do desenvolvimento infantil.

2.2.2 Papel Paternal

“Paternidade é um tipo de Processo Familiar com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai (s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (CIPE, 2000, p.70)

Nos últimos anos, têm-se realizado estudos sobre a importância do papel paternal. Consideraram que a presença do pai tem um impacto positivo sobre as habilidades cognitivas, competência social e identidade sexual, enquanto que a sua ausência desencadeia uma baixa auto-estima, sintomas depressivos e comportamentos inadequados da criança. (Lopes e Fernandes, 2005)

“Papel Paternal é um tipo de Papel Parental com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados para um pai.” (CIPE, 2000, p.68)

Segundo Lopes e Fernandes (2005), a investigação afirma que quer o pai quer a mãe são competentes na transmissão de afecto e resposta às necessidades dos seus filhos. A mãe transmite segurança e estabilidade à criança e o pai estimula-a de forma a ser mais autónoma.

Em suma, o pai e a mãe interagem de forma distinta para com os seus filhos, mas que se complementa para o desenvolvimento saudável da criança.

A satisfação conjugal é o factor mais importante para o maior envolvimento paternal, que depende da motivação do pai, da competência e autoconfiança, do apoio por parte da mãe, das características da mãe do pai e da criança, do contexto familiar e do meio sócio-cultural. (Lopes e Fernandes, 2005)

Os profissionais de saúde devem promover a paternidade. A sua atenção não deverá estar centrada apenas na criança. Devem encorajar a presença paternal e incentivar a mãe no envolvimento dos cuidados à criança.

3. Caminhos e respostas

Actualmente, torna-se notório que, com a diminuição da taxa de natalidade e com o aumento da esperança média de vida, cada vez é menor o número de crianças. Mas maior é o interesse despertado e maior a importância atribuída à infância. Dir-se-á que acordamos para a existência das crianças no momento em que existem em menor número e com mais problemas. Daqui, nasce a necessidade de abordar ao longo deste capítulo a epidemiologia dos maus-tratos, os direitos das crianças, em contrapartida com os deveres da sociedade e o encaminhamento destas e respectiva sinalização.

3.1 Aspectos Epidemiológicos

É de extrema dificuldade determinar a incidência dos maus-tratos em qualquer parte do mundo, assim como a mortalidade e morbilidade que deles resultam. Prevê-se que a maioria dos casos aconteça no seio familiar, em classes sociais com dificuldades económicas, em que há um baixo nível de escolaridade e más condições habitacionais.

Em 1985, estimava-se que houvesse 20 mil casos de crianças maltratadas no nosso país (Magalhães, 2002). Mas a verdade, como posteriormente se pôde verificar, é que o número de casos de maus-tratos diagnosticados tem vindo a aumentar drasticamente.

Num estudo realizado sobre a “Criança Maltratada”, em Lisboa, durante vários anos, por Louise Teles e Eva Marques, num grupo de 162 crianças, que representa 8% das crianças inscritas no Programa de Saúde Infantil, constatou-se que: 84,6% das crianças apresentam sinais de negligência no primeiro ano de vida, sendo a causa mais frequente a malnutrição e os cuidados de higiene precários. As agressões físicas verificam-se em maior percentagem aos 4 anos de idade, geralmente provocadas por pais que apresentam comportamentos impulsivos e emocionalmente imaturos. Em 36% dos casos, eram os próprios pais que referiam bater nos filhos de forma violenta e agressiva. Cerca de metade dos pais destas crianças verbalizaram que a gravidez não foi planeada ou desejada. 52,5% das mães eram solteiras e os pais tinham menos de 30 anos. Por fim, as famílias conviventes, em 21,6% dos casos, eram alcoólicas crónicas (Teles *et al cit in* Levy *et al*, 1986).

O PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança), no ano de 1996, registou 525 apelos que abrangeram crianças de ambos os sexos. Na Região Norte, registaram-se 376 casos de crianças vítimas de maus-tratos, com particular incidência no Distrito do Porto onde foram registados 352 casos, seguindo-se Braga com 12, Viana do Castelo com 7, Vila Real com 3 e Bragança com 2 casos. Os grupos etários mais preocupantes do total dos 525 casos foram: 196 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos e 141 crianças dos 0-3 anos vítimas de negligência. A situação de negligência é atribuída significativamente à mãe / prestador de cuidados. Os maus-tratos físicos (130 casos) atribuídos genericamente ao pai, manifestando-se sobre a forma de hematomas, queimaduras, arranhões, ferradelas, surgindo mais frequentemente dos 7-18 anos. Dos maus-tratos psicológicos (60 casos) falam essencialmente os adolescentes, nas formas de humilhação e nas suas características pessoais, dificuldades ou mesmo insuficiências. O abuso sexual teve expressão num grupo etário entre os 4-17 anos, reveste maioritariamente o envolvimento corporal (carícias aos seios e órgãos genitais, masturbação, ejaculação), num total de 26 casos. Quem apela a situação grande parte das vezes, é o vizinho ou o familiar (Gamboa, 1997).

“A criança vítima de maus-tratos”

Segundo Ribeiro (2000), um estudo realizado no Centro Hospitalar de Viana do Castelo, no Serviço de Pediatria, entre 1995 e 1999, referente a crianças maltratadas do distrito de Viana do Castelo, que tiveram necessidade de recorrer ao hospital, conclui-se que: em 53 casos que foram registados neste intervalo de tempo foi em 1999 que se verificou o maior número de crianças vítimas de maus-tratos. A idade das crianças alvo é entre 0 e 3 anos e atinge maioritariamente o sexo feminino. Os tipos de maus-tratos mais frequentes são a negligência (33 casos), a violência física (10 casos) e o abuso sexual (7 casos). Ainda de salientar que as causas mais comuns de negligência são: a criança ficar sozinha em casa, ausência de cuidados médicos e a criança desnutrida ou mal nutrida. Os pais, na maioria dos casos, apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, são analfabetos ou têm a 4ª classe. As profissões que exercem são de 5º grau na maioria (mão de obra não qualificada, serventes de obras, trabalhadores rurais e pessoal de limpeza, havendo também alguns casos de desempregados. Em 96% dos casos, as crianças são vítimas de agressão provocada por algum elemento do agregado familiar. Cerca de 70% das crianças vivem numa zona rural e 61% vivem com más condições habitacionais. Constatou-se uma grande percentagem de alcoolismo no pai, e doenças do foro psiquiátrico na mãe. No encaminhamento e orientação do caso prevalece a entrega da criança aos pais com vigilância do serviço social.

Em 2002, a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em risco divulgou a seguinte percentagem de maus-tratos: negligência e abandono – 65%; maus-tratos físicos e psicológicos – 28,7%; abuso sexual – 5,5%. Em 2003, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens acompanharam em Portugal 21 022 menores, tendo sido instaurados 13 488 processos, contra os 9760 do ano anterior.

O Relatório Final da Inspeção-Geral da Saúde, segundo Saraiva e Correia (2006), referente ao “Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em risco” do ano do triénio 2002 a 2004 verificou que:

Dos resultados apurados a nível hospitalar responderam ao questionário 56 hospitais. A maioria das entidades não evidenciaram possuir quaisquer normas de procedimento para o atendimento de crianças em risco. Registam-se 246 casos de crianças e jovens abandonados ou vítimas de rejeição familiar; 592 casos de crianças e jovens vítimas de abuso sexual; 1014 casos de crianças e jovens vítimas de maus-tratos físicos e/ou psicológicos; 1542 casos de crianças e jovens negligenciados e 2294 casos de crianças e jovens vítimas de outros factores de risco.

A nível dos Centros de Saúde, do universo dos 36 Centros de Saúde, apenas 29 responderam ao questionário de onde se pode concluir: 68 casos de crianças e jovens abandonados ou vítimas de rejeição familiar; 90 casos de crianças e jovens vítimas de maus-tratos físicos e /ou psicológicos; 39 casos de crianças e jovens vítimas de abuso sexual; 341 casos de crianças e jovens sujeitas a comportamentos que afectam a sua segurança e equilíbrio emocional; 48 casos de crianças e jovens entregues a actividades ou consumos que afectam a sua saúde, segurança, formação e desenvolvimento e 123 casos de crianças e jovens negligenciados, fora das circunstâncias referidas nos números anteriores.

Contudo, os dados mencionados não traduzem a realidade nacional, na medida em que nem todos os Centros de Saúde e hospitais avaliados disponibilizaram registos de casos de crianças em risco.

De um inquérito realizado por Socolar em 1995 nos Estados Unidos da América, dirigido a 204 mães com filhos com menos de 4 anos de idade, obtiveram-se respostas onde 19% das mães consideravam correcto bater ou dar palmadas em crianças com menos de 1 ano, 74% consideravam adequado bater em crianças entre 1 e 3 anos de idade e 42% admitiram bater de forma violenta nos seus próprios filhos (Canha, 2003).

A maioria dos pais, mais de 1 em cada 10, admite ter praticado um acto de violência grave contra o seu filho durante a infância (Cicchetti e Olsen *cit in* Figueiredo, 1998).

“Três entre dez crianças de zero e doze anos sofrem, diariamente, algum tipo de maus-tratos dentro da própria casa, perpetrados por pais, padrastos ou parentes” (Ferrari e Vecina, 2002, p.73).

