

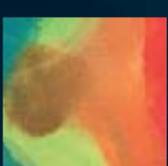


Infância, Deficiência & Violência



O projecto **Infância, Deficiência & Violência** visa prevenir a violência em famílias de crianças com deficiências, especialmente quando estas são as vítimas. A rede de organizações para pessoas com deficiência, que promoveram este projecto, reconhece o papel específico e responsabilidade que as associações locais e cooperativas sociais têm na detecção, descrição e prevenção deste fenómeno. Esta brochura foi produzida com o apoio da Comissão Europeia, no âmbito do Programa Daphne.

Infância, Deficiência & Violência





Infância, Deficiência & Violência





Publicado em cinco línguas diferentes com o apoio financeiro de Comissão Europeia no âmbito do Programa Daphne.

Versões em Italiano, Português, Grego e Castelhana podem ser obtidas através da solicitação directa para as organizações parceiras.

O conteúdo desta brochura reflecte o ponto de vista dos autores.

A Comissão Europeia não é responsável por qualquer uso que possa ser dado à informação contida nela.

©Copyright AIAS Bologna onlus, em representação da parceria, 2004.

Infância, Deficiência & Violência

Equipa do Projecto responsável pelo texto desta publicação:
Melissa Filippini & Evert-Jan Hoogerwerf (AIAS)
Susana Lúcio (Fenacerci) & Ana Rodrigues (Faculdade de Motricidade Humana)
Georgia Fyca (Disability Now)
Cristina Diaz & Ana Royo Salas (DFA)

Design: *Miranda Di Pietro*

Illustrations: *Sara H.*



AIAS BOLOGNA ONLUS, Via Ferrara 32, I-40139 Bologna, Italy. info@aiasbo.it. www.aiasbo.it

FENACERCI, Rua Augusto Macedo N.º 2 A, 1600-794 Lisboa, Portugal. fenacerci@fenacerci.pt. www.fenacerci.pt

DISMINUIDOS FÍSICOS DE ARAGÓN, José Luis Pomarón 9, 50008 Zaragoza, Spain. dfa@dfa-org.com. www.dfa-org.com

DISABILITY NOW, 3rd Septevriou 30, 54636 Thessaloniki, Greece. info@disabled.gr. www.disabled.gr



Índice

Introdução p. 5

- /// Porque foi esta brochura escrita?
- /// A quem se dirige esta brochura?
- /// Como pode esta brochura ser utilizada?

1. Violência doméstica p. 7

- /// Definições de violência doméstica
- /// Diferentes tipos de maus-tratos
- /// Violência é a negação dos direitos fundamentais das crianças
- /// Violência doméstica e as crianças com deficiência
- /// Formas de violência especificamente relacionados com a deficiência

2. Compreender o problema p. 11

- /// Teorias de maus-tratos
- /// Como detectar os maus-tratos infantis?
- /// Focando a deficiência

3. Prevenção p. 17

- /// Definição e níveis de prevenção
- /// Formas de prevenção
- /// Linhas orientadoras para o desenvolvimento de estratégias preventivas

Recursos p. 22

Nota ao leitor
Para consulta mais aprofundada
Bibliografia

Anexo 1 p. 23

Factores de risco
Factores de protecção

Anexo 2 p. 24

Indicadores de maus-tratos





||| Porque foi esta brochura escrita? ||| A quem se dirige esta brochura? ||| Como pode esta brochura ser utilizada?



Introdução



Porque foi esta brochura escrita?

A violência doméstica é um problema mundial que envolve todos os segmentos da população e que pode ser encontrado em todos os grupos sócio-económicos, religiosos, culturais e étnicos. É reconhecida como um problema social significativo e nos últimos anos tem sido dada uma grande atenção às vítimas de violência doméstica, em especial quando se trata de crianças. No entanto, pouco se sabe acerca da violência com crianças com deficiência. Os maus-tratos com crianças com deficiência podem ser considerados um tabu dentro dum tabu, provavelmente porque a associação entre deficiência e violência é emocionalmente difícil de gerir.