“Quinhentas mil crianças prostituídas no Brasil; outras tantas na Índia; duzentas mil na Tailândia. Falta-me a coragem de continuar!” (Almeida *et al*, 2001, p.10)

3.2 Direitos das crianças e deveres da sociedade

O crescente reconhecimento, por parte da sociedade, dos Direitos da criança, e da implementação de medidas e técnicas para o estabelecimento de **diagnóstico** de maus-tratos permite, hoje, tratar este problema de um modo construtivo tendo sempre como objectivo a protecção da criança e dos seus direitos.

Apesar de o diagnóstico ser um processo complexo, constitui apenas o primeiro passo de um longo e difícil caminho.

O diagnóstico é realizado pelo médico, mas requer o apoio e a intervenção de uma equipa multidisciplinar. Deve ter em conta que qualquer criança pode ser vítima de maus-tratos, independentemente da classe social a que pertence (Canha, 2003).

O diagnóstico baseia-se na avaliação da probabilidade de que determinadas lesões tenham ocorrido de forma não acidental (Lissauer e Clayden, 1998).

Perante uma criança com lesões traumáticas, poderá ser posta a hipótese de ter sido vítima de maus-tratos, caso apresente determinados sinais e sintomas (ver anexo I) que Fontana *cit in* Levy *et al* (1986) como indicadores de suspeição, sendo eles:

- A criança ter menos de três anos;
- Apresentar um estado geral indicando uma negligência habitual (higiene precária, malnutrição);
- Haver uma distribuição característica de fracturas; uma distribuição e formas típicas de equimoses e lesões das partes moles, em diversos graus de evolução;
- A informação de episódios semelhantes ocorridos anteriormente;

“A criança vítima de maus-tratos”

- Uma história pouca aceitável para explicar o traumatismo;
- Uma discordância entre as informações clínicas e os dados colhidos na história, ou não ser dada qualquer explicação, ignorando o que se passou;
- Haver uma contradição nos dados colhidos junto de outros familiares, ou junto da criança; os cuidados médicos não serem de imediato procurados;
- O pedido de consulta ser feito por outro motivo; a atitude dos pais ser desadaptada à situação, manifestando uma preocupação excessiva ou não;
- A criança revela um comportamento de excessivo pavor ou timidez, protegendo-se sempre que o adulto faz um gesto, ou se liga facilmente a estranhos procurando refúgio.

A observação do comportamento dos pais e da criança para Canha (2003) é outro método importante para diagnosticar os maus-tratos, devendo ser considerados suspeitos os pais que recusam o tratamento ou internamento dos filhos; os que se demonstram desinteressados ou agressivos ou os que evidenciam demasiada preocupação perante a situação.

Cassandra e Opperman (2001) referem ainda que constituem provas directas dos maus-tratos: observações de maus-tratos por parte dos pais ou comportamento de negligência; uma criança encontrada numa situação física perigosa; uma criança que descreve ter sido maltratada ou negligenciada; demonstração dos próprios pais de comportamento de maus-tratos ou de negligência; os pais demonstram incapacidade para cuidar de um recém-nascido e incapacidades parentais: doença mental, atraso mental ou consumo de álcool ou de drogas.

A atitude da equipa que orienta estes casos deve ser presidida com intensa prudência e calma, demonstrando compreensão e evitando juízos de valor. É imprescindível compreender que estamos perante uma família que certamente está infeliz e com problemas, necessitando de uma intervenção e ajuda assertiva.

“Falhar um diagnóstico é, ainda, perder a oportunidade de intervenção numa família em crise e de tentar impedir a transmissão da violência à geração seguinte.” (Canha, 2003, p.44)

“A criança vítima de maus-tratos”

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, assinada por Portugal a 26 de Janeiro de 1990 e aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro, os Direitos da Criança exigem uma especial protecção e melhorias contínuas da situação das crianças em todo o mundo, segura de que traria uma contribuição positiva à protecção dos direitos das crianças e à garantia do seu bem-estar.

Para Soares (2001), a Convenção dos Direitos da Criança estabelece progressivamente uma reportação, no esclarecimento e tradução dos diversos tipos de direitos que lhe são facultados no universo global dos direitos do homem.

A Convenção dos Direitos da criança, artigo 3.º n.º2, garante à criança a protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo.

O artigo 18.º n.º1 refere que os pais ou os seus representantes legais são responsáveis pela educação e desenvolvimento da criança.

O artigo 19.º n.º1 protege a criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração e violência sexual.

Deste modo, toda e qualquer criança independentemente da sua raça, cor ou sexo, têm direito a uma vida digna. Mas, infelizmente, não é este o retrato diário dos nossos telejornais onde frequentemente se fazem referências a crianças que foram vítimas de maus-tratos. Crianças mortas a pontapé, com queimaduras de cigarro e de água, entre outras. Esta é a realidade do nosso país, onde as crianças maltratadas vivem sem direitos e os prestadores sem deveres.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 13/07/1990) dispõe sobre a protecção da criança e do adolescente contra qualquer forma de maus-tratos e determina penalidades para os que praticam o acto e para os que não o denunciam.

“A criança vítima de maus-tratos”

Os artigos 4, 13, 130 e 245 dizem que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária da criança. Caso seja verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum. O médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche deve comunicar à autoridade competente, sob pena de multa, os casos da que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Os artigos referidos são o espelho dos direitos que as crianças têm e dos deveres que os responsáveis têm sobre a criança, enquanto prestadores de cuidados.

3.3 Intervenção multidisciplinar

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo refere no artigo 3º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro que: a intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo, segundo o artigo 4º da Lei 147/99, de 1 de Setembro deve estar de acordo com:

O interesse superior da criança e do jovem;

A sua privacidade (a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem deve ser efectuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada).

“A criança vítima de maus-tratos”

A intervenção deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida, pelas entidades e instituições, de modo a promover os direitos e a protecção da criança e do jovem em perigo.

A criança, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos e dos motivos que determinaram a intervenção.

A criança e o seu representante legal têm direito a ser ouvidos e a participar nos actos e na definição da medida de promoção dos direitos e de protecção.

A intervenção deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

Esta intervenção requer uma equipa multidisciplinar. De acordo com o artigo 11º da Lei 147/99, de 1 de Setembro, a **intervenção judicial** tem lugar quando:

- Não esteja instalada comissão de protecção de crianças e jovens com competência no município ou na freguesia da respectiva área de residência;
- Não seja prestado ou seja retirado o consentimento necessário à intervenção da comissão de protecção ou quando o acordo de promoção de direitos e de protecção seja reiteradamente não cumprido;
- A criança ou o jovem se oponham à intervenção da comissão de protecção;
- A comissão de protecção não obtenha a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considere adequada, nomeadamente por oposição de um serviço ou entidade;
- Decorridos seis meses após o conhecimento da situação pela comissão de protecção não tenha sido proferida qualquer decisão;
- O Ministério Público considere que a decisão da comissão de protecção é ilegal ou inadequada à promoção dos direitos ou à protecção da criança ou do jovem;

- O tribunal decida a apensação do processo da comissão de protecção ao processo judicial.
- Para Magalhães (2002), são considerados ainda intervenientes neste processo: profissionais de educação e ensino, assistentes sociais, psicólogos, tribunais, médicos e enfermeiros.

Os **Profissionais de educação e ensino** (educadores de infância, professores, auxiliares de acção educativa, animadores sociais, entre outros) muitas vezes são quem alerta que a criança está a ser vítima de maus-tratos. A escola constitui um espaço importante para o controlo e prevenção dos maus-tratos. A detecção de situações de maus-tratos é uma exigência pedagógica, social e legal, sendo, por isso, fundamental que estes profissionais estejam preparados para reconhecerem certos sinais de abuso, de forma a contribuir para a intervenção precoce nestes casos. Para tal, é necessário dar formação específica a esta comunidade e estabelecer linhas de orientação relativas ao modo de intervenção (Magalhães, 2002).

Aos **assistentes sociais** compete investigar e avaliar os casos de suspeita de maus-tratos, de forma a promover apoio psicossocial ao menor e à família, avaliar o relacionamento familiar, promover apoio domiciliário, elaborar relatórios sociais e colaborar nos programas de prevenção dos maus-tratos (Porto *cit in* Levy *et al*, 1986).

Grande parte das vezes são os **psicólogos**, que encontram os menores em situações de perigo nos contextos escolares e da saúde ou na clínica privada. Outras vezes são chamados a intervir junto deles pelo seu comportamento ser considerado suspeito. Assim, é da competência do psicólogo: avaliar a situação, estabelecer um diagnóstico, determinar as medidas a adoptar, elaborar um relatório e envolver os restantes profissionais (Magalhães, 2002).

De uma forma global, cumpre aos **tribunais**: zelar pelo respeito dos direitos do menor e da família, avaliar as consequências trazidas ao menor, estimular a reestruturação das relações familiares, e apoiar e exigir das várias instituições e profissionais uma correcta intervenção (Magalhães, 2002).

O **médico** tem como função detectar as lesões e alterações de comportamento, provocadas pelos maus-tratos. Tem ainda como legação detectar, identificar, tratar, prevenir e participar os casos de que tenha conhecimento (Fernandes *cit in* Levy *et al*, 1986).

O papel do médico legista será proceder ao exame nos casos que impliquem a preservação e colheita de vestígios, designadamente nos abusos sexuais (Magalhães, 2002).

O **enfermeiro**, como é supracitado no Diário da República, decreto de lei nº 161/96, capítulo II, artigo 4º p.2960 é um:

“(...) profissional habilitado , com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

Como descreve Fonseca *et al* (1999), o objectivo dos enfermeiros no universo da criança maltratada é a protecção da criança e a recuperação da família, evitando que os maus-tratos persistam. O enfermeiro tem o dever de intervir perante a criança e família numa perspectiva cuidativa, contribuindo para a melhoria dos cuidados, através da identificação da população de risco. É indispensável que o enfermeiro ajude as crianças a identificarem, tolerarem e expressarem os seus sentimentos, de forma a melhorarem o seu relacionamento com as pessoas que a rodeiam. Só na falência irreparável da função parental é que a criança deve ser retirada da sua família.

Perante uma criança agredida, para Fernandes *cit in* Levy *et al* (1986), o objectivo do profissional de saúde não é alcançar a confissão. Assim, perante uma suspeita de agressão, a criança deve ser internada. O Serviço social deverá ser contactado para realizar um estudo da família e, por sua vez o Serviço Social deverá fazer a participação ao tribunal.

Como descreve Fonseca *et al* (1999), o enfermeiro tem um papel fulcral na identificação da criança maltratada, quer na relação de proximidade que estabelece com a família, quer na tomada de decisões para a resolução do problema, devendo então adquirir um papel dinâmico e interventivo na comunidade, não esquecendo que a qualidade da primeira abordagem vai influenciar, por vezes de forma decisiva, o êxito de toda a intervenção. É importante criar um clima de confiança entre o profissional de saúde, a criança, o relator e (ou) agressor, sem no entanto deixar de tomar as medidas necessárias para a protecção da criança. Através da realização de educações para a saúde, consultas de enfermagem na vigilância de saúde infantil, visitação domiciliária e actividades de saúde escolares.

“A preocupação constante com as crianças maltratadas, exige que o enfermeiro, actue nos três níveis de prevenção, com firmeza, segurança e conhecimento, demonstrando que é um elemento activo na sociedade em que se insere e que te a função específica de actuar na prevenção de tais situações”. (Fonseca *et al*, 1999, p.252)

Para Cassandra e Opperman (2001), dar conhecimento aos novos pais, sobre as expectativas reais do crescimento e desenvolvimento da criança e de como cuidar do bebé são formas de prevenir o stress que poderiam conduzir ao mau-trato.

Assim, pode concluir-se que a intervenção requer uma metodologia exigente que pressupõe: informação, formação, interdisciplinaridade, coordenação, empatia e calor humano nas relações com os intervenientes nos casos.

A finalidade das medidas de promoção dos direitos e de protecção das crianças e dos jovens em perigo, de acordo com o artigo 34º da Lei 147/99, de 1 de Setembro, visam: afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral e garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

As medidas de promoção e protecção, descritas no artigo 35º da Lei 147/99, de 1 de Setembro são: apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida, acolhimento familiar e o acolhimento em instituição.

3.4 Encaminhamento e Sinalização

Estas crianças podem ser entregues a famílias de acolhimento, em lar familiar ou em lar profissional ou ainda a instituições, visando a sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e à educação necessária para o seu desenvolvimento integral (artigo 47º e 49º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

Quando existe perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda da criança, as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais, para assegurar imediatamente acolhimento temporário (artigo 91º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

As autoridades policiais e judiciárias e as entidades com competência em matéria de infância e juventude devem comunicar as situações de perigo às comissões de protecção de menores (artigo 64º e 65º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

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, deve comunicar às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de protecção ou às autoridades judiciárias (artigo 66º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

Por sua vez, as comissões de protecção dão conhecimento aos organismos de segurança social das situações de crianças e jovens que se encontrem em alguma das situações que ponham em risco a integridade física e mental (artigo 67º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

As comissões de protecção comunicam ao Ministério Público as situações de adopção e as situações em que não sejam encontradas as intervenções adequadas (artigo 68º da Lei 147/99, de 1 de Setembro).

“A criança vítima de maus-tratos”

Sempre que exista conhecimento de que uma criança foi ou está a ser maltratada, existem serviços de apoio que podem ser contactados para denunciar estas situações.

Há duas linhas de informação, aconselhamento e apoio a crianças em risco, que colaboram com os Centros Regionais de Segurança Social, os Centros de Saúde, os hospitais e as escolas.

As pessoas, que denunciam, podem manter o anonimato. Mesmo que se identifiquem, os seus dados pessoais são sempre mantidos confidenciais.

A Linha de Emergência Criança Maltratada, que é um serviço telefónico (nº 21 34 33 333) integrado no PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança), que tem como objectivo atender via telefone as denúncias a casos de crianças vítimas de maus-tratos (Gamboa, 1997).

“O PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança) é um projecto que pretende apoiar a família e a criança na manutenção de vínculos afectivos, no reforço e melhoramento da comunicação intra-familiar e no desenvolvimento de competências educativas e afectivas de cada grupo familiar.” (Gambôa, 1997, p.146)

A linha SOS Criança, serviço do Instituto de Apoio à criança e que, entre outras tarefas, assume, também, o desencadear do processo de protecção de crianças e jovens em perigo (nº 21 79 31 617) (Magalhães, 2002).

Temos, então, como organizações para defesa das crianças:

- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF);
- Comité dos Direitos das Crianças;
- Comité Português para a UNICEF;
- Comissão Nacional para os Direitos das Crianças;
- Associação Portuguesa para os Direitos do Menor e da Família;
- Associação de Apoio à Vítima; Linha SOS Criança;

“A criança vítima de maus-tratos”

- Comissão de Protecção de Menores;
- Instituto de Apoio à Criança (IAC);
- Centros Regionais de Segurança Social;
- Famílias de Acolhimento;
- Centros de Acolhimento Temporário (CAT);
- Gabinete de Apoio à Família e à Criança (PAFAC);
- Centros de Saúde;
- Hospitais;
- Tribunal de Menores, entre outros.

(Pinto e Sarmento, 1999, p.109)

Capítulo II – FASE METODOLÓGICA

1 – Justificação do tema

A prática profissional cada vez é mais complexa, diferenciada e exigente, tornando-se imprescindível o aperfeiçoamento em todas as áreas, desde a prestação de cuidados até à própria investigação como se pode verificar na citação que se segue.

“(…) o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia de enfermagem na prestação de cuidados de saúde.” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Decreto – Lei nº 104/98 21 de Abril, p.8)

Na fase metodológica, Fortin (1999, p.40) refere que: “(…) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Neste capítulo será, então, apresentada a fase metodológica, começando por identificar os objectivos e as questões orientadoras, que incidem sobre a percepção dos pais acerca dos maus-tratos infantis. A população são os pais, uma vez que segundo os dados epidemiológicos a que se teve acesso estes, são em regra os principais agressores. Seguindo-se as variáveis, o método de estudo que se optou pelo método quantitativo e a colheita de dados através de um questionário. Por fim, o pré-teste e as considerações éticas.

2 - Objectivos científicos e Questões Orientadoras

Em todos os trabalhos de investigação se estabelecem objectivos, para que se adquiram conhecimentos acerca do porquê do estudo em causa e se confira valor, interesse e pertinência ao mesmo.

“O objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.” (Fortin, 1999, p.40).

Assim, estabeleceram-se os seguintes objectivos científicos:

Objectivo geral:

- Descrever que percepção têm os pais sobre os maus-tratos infantis;

Objectivos específicos:

- Descrever os tipos de maus-tratos infantis identificados pelos pais;
- Descrever os sinais de maus-tratos identificados pelos pais;
- Descrever os meios de sinalização de maus-tratos que são identificados pelos pais.

Qualquer investigação deve ser orientada segundo uma questão inicial, com a qual o investigador define de forma mais clara o que pretende saber com o seu estudo.

“Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos – chave, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” (Fortin, 1999 p. 51).

Assim sendo, todo o trabalho de investigação começa com uma pergunta de partida, que servirá como fio condutor de toda a investigação.

A pergunta de partida, que esteve na base da construção desta investigação, foi a seguinte:

- Que percepção têm os pais sobre os maus-tratos infantis?

As questões de investigação orientam o nosso estudo, de forma a torná-lo mais objectivo.

Então, definiram-se como questões de investigação:

- Quais os tipos de maus-tratos infantis que os pais identificam?
- Quais os sinais de maus-tratos identificados pelos pais?
- Quais os meios de sinalização de maus-tratos que são identificados pelos pais?

3 - Definição da População e da Amostra

De acordo com Fortin (1999, p.41), uma “(...) população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.”

Segundo Quivy (1998), à população corresponde a totalidade dos elementos ou das unidades constitutivas do conjunto considerado, sendo que este termo pode designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objectos de qualquer natureza.

Não sendo muitas vezes o investigador capaz de estudar o total da população alvo, tem que recorrer à amostra.

“(...) amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo.” (Fortin, 1999, p.41)

Neste caso, a população em estudo são os pais que frequentam um Parque Infantil da Região do Norte. A amostra desta investigação inclui 50 pais, com o critério de ser pai ou mãe, consanguíneo ou adoptivo.

O tipo de amostragem utilizada foi a amostra acidental. “A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso.” (Fortin, 1999, p.208)

4 - Definição das Variáveis

As variáveis são utilizadas de forma a identificar características de pessoas. Segundo Fortin (1999) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, como é o caso da investigação em questão.