A violência nas famílias de crianças com deficiência é difícil de identificar e prevenir. Existem poucos dados epidemiológicos disponíveis, de forma a ser possível ter uma ideia clara da incidência dos maus-tratos domésticos que envolvem estas crianças. No entanto, a informação disponível indica um maior risco para certos grupos.

Mais do que os *danos causados às vítimas*, o problema dos maus-tratos tem *implicações sociais importantes*. A sociedade, como um todo, deve considerar-se responsável pela prevenção da violência a diferentes níveis, desde um nível individual e familiar até a um nível comunitário e institucional. Se isto é verdade para todas as crianças, é especialmente verdade para crianças com deficiência, que de um modo geral são mais vulneráveis. Para alcançar esta responsabilidade partilhada, o peso a natureza do problema têm que ser identificado, reconhecido e entendido.

O objectivo desta brochura é *aumentar os níveis de consciência* relativa-

mente à importância da violência doméstica contra crianças com deficiência. O objectivo principal é *informar correctamente* o leitor da complexidade dos assuntos abordados, evitando rotular os familiares como criminosos. Vão ser apresentados conceitos importantes e alguma informação sobre violência com crianças com deficiência, sob a forma de definições, modelos explicativos e indicadores de violência. Finalmente, a brochura tem como intenção a *promoção da prevenção*, fornecendo linhas orientadoras para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Este brochura fornece exemplos concretos que ilustram os conceitos chave.

A quem se dirige esta brochura?

Apesar da questão dos maus-tratos de crianças com deficiência se referir a toda a sociedade, e das instituições públicas terem um papel específico nesta questão, os autores acreditam que as *instituições locais que representam as famílias ou pessoas com deficiência, Cooperativas de Solidariedade Social e outras Organizações Não-Governamentais na área da Deficiência* têm um papel importante e específico na definição, compreensão, análise e prevenção da violência com crianças com deficiência. Esta brochura, foi por isso escrita principalmente, mas não especificamente, para eles.

Estas organizações podem reivindicar a sua específica contribuição na luta contra os maus-tratos infantis, através dos contactos diários e directos que existem com as crianças e famílias, que permitem observar de perto a estrutura familiar, a rede social em que a criança está inserida, os antecedentes psicológicos e emocionais da criança, a qualidade de cuidados e assistência e a implementação de regulamentos e legislação de suporte e protecção. Muitas destas organizações têm



contacto e conhecimento em primeira-mão de exemplos de maus-tratos, mas poucas desenvolveram uma abordagem sistémica de prevenção e intervenção.

A sua capacidade para "ouvir", de identificar situações de risco e de prevenir maus-tratos deve alargar-se, naturalmente em colaboração com a rede institucional de apoio às famílias. Esta brochura defende que apenas uma rede coordenada e integrada que partilhe uma linguagem comum e objectivos pode esperar ser bem sucedida na prevenção.

Como pode esta brochura ser utilizada?

A brochura tem como objectivo colocar a questão da violência com crianças com deficiência como uma prioridade nas organizações para pessoas com deficiência. Deve *motivar e apoiar* as pessoas das organizações a abordarem os assuntos interna e externamente. A brochura pode ser um instrumento importante para começar e guiar a discussão sobre esta temática. Para além disso, a brochura fornece *linhas orientadoras para o desenvolvimento de estratégias de prevenção*. Conhecer os "Porquês" e os "Comos" da prevenção da violência com crianças com deficiência, significa criar a base para uma intervenção apropriada de forma a prevenir situações que podem desencadear actos de violência.