Por definição, para Fortin (1999) uma variável tem uma propriedade inerente de transformação e atribuição de valores.

Para Quivy (1998), as variáveis de atributo identificam-se como um atributo ou indicador de características dos sujeitos em estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas.

As variáveis de atributo deste estudo são: o género, a idade, as habilitações literárias/académicas, a profissão, a residência e o número de filhos.

5 - Método de Estudo e de Colheita de Dados

“Em investigação existem dois métodos que orientam o desenvolvimento do conhecimento científico, sendo eles o método qualitativo e o método quantitativo.” (Fortin, 1999, p.22).

“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” (Fortin, 1999, p.22).

Tendo em conta as características deste estudo, optou-se, então, por enveredar por uma abordagem quantitativa, pois considera-se ser o método adequado aos objectivos traçados.

Também se considera este estudo como sendo exploratório - descritivo.

Segundo Fortin (1999), num estudo de cariz exploratório - descritivo, a descoberta de factores, consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de forma a torná-lo conhecido.

O instrumento de colheita de dados é fundamental para o estudo e deve estar sempre de acordo com as características da população e do tema que se pretende estudar. Desta forma, após a observação de diferentes métodos de colheita de dados, vantagens e desvantagens de cada um, considerou-se que o mais adequado é o questionário de resposta fechada.

Para Fortin (1999), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis, que ajuda a organizar os dados, para que as informações pretendidas possam ser colhidas de forma rigorosa.

Quivy *et al* (1998) consideram como principais vantagens: a possibilidade de quantificar um grande número de dados e de proceder a numerosas análises, a representatividade ser facilmente satisfeita; no entanto, esta representatividade nunca é absoluta.

Optou-se, ainda, por um questionário de administração directa, uma vez que o questionário é preenchido pelo inquirido, sendo entregue em mão pelo inquiridor, de forma a esclarecer todas as dúvidas. (Quivy *et al*, 1998) (ver anexo II)

6 - Pré-teste

Após a elaboração do questionário, optou-se por se efectuar um pré-teste.

“ O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.” (Fortin, 1999, p.253)

Dando continuidade à ideia de Fortin, refere ainda que esta etapa é indispensável, uma vez que permite verificar se os termos utilizados são facilmente compreendidos, se a forma das questões permite colher as informações desejadas, se o questionário é muito longo e não provoca desinteresse e irritação e permite verificar ainda se as questões não apresentam ambiguidade.

Partilhando a ideia da autora, considera-se a realização do pré-teste fundamental, para apreciar a aplicabilidade do instrumento de colheita de dados, eventuais falhas e assegurar a sua fidedignidade, a operatividade e validade, efectuou-se a sua pré-testagem, em 10 pais, com características idênticas à população alvo, no dia 1 e 2 de Abril de 2006. (ver anexo III)

Após a análise dos resultados obtidos, verificou-se que os inquiridos compreenderam as questões colocadas, pelo que não foi necessário proceder a alterações. Prosseguindo-se assim a colheita de dados que decorreu entre o dia 22 e 24 de Abril.

7 - Considerações éticas

Qualquer investigação, que envolva pessoas, pode levantar problemas éticos. Assim, é necessário tomar decisões de modo a proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam na investigação, sendo os princípios fundamentais: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito a anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Deste modo, indo de encontro aos direitos acima mencionados, na administração do questionário garantiu-se o anonimato, a confidencialidade dos dados e a privacidade aos mesmos a todos os inquiridos e explicaram-se os objectivos e a finalidade deste estudo.

Capítulo III – FASE EMPÍRICA

1 - Apresentação dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise dos questionários. Numa primeira parte, são apresentados os dados referentes à caracterização da amostra. Na segunda parte, são apresentadas as respostas às questões que possibilitam descrever qual a percepção dos pais acerca do tipo de maus-tratos, dos sinais que podem indicar que a criança esteja a ser vítima de maus-tratos, e dos meios de alerta identificados pelos pais.

Optou-se por apresentar os resultados em quadros e gráficos, para que se torne mais fácil a sua leitura.

1.1 – Caracterização da amostra

Na caracterização da amostra, foram consideradas as variáveis género, idade, residência, profissão, habilitações literárias/académicas, estado civil e número de filhos. No total, foram tratados 50 questionários, tendo sido inquiridos 50 indivíduos.

Quadro 1 – Distribuição numérica e percentual do género dos pais inquiridos

Género	Frequência (n.º pais)	Percentagem (%)
Feminino	27	54,0
Masculino	23	46,0
Total	50	100,0

Através do quadro 1, pode-se observar que 54% dos inquiridos são do sexo feminino e 46% são do sexo masculino. Ou seja, dos 50 inquiridos 27 pertencem ao sexo feminino e 23 ao sexo masculino.

Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por idade

Idade	Frequência (nº pais)	Percentagem (%)
≤ 25 anos	5	10,0
26-36 anos	22	44,0
37-47 anos	11	22,0
≥ 48 anos	12	24,0
Total	50	100,0

Atendendo ao quadro 2, relativo à idade dos inquiridos, verifica-se que os pais inquiridos se situam maioritariamente (44%) na faixa etária dos 26-36 anos, seguindo-se 24% com mais de 48 anos, 22% entre os 37-47 anos e apenas 10% com idade inferior a 25 anos.

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por residência

Residência	Frequência (nº pais)	Percentagem (%)
Rural	29	58,0
Urbana	19	38,0
Sub-Urbana	2	4,0
Total	50	100,0

A análise da residência dos inquiridos no quadro 3, antes indicado permite verificar uma maior percentagem de sujeitos residentes em zonas rurais (58%), seguindo-se 38% em zonas urbanas e apenas 4% em locais sub-urbanos.

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por profissão

Profissão	Frequência (n.º pais)	Percentagem (%)
Professor (a)	2	4,0
Engenheiro (a)	2	4,0
Técnico Manutenção Mecânica	2	4,0
Polícia	1	2,0
Doméstica	1	2,0
Médico (a)	2	4,0
Estudante	1	2,0
Carpinteiro	4	8,0
Costureira	6	12,0
Cozinheira	1	2,0
Encarregado (a)	3	6,0
Servente mesa	1	2,0
Maquinista	1	2,0
Comerciante	3	6,0
Caixeiro	2	4,0
Estucador	1	2,0
Bancário (a)	2	4,0
GNR	2	4,0
Auxiliar de Lar	1	2,0
Pintor	2	4,0
Auxiliar de educação	1	2,0
Empregada escritório	2	4,0
Animadora	1	2,0
Auxiliar acção educativa	3	6,0
Motorista	1	2,0
Instrutor	1	2,0
Enfermeira	1	2,0
Total	50	100,0

Quanto à profissão, pela análise do quadro 4, verificou-se que 12% dos pais inquiridos são costureiras; 8% carpinteiros; 6% são encarregados (as) e, ainda, com igual percentagem, comerciantes e auxiliares de educação educativa; 4% são professores e com igual percentagem engenheiros, técnicos de manutenção mecânica, médicos, caixeiros, bancários, GNR, pintores e empregados de escritório. Por fim, com 2%, temos polícias e com a mesma percentagem domésticas, estudantes, cozinheiras, serventes de mesa, maquinistas, estucadores, auxiliares de lar, auxiliar de educação, animadora, motorista, instrutor e enfermeira.

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por habilitações literárias/académicas

Habilitações literárias/académicas	Frequência (n.º pais)	Percentagem (%)
1º ciclo	11	22,0
2º ciclo	15	30,0
3º ciclo	5	10,0
Secundário	7	14,0
Curso Técnico/Profissional	3	6,0
Curso Superior	9	18,0
Total	50	100,0

Analisando os dados referentes às habilitações literárias/académicas, verifica-se que uma percentagem significativa dos inquiridos, 33% têm o 2º ciclo, 22%, o 1º ciclo, 18% um curso superior, 14%, o secundário, 10%, o 3º ciclo, e 6%, o curso técnico/profissional.

Quadro 6 – Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por Estado Civil

Estado Civil	Frequência (n.º pais)	Percentagem (%)
Casado (a)	47	94,0
União de facto	2	4,0
Solteiro (a)	1	2,0
Viúvo (a)	0	0,0
Total	50	100,0

Relativamente ao estado civil, pela análise do quadro 6, verifica-se que 94% dos pais são casados, 4% vivem em união de facto, 2% são solteiros, não existindo nenhum viúvo nem separado/divorciado.

Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual dos pais inquiridos por número de filhos

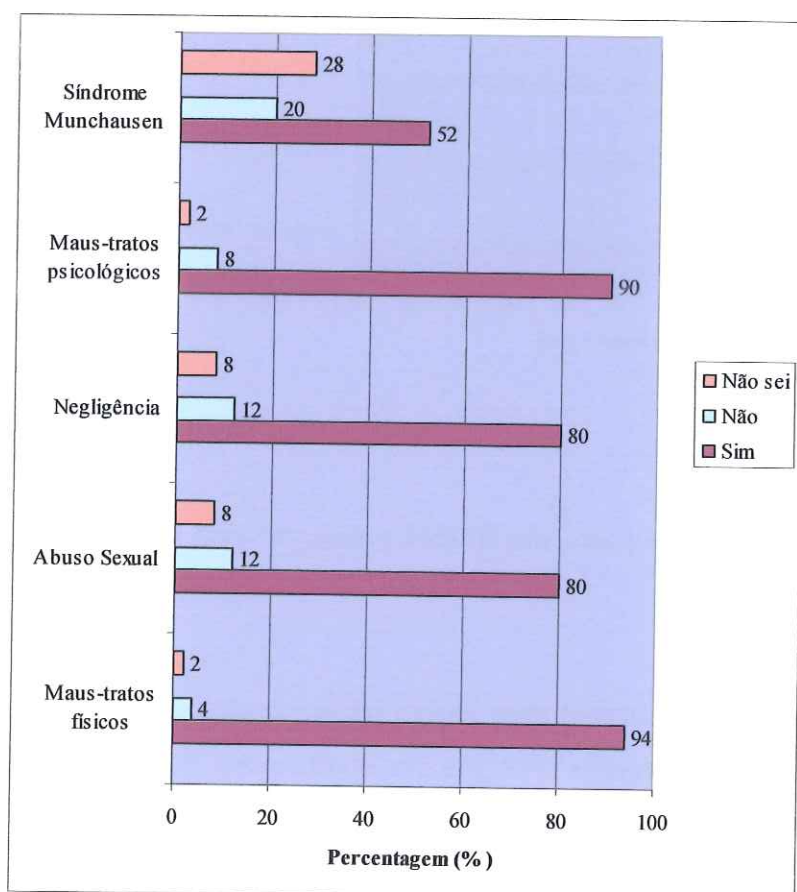
Nº filhos	Frequência (nº pais)	Percentagem (%)
1	21	42,0
2	19	38,0
3	8	16,0
4	2	4,0
Total	50	100,0

No que concerne ao número de filhos, através da análise do gráfico 7, conclui-se que 42% dos pais têm 1 filho, 38% têm 2 filhos, 16% têm 3 filhos e apenas 4% têm 4 filhos.

1.2 – Dados relativos à percepção dos pais sobre os maus-tratos infantis

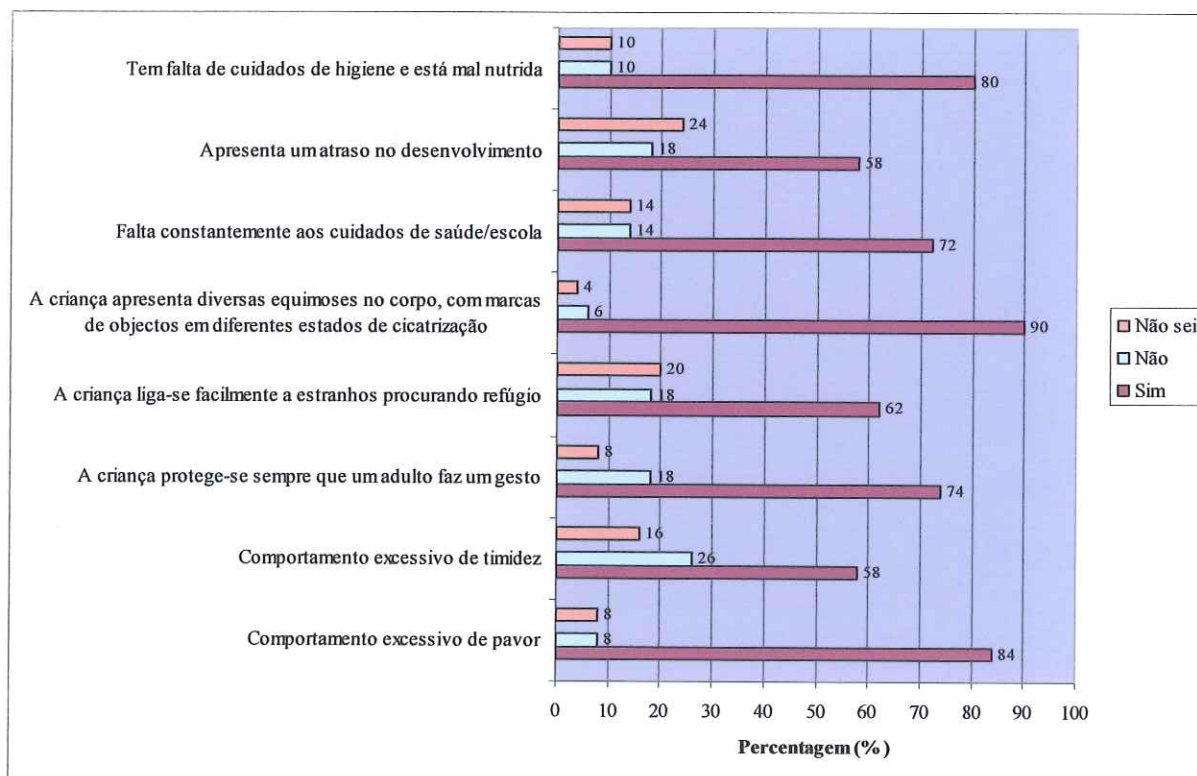
Na segunda parte desta análise dos resultados, constaram os tipos de maus-tratos infantis que os pais identificam, os sinais que indicam como sendo maus-tratos às crianças e os meios que alertavam, se suspeitassem que alguma criança fosse vítima de maus-tratos.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos inquiridos, relativamente ao tipo de maus-tratos infantis



Ao analisar o gráfico 1, verifica-se que os pais, identificam os cinco tipos de maus-tratos. Deste modo, conclui-se que apenas 4% indica os maus-tratos físicos como não sendo um tipo de maus-tratos, 12% o abuso sexual e a negligência, 8% os maus-tratos psicológicos e 20% o síndrome de munchausen.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos pais inquiridos, relativamente aos sinais de maus-tratos

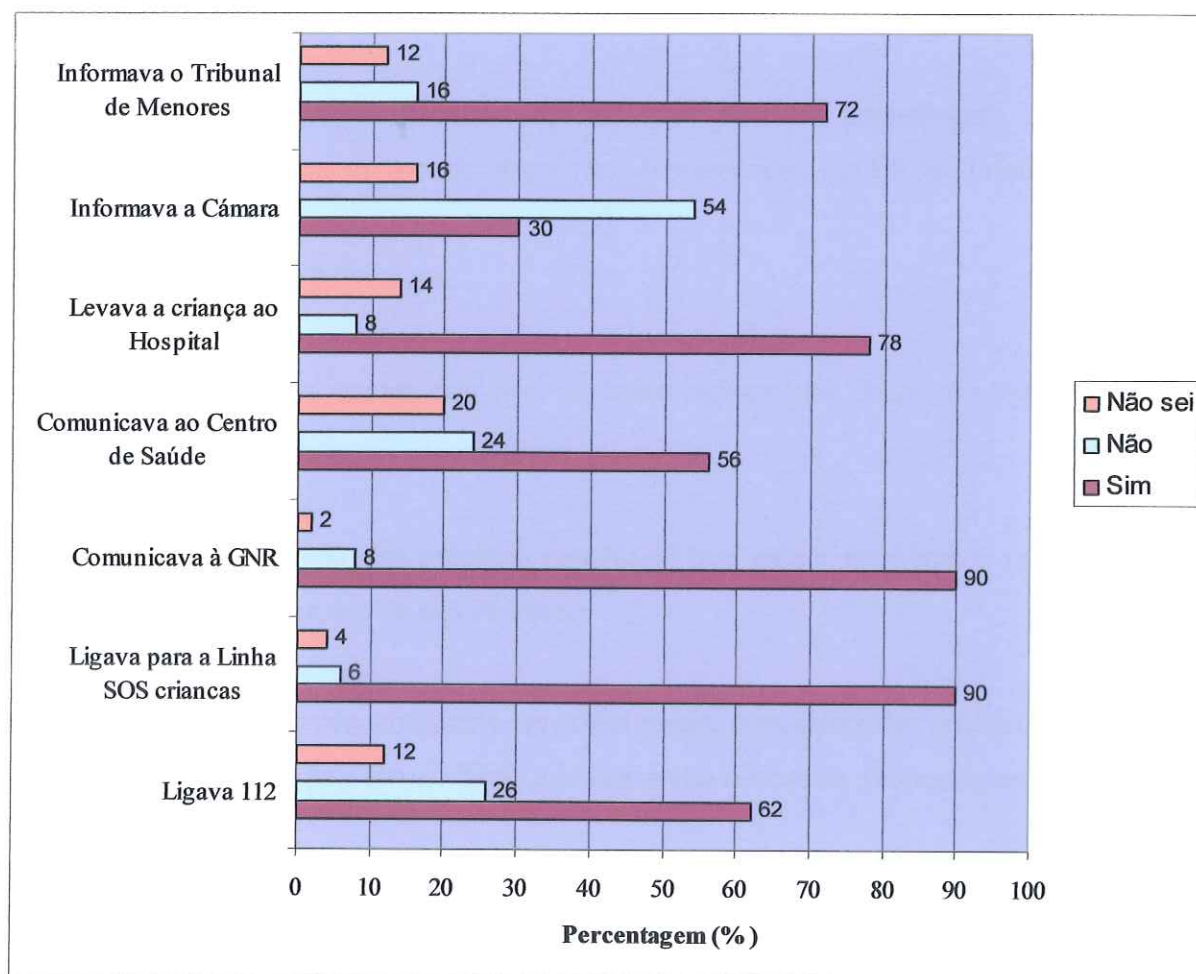


Pela análise do gráfico 2, os pais inquiridos identificam todos os sinais de maus-tratos na infância. Com a seguinte distribuição:

A criança apresentar diversas equimoses no corpo, com marcas de objectos em diferentes estados de cicatrização (90%), progredindo até aos 58% quando a criança demonstra um comportamento excessivo de timidez e apresenta um atraso no desenvolvimento.

Os inquiridos, referem ainda como não sendo sinais de maus-tratos: comportamento excessivo de timidez (26%); a criança protege-se sempre que o adulto faz um gesto, liga-se facilmente a estranhos procurando refúgio e apresenta um atraso no desenvolvimento com 18%; falta constantemente aos cuidados de saúde/escola (14%); tem falta de cuidados de higiene e está malnutrida (10%) e comportamento excessivo de pavor (8%).

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos pais inquiridos, relativamente aos meios de sinalização



No que concerne aos meios de alerta, como se pode verificar no gráfico 3, os pais inquiridos identificam todos os meios de alerta a contactar, caso suspeitassem que alguma criança estaria a ser vítima de maus-tratos: 90% dos pais refere que comunicava à GNR e ligava para a linha SOS crianças; 78% levava a criança ao hospital; 72% informava o tribunal de menores; 62% pedia ajuda ao 112; 56% informava o Centro de Saúde. 54% Dos pais referem não informar a Câmara e 24% não comunicava ao centro de saúde.

Capítulo III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o estudo efectuado, os dados devem ser analisados atendendo ao pressuposto inicial de saber qual percepção dos pais acerca dos maus-tratos infantis.

Os resultados apresentados reflectem apenas uma pequena percentagem da população. Referem-se apenas a uma amostra de 50 pais que frequentaram um Parque Infantil do Norte.

Salienta-se neste grupo de pais que:

Relativamente à variável género dos pais, os dados referem que existe um equilíbrio entre o número de homens e mulheres inquiridas.

No que se refere à idade dos sujeitos, conclui-se que existe uma maior percentagem de inquiridos na faixa etária dos 26 aos 36 anos.

São pais que residem maioritariamente em zonas rurais, com diferentes profissões: costureira, carpinteiro, encarregado(a), comerciante, auxiliar acção educativa, professor, entre outras.

A análise estatística, referente às habilitações literárias/académicas, averiguam que a maioria dos pais não tem um curso superior, predominando o 2º ciclo. Comumente, são casados e tem 1 a 2 filhos.

Será este o perfil de pais que maltratam os filhos?

Num estudo realizado no Hospital de Santa Luzia, actual Centro Hospitalar do Alto Minho entre 1995 e 1999 indica que: os pais, na maioria dos casos, apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, são analfabetos ou têm a 4ª classe. As profissões que exercem são de 5º grau na maioria (mão de obra não qualificada, serventes de obras, trabalhadores rurais e pessoal de limpeza, havendo também alguns casos de desempregados (Ribeiro, 2000).

Ferrari (2002) refere que a violência, de uma forma, é provocada pelos pais, estando desempregados ou não, serem analfabetos ou não, serem ricos ou pobres, com ou sem distúrbios mentais. São seres sem um perfil próprio que, com ou sem motivo, vitimizam a criança.

No estudo realizado por Louise Teles e Eva Marques em Lisboa, constatou-se que 52,5% das mães eram solteiras e os pais tinham menos de 30 anos. (Teles *et al cit in* Levy *et al*, 1986).

Os dados sócio-demográficos desta amostra encontram-se sobreponíveis aos dados do estudo realizado no Hospital de Santa Luzia entre 1995 e 1999. Será que dados mais actuais do antigo Hospital de Santa Luzia seriam diferentes? Será que o aumento da informação influenciou o número e o tipo de maus-tratos?

Ferrari e Vecina (2002) referem que foi na década de 1970, que surgiram as primeiras denúncias médicas, e em 1978 que o Dr. Hélio de Oliveira Santos denunciou na imprensa o caso de uma criança vítima de violência física.

Para Canha (2003), os maus - tratos podem classificar-se em diversos tipos: mau - trato físico, negligência, abuso sexual, mau - trato psicológico e a S. de Munchausen, sendo esta mais organizada e delicada. Constituinte uma forma rara de mau-trato e de difícil diagnóstico.

No estudo realizado no Hospital de Santa Luzia, actual Centro Hospitalar do Alto Minho entre 1995 e 1999 verifica-se que os tipos de maus-tratos mais frequentes são a negligência (33 casos), a violência física (10 casos) e o abuso sexual (7 casos). (Ribeiro, 2000)

O PAFAC no ano de 1996, registou 525 apelos que abrangeram crianças de ambos os sexos. Na Região Norte, registaram-se 376 casos dos quais 7 em Viana do Castelo. (Gamboa, 1997).

O Relatório Final da Inspeção-Geral da Saúde, referente ao triénio de 2002 a 2004 verificou que: 246 casos de crianças e jovens abandonados ou vítimas de rejeição familiar; 592 casos de crianças e jovens vítimas de abuso sexual; 1014 casos de crianças e jovens vítimas de maus-tratos físicos e/ou psicológicos; 1542 casos de crianças e jovens negligenciados.

Como sinais de maus-tratos, os pais inquiridos identificam mais facilmente os seguintes: a criança apresenta diversas equimoses no corpo, com marcas de objectos em diferentes estados de cicatrização; tem um comportamento excessivo de pavor; tem falta de cuidados de higiene e estar mal nutrida; a criança protege-se sempre que um adulto faz um gesto e faltar constantemente aos cuidados de saúde/escola.

Assim, conclui-se que no Relatório da Inspeção Geral da Saúde e no estudo realizado no Hospital de Santa Luzia as Crianças são na maioria dos casos vítimas de negligencia, enquanto que no presente estudo de investigação verifica-se que os pais identificam com mais facilidade os maus-tratos físicos.

De acordo com (Magalhães, 2002), a criança ao nível do comportamento, pode evidenciar: dificuldades de relacionamento interpessoal; escasso reconhecimento das emoções; isolamento; agressividade; dificuldades na percepção e aceitação das normas morais e sociais; sentimentos de culpabilidade; baixa iniciativa e motivação; violência conjugal; maus-tratos nos seus próprios filhos, reproduzindo a violência de que foi vítima em criança; violência e tentativas de suicídio; toxicod dependência; prostituição e uma conduta anti-social e delinvente.

No que concerne aos meios de alerta, os pais inquiridos reconhecem mais facilmente a GNR, a linha SOS crianças, o hospital e o tribunal de menores. Os pais não identificam o Centro de Saúde como sendo um recurso de primeira linha, apesar de ser um dos meios a alertar.

Pinto e Sarmiento (1999, p.109) indica como organizações para defesa das crianças: UNICEF; Comité dos Direitos das Crianças; Comité Português para a UNICEF; Comissão Nacional para os Direitos das Crianças; Associação Portuguesa para os Direitos do Menor e da Família; Associação de Apoio à Vítima; Linha SOS Criança; Comissão de Protecção de Menores; Acolhimento; Centros de Acolhimento Temporário; PAFAC; Centros de Saúde; Hospitais; Instituto de Apoio à Criança; Centros Regionais de Segurança Social; Famílias de Tribunal de Menores, entre outros.

“A criança vítima de maus-tratos”

O resultado desta análise permitiu verificar que os pais identificam de um modo geral, todos os tipos de maus-tratos, os sinais dos mesmos e os meios a alertar. Estes dados podem ser entendidos como um bom indicador, uma vez que esta problemática se divulgou de forma acentuada ultimamente. Mas, também pode suscitar algumas dúvidas: Será que com uma amostra mais alargada os resultados seriam os mesmos? Serão alguns destes pais os próprios prestadores de maus-tratos?

É necessário interesse para compreender o mundo interior da criança que segundo Strech (2002), é angustiado, confuso, caótico e com perturbações emocionais.

Conclusão

Findado este trabalho, conclui-se que os objectivos académicos foram alcançados permitindo: desenvolver competências para a realização de posteriores trabalhos de investigação e aprofundar a área em estudo.

O presente trabalho encerra um conjunto de ideias e de informações que carecem de uma reflexão final. Assim sendo, podemos dizer que os principais objectivos definidos inicialmente foram alcançados, na medida em que se procurou analisar a percepção dos pais relativamente aos maus-tratos infantis.

Verificou-se que os pais identificam todos os tipos de maus-tratos, os sinais de maus-tratos e os meios a alertar caso suspeitassem de algum caso de maus-tratos.

Por outro lado, ainda, cremos que o questionário utilizado permitiu abrir um importante caminho na compreensão da sua performance como instrumento útil na recolha de informação acerca da percepção dos pais sobre os maus-tratos na infância.

Paralelamente, subsistem algumas limitações no presente estudo, que se prendem com os aspectos metodológicos. Assim sendo, e na sequência do referido atrás sobre o instrumento utilizado, pensou-se que seria importante realizar, posteriormente, um estudo mais alargado, para verificar se existe relação entre a interpretação dos pais com a quantidade e tipos de maus-tratos.

Apesar de todos os resultados obtidos não suscitarem grande alteração da informação inovadora no que concerne aos maus-tratos na infância, pensa-se que o presente estudo conseguiu sublinhar a necessidade que persiste em se conceder uma importância particularizada a este tipo de temática, uma vez que se tem consciência da sua dimensão e fragilidade. Por isso, defende-se a ideia que os estudos em torno desta temática deverão continuar a ser realizados, de forma a sistematizar a consciencialização social da gravidade e da extensão deste tipo de abusos, quer como uma medida de intervenção, quer como medida de prevenção.

“A criança vítima de maus-tratos”

De facto, falar sobre maus-tratos constitui ainda um tabu na nossa sociedade, e as vítimas do mesmo, por diversas razões, têm optado pelo silêncio, não apresentando, assim, queixas dos seus perpetradores. Estes, por sua vez, conseguem que as crianças permaneçam num infundável abafó, interiorizando que estes abusos não passam de um dramático passatempo.

Muitas vezes, o silêncio das vítimas é reforçado por sentimentos de medo, de culpabilização, vergonha e de rejeição, associados a uma incompreensão da situação, própria da etapa de desenvolvimento onde se possam encontrar.

Estes dados são uma evidência empírica na prática da enfermagem, pelo que o seu papel deverá ir, fundamentalmente, ao encontro do ensino e informação dos pais.

Deste modo, finaliza-se, evidenciando que a criança tem direito à satisfação das suas necessidades básicas, ao amor e ao carinho, e a sociedade tem deveres para com ela, de modo a permitir-lhe que cresça feliz e saudável.

Que as crianças ganhem com este trabalho, é o que se deseja.

A sociedade tem que perceber que as crianças a sustentarão, dentro de muito pouco. O tempo passa depressa!

Deseja-se que as crianças de hoje gostem de nós, amanhã, e não nos acusem de os termos tratado mal.

Bibliografia

- Almeida, A.N.; André, I.M.; Almeida, H.N. (2001). *Famílias e maus tratos às crianças em Portugal* – Relatório Final. Lisboa, Assembleia da Republica – Divisão de Edições.
- Biscaia, J. (2001). Crianças em risco que intervenções e que responsabilidades - *In Cadernos de Bioética*. Coimbra, Ano XI, nº25/Abril, p.3-13.
- Canha, J. (2000). *Criança maltratada –o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Cassandra, K.A. e Opperman, C.S. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência. Ribeirão Preto.
- CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Versão beta 01 Março 2000.
- Comissão Protecção Crianças e Jovens em risco (2003). *Relatório de Actividades*. Lisboa.
- Costa, S.I.F. (1997). Crianças maltratadas – Uma reflexão para enfermeiros, *Informar*, nº9/Abril/Junho, p.8-13.
- Convenção sobre os Direitos da Criança assinada por Portugal a 26 de Janeiro de 1990 e aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.
- Davis, H.; Day, C.; Bidmead, C. (2002). In Parent Adviser Training Manual, London: The Psychological corporation
- Diário da República decreto de lei nº 161/96, capítulo II, artigo 4º p.2960.

Direcção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil. Programa – Tipo de Actuação. 2º Edição. Revoga a circular normativa n.º9/DSI, de 06.10.92. Lisboa, 2005.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

Ferrari, D.C.A.; Vecina, T.C.C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar*. Brasil, Editora Agora.

Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente (I): situação e enquadramento da problemática / “*Psicologia: teoria, investigação e prática*”, Braga, volume 3, (nº1/Fevereiro), p.5-19.

Fonseca, M.R.; Pinto, P.; Pinto, R.; Cruz, S.S.; Magalhães, S. (1999). A criança maltratada: uma perspectiva de enfermagem, *Nascer e Crescer*, volume 8 (nº4/Dezembro), p.251-252

Fortin, M.F (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Gallardo, J.A. (1994). *Maus tratos às crianças*. Porto Editora.

Gamboa, M.J. (1997). *O Projecto de Apoio à Família e à Criança e os Maus-tratos na à Infância*. Nascer e Crescer. Porto. Volume 6, nº3 (Julho, Agosto e Setembro), p.146-147.

Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Levy, M.L.V.Q.; Carvalho, M.C.F.A.; Rodrigues, C.C.; Santos, H.M.G.; Silva, L.P.E.G.; Fonseca, J.N.D.; Borges, M.L.E.D.C. (1986). *A criança maltratada*. Lisboa. Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Lissauer, T.; Clayden, G. (1998). *Manual ilustrado de Pediatria*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A.

Lopes, S.; Fernandes, P.G; (2005). O Papel Parental como Foco de Atenção para a prática de Enfermagem. *Sinais Vitais*. N.º63. (Novembro). P.36-42

Magalhães, T.; (2002). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático para profissionais*. Coimbra, Quarteto Editora.

Negrão, M.A.P.R.P.; Santos, M.A.F.; Fonseca, M.C.R.; Guimarães, M.E.; Tojal, M.E.; Abecasis, M.L. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência.

Pinto, M.; Sarmiento, M.J.(1999). *Saberes sobre as crianças para uma bibliografia sobre a infância e as crianças em Portugal*. Braga. CESC – Universidade do Minho.

Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Reis, C.F. (1993). A criança maltratada: Algumas considerações gerais, *Nascer e Crescer*, volume II (N.º3 / Setembro), p.155-162.

Relatório Final. Inspecção – Geral da Saúde. “*Atendimento e Encaminhamento, nos estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco*”. Instrutoras: Saraiva, L.; Correia, E. Processo nº 4/2005-IT.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto lei n.º161/96 de 4 Setembro. Diário da República I – Série A p.1739-1756.

Ribeiro, S.Q. (2000). Os maus-tratos na infância, *Juvenil*, Viana do Castelo, nº12, p.19-24.

Sani, A.I. (2002). *As Crianças e a Violência: Narrativas de Crianças Vítimas e Testemunhas de Crimes*. Coimbra. Quarteto Editora.

“A criança vítima de maus-tratos”

Saraiva, L.; Correia, E. (2006) Relatório Final. “*Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco.*” Ministério da Saúde. Inspeção Geral da Saúde.

Simões, J.F.L. (1999). A criança maltratada, *Sinais Vitais*, nº25/Julho, p.43-45.

Sousa, E. (1995). Minorias vulneráveis: o caso das crianças maltratadas, *Análise Psicológica*, N.º4, série 13 (Outubro - Dezembro), pp.489-495.

Soares, N.F. (2001). Outras Infâncias – *A situação social das crianças atendidas numa Comissão de Protecção de Menores*. Centro de Estudos da Criança. Universidade do Minho.

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro)

Anexos

Anexo I

Indicadores dos maus-tratos infantis

Negligência

Sinais:

- a) Sinais físicos de negligência prolongada: atraso ou baixo crescimento, cabelo fino, abdómen proeminente, arrefecimento persistente, mãos e pés avermelhados (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal);
- b) Carência de higienização: sujidade, eritema genital, pediculose (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- c) Alimentação e (ou) hábitos horários inadequados;
- d) Vestuário desadequado em relação à época e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- e) Vitaminopatias;
- f) Cárie dentária;
- g) Unhas quebradiças;
- h) Infecções leves, recorrentes ou persistentes, ou outra doença crónica que não mereceu tratamento médico;
- i) Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- j) Atraso no desenvolvimento sexual.

Sintomas:

- a) Atraso nas aquisições sociais e em todas as áreas da maturidade (linguagem, motricidade, socialização);
- b) Perturbações do apetite e comportamentos estranhos, como roubo de alimentos e tendência a enfartar-se com comida;
- c) Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, hiperactividade, agressividade;
- d) Problemas de aprendizagem e absentismo escolar;
- e) Pobre relacionamento com as outras crianças;
- f) Condutas para chamar atenção dos adultos;
- g) Tendência à fantasia;
- h) Comportamentos anti-sociais;
- i) Falta persistente dos pais ou cuidadores na procura ou acompanhamento dos menores na escola e nos cuidados de saúde (ex.: incumprimento do calendário de vacinas).

Maus-tratos físicos

Sinais:

- a) Lesões com diversos tempos de evolução (ex.: equimoses com diferentes colorações);
- b) Lesões em locais pouco comuns aos tratamentos de tipo acidental para a faixa etária da criança (ex.: equimoses ou outros ferimentos na face, especialmente à volta dos olhos, orelhas ou boca - lábios, língua, dentes e freio; hematomas e contusões provocados na parte proximal das extremidades, zonas laterais da cara, orelhas e pescoço, genitais e nádegas);
- c) Lesões com diferentes localizações;
- d) Lesões desenhando marcas de objectos (ex.: fivela de cinto);
- e) Queimaduras ou suas cicatrizes, com bordos nítidos (como nas queimaduras de cigarros) e com localizações múltiplas, sobretudo se na palma das mãos, planta dos pés, genitais e nádegas;
- f) Marcas de mordeduras;
- g) Alopecia (perda de cabelo) traumática;
- h) Sequelas de traumatismo antigo de que não é conhecida a história (ex.: calos ósseos resultantes de fracturas);
- i) Intoxicação (sobretudo se mais que um incidente com sinais e sintomas inexplicados e de começo agudo);
- j) Doenças recorrentes inexplicáveis (sobreponível ao síndrome de Munchausen por procuração) ou situação crítica não explicável pela história anterior;
- k) Outras lesões de diagnóstico médico mais complexo (designadamente neurológicas, oftalmológicas e viscerais) – ex.: hematoma subdural, hemorragia retiniana, rotura hepática ou do baço.

Sintomas:

- a) Inadequação da explicação dada pelos pais ou cuidadores sobre o mecanismo de produção da lesão tendo em conta a sua etiologia e (ou) o grau de desenvolvimento do menor;
- b) Mudanças nas explicações ou recusa em explicar o processo de produção da lesão;
- c) Inadequação do intervalo de tempo entre a ocorrência e a procura de cuidados médicos;
- d) História de lesões repetidas, mesmo que a explicação para cada ocorrência pareça adequada.

Abuso sexual

Sinais:

- a) Leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente;
- b) Ruborização e (ou) inflamação dos órgãos genitais externos femininos (vulva) ou anal;
- c) Lesões cutâneas: rubor, inflamação, ptéquias (pontuado hemorrágico) ou atrofia cutânea perineais e (ou) perianais; verrugas perianais e (ou) intróito vaginal;
- d) Lesões no pénis: edema ou erosões na pele balano-prepucial e na glande, balanites, parafimoses;
- e) Lacerações ou fissuras genitais ou anais, sangrantes ou cicatrizadas, designadamente na rafe posterior da vulva;
- f) Rotura do hímen;
- g) Hemorragia vaginal ou anal;
- h) Laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- i) Equimoses e (ou) ptéquias na mucosa oral e (ou) lacerações do freio dos lábios;
- j) Infecções urinárias de repetição;
- k) Doença sexualmente transmissível (gonorreia, sífilis, SIDA, tricomoníase);
- l) Presença de esperma no corpo ou na roupa do menor;
- m) Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa do menor;
- n) Gravidez.

Sintomas:

- a) Dor na região vaginal ou anal;
- b) Prurido vulvar;

Nas crianças:

- a) Perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia;
 - sono: terrores nocturnos;
 - regulação de esfíncteres: incontinência para urina ou fezes;
 - dores abdominais inexplicadas e recorrentes;
- b) Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- c) Pobre relacionamento com as outras crianças;
- d) Condutas sexualizadas:
 - interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais;

- masturbação compulsiva;
 - desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas;
- e) Comportamentos agressivos.

Nos jovens:

- a) Comportamentos aparentemente bizarros, como:
- dormirem vestidas com roupa de dia;
 - urinarem de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as toque;
 - destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atractivos;
 - recusa para tomarem banho ou se despirem nos vestiários, não querendo fazer ginástica;
 - recusa em ir à escola ou em voltar da escola para casa;
- b) Perturbações do for sexual:
- comportamentos auto-eróticos extremos (ex.: masturbação em frente dos outros, interacção sexual com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos);
 - repulsa em relação à sexualidade;
- c) Comportamentos desviantes:
- abuso de álcool e drogas;
 - delinquência;
 - prostituição;
- d) Outras perturbações:
- depressão;
 - auto-mutilação;
 - comportamento suicida;
 - fuga.

Abuso Emocional

Sinais:

- a) Deficiências não orgânicas de crescimento, com baixa estatura (os casos severos podem apresentar sinais físicos de privação, como os descritos para a negligência, mesmo quando os cuidados físicos parecem adequados);
- b) Infecções, asma, doenças cutâneas, alergias;
- c) Auto-mutilação (ex.: arranhar-se).

Sintomas:

- a) Perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia;
 - sono: terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal;
 - controle de esfíncteres: enurese, encoprese;
 - fala: gaguez;
 - tonturas;
 - dores de cabeça, musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
 - interrupção da menstruação na adolescência;
- b) Perturbações cognitivas:
 - atraso no desenvolvimento da linguagem;
 - perturbações da memória para as experiências de abuso;
 - baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
 - alterações da concentração, atenção e memória;
 - dificuldades de aprendizagem;
- c) Perturbações afectivas:
 - choro incontrolado;
 - sentimentos de vergonha e culpa;
 - medos concretos ou indeterminados;
 - timidez;
 - inadequação na maturidade (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
 - dificuldade para lidar com situações de conflito;
- d) Perturbações do comportamento:
 - desinteresse total pela sua pessoa (higiene, roupa, aspecto);
 - falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
 - défice na capacidade para brincar, jogar e divertir-se;

- excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais: isolamento; afastamento dos amigos e familiares; hostilidade; falta de confiança nos adultos; agressividade; manifestações de raiva contra pessoas específicas, designadamente a mãe;

- relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais;

- fugas de casa ou relutância em regressar a casa;

- medo, timidez, docilidade extrema e passividade ou comportamentos negativistas e (ou) violentos;

- comportamentos bizarros (ex.: colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto como para se protegerem de possíveis agressões;

- acidentes muito frequentes;

- problemas escolares: faltas e (ou) fugas; diminuição do rendimento com repetição frequente de ano;

- comportamento desviante: delinquência; abuso de álcool ou drogas; prostituição.

e) alterações do foro psiquiátrico:

- agitação/hiperactividade;

- ansiedade;

- depressão

- mudanças súbitas de comportamento e humor;

- comportamentos obsessivo-compulsivos e (ou) de auto-mutilação (ideação e (ou) tentativas de suicídio);

- neuroses graves (fobias ou manias, como lavar-se constantemente);

- alterações da personalidade e psicoses;

- regressões no comportamento (ex.: voltar a chupar o dedo, a falar como os mais pequenos ou a querer a chupeta);

- falta de integração entre o pensamento e a linguagem.

(Magalhães, 2002, p.50)

Apêndices

Apêndice I

Questionário

QUESTIONÁRIO

Percepção dos pais sobre Maus-tratos Infantis!

Eu, **Sónia Alexandra Martins Pereira** aluna do 4ºano da **Licenciatura em Enfermagem** da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, venho por este meio pedir a sua colaboração para o preenchimento do questionário que se segue.

Este **questionário** é dirigido aos **pais**, com a finalidade de complementar a realização da monografia, de forma a identificar a percepção dos pais sobre Maus-tratos na infância.

Este questionário é constituído por duas partes:

Parte I – destinada à caracterização dos pais

Parte II – relativamente aos maus-tratos infantis

Por favor, assinale a resposta mais adequada em todas as questões e alíneas com um X.

Os maus-tratos infantis são uma realidade do passado, do presente e do futuro, um problema que abrange todo o mundo e que existe desde a antiguidade até aos nossos dias. Constituindo apenas novidade pelo facto de ser uma descoberta recente da dimensão do problema.

Um problema deste peso na sociedade merece mais do que um estudo e um pensamento, merece sim, uma intervenção continua!

Garantimos desde já o anonimato e a confidencialidade do mesmo.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS

1. Género

Feminino

Masculino

2. Idade

≤ 25 anos

26 – 36 anos

37 – 47 anos

≥ 48 anos

3. Residência

Rural

Urbana

Sub – Urbana

4. Profissão: _____

5. Habilitações Literárias/Académicas

1º Ciclo (antiga 4ª classe)

2º ciclo (6º ano de escolaridade)

3º ciclo (9º ano de escolaridade)

Secundário (12º ano de escolaridade)

Curso técnico/profissional

Curso superior

6. Estado Civil

Casado (a)

União de facto

Solteiro (a)

Divorciado/Separado (a)

Viúvo (a)

7. Quantos filhos tem? _____

PARTE II - RELATIVAMENTE AOS MAUS-TRATOS

1. Quando pensa numa criança vítima de maus-tratos, pensa em:

1.1 Maus – tratos físicos

Sim

Não

Não sei

1.2 Abuso sexual

Sim

Não

Não sei

1.3 Negligência

(Uma criança é vítima de negligência quando apresenta cuidados de higiene deficientes, está mal alimentada, não tem vigilância de saúde, nem afecto suficientes para o seu desenvolvimento.)

Sim

Não

Não sei

1.4 Maus – tratos psicológicos

Sim

Não

Não sei

1.5 Síndrome de Munchausen

(É uma simulação de doença e de sintomas por parte dos pais, que levam a criança ao médico repetidamente para ser submetida a exames e manobras agressivas, que dão satisfação aos pais.)

Sim

Não

Não sei

1.6 Outros

Especifique _____

2. Que sinais considera que podem indicar que a criança é vítima de maus-tratos?

2.1 Comportamento excessivo de pavor

Sim

Não

Não sei

2.2 Comportamento excessivo de timidez

Sim

Não

Não sei

2.3 A criança protege-se sempre que um adulto faz um gesto

Sim

Não

Não sei

2.4 A criança liga-se facilmente aos estranhos procurando refúgio

Sim

Não

Não sei

2.5 A criança apresenta diversas equimoses no corpo, com marcas de objectos em diferentes estados de cicatrização

Sim

Não

Não sei

2.6 Falta constantemente aos cuidados de saúde/escola

Sim

Não

Não sei

2.7 Apresenta um atraso no desenvolvimento

Sim

Não

Não sei

2.8 Tem falta de cuidados de higiene e está mal nutrida

Sim

Não

Não sei

2.9 Outros

Especifique _____

3. Imagine que tinha uma criança do seu meio que suspeitava ser vítima de maus-tratos!

A que meios recorria?

3.1 Ligava 112

Sim Não Não sei

3.2 Ligava para a linha SOS crianças

Sim Não Não sei

3.3 Comunicava à GNR

Sim Não Não sei

3.4 Comunicava ao Centro de Saúde

Sim Não Não sei

3.5 Levava a criança ao Hospital

Sim Não Não sei

3.6 Informava a Câmara

Sim Não Não sei

3.7 Informava o Tribunal de Menores

Sim Não Não sei

3.8 Outros Especifique _____

A aluna responsável pela investigação:

Sónia Alexandra Martins Pereira.

OBRIGADO, pela sua colaboração!

Apêndice II

Cronograma