A brochura foi escrita por organizações que desenvolvem o seu trabalho na Europa, em contextos sociais e culturais diferentes. Apesar disso os autores acreditam que os conteúdos são universalmente válidos, não descurando que as acções desenvolvidas necessitam mediação considerando o contexto social, institucional e cultural local.



||| Definições de violência doméstica ||| Diferentes tipos de maus-tratos ||| Violência é a negação dos direitos fundamentais das crianças ||| Violência doméstica e as crianças com deficiência ||| Formas de violência especificamente relacionados com a deficiência



Violência doméstica

secção 1

Definições de violência doméstica

Violência doméstica ou familiar refere-se a um dano intencional, intimidação ou coerção, num contexto doméstico ou de relação próxima. Pode envolver todos os membros da família, homens, mulheres e crianças, tanto como agressores como vítimas.

Os maus-tratos infantis são considerados danos (ou risco de danos), causados a uma criança pelos pais, cuidadores, ou qualquer outra pessoa responsável pela segurança da criança. Por essa razão, a violência doméstica com crianças, também inclui a violência infringida por cuidadores externos à família, tais como amas ou educadores e ainda a violência infringida a crianças que vivem permanentemente em instituições.

Para os autores o conceito de "Doméstica", não tem apenas um sentido físico (casa, família), mas também um significado emocional, que se refere a uma esfera mais íntima e segura da vida, que é suposto a criança encontrar. Por esta razão, a violência doméstica, é mais difícil de lidar, do que a violência experienciada em outras esferas da vida, especialmente para a criança.

Diferentes tipos de maus-tratos

A *Organização Mundial de Saúde* distingue cinco tipos de maus-tratos:

Abuso Físico de uma criança, é aquele que resulta da interacção ou falta dela, sob o controlo dos pais ou de outra pessoa numa posição de responsabilidade, poder e confiança e que resulta ou pode resultar em danos físicos. Podem ser incidentes isolados ou repetidos.

Abuso sexual infantil é o envolvimento de uma criança num acto sexual que não compreende totalmente, e que para o qual está incapaz de dar consentimento. É um acto para o qual a criança não está preparada em termos de desenvolvimento e por isso não pode dar autorização, ou que viole as leis e tabus sociais. O abuso sexual infantil é evidenciado por uma actividade entre uma criança e um adulto ou outra criança, que pela sua idade ou desenvolvimento se encontra numa relação de responsabilidade, confiança ou poder, a

7. O Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), (American Psychiatric Association, 1994), considera o Síndrome de Munchausen por proximidade como uma forma de abuso infantil ou negligência. É uma desordem psiquiátrica, apresentada tipicamente pela mãe, que intencionalmente induz sintomas reais ou aparentes de um doença no seu filho. Esta desordem, afecta principalmente crianças desde o nascimento até aos 8 anos. Os pais que sofrem deste síndrome, podem simplesmente exagerar ou inventar uma doença na criança, ou podem deliberadamente induzir sintomas através de vários métodos, incluindo envenenamento, asfixia, fome, ou infectando o sangue da criança. As crianças são sujeitas a sofrimento, através da realização desnecessária de testes, intervenções cirúrgicas, e outros procedimentos invasivos.

acção tentada tem como objectivo gratificar ou satisfazer as necessidades de outra pessoa. Apesar de não ser limitada, pode incluir, o incentivo ou coerção de uma criança a uma actividade sexual ilícita; à exploração de uma criança na prostituição ou outras praticas sexuais ilícitas; a exploração de crianças em performances e materiais pornográficos.

Negligência e tratamento negligente é a falta de atenção ou omissão por parte do encarregado, ao fornecer cuidados necessários para o desenvolvimento da criança, tais como, saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, habitação e condições de vida em segurança. Estas esferas de vida devem ser consideradas no contexto de recursos disponíveis à família ou responsável pela criança e às causas, ou então como uma elevada probabilidade de causar danos ao nível da saúde, do desenvolvimento físico, mental, espiritual ou moral. Pode incluir a falha na supervisão apropriada e protecção da criança de danos tanto quanto possível.

Abuso Emocional inclui a falha ao proporcionar cuidados de desenvolvimento apropriados, envolvimento de apoio, incluindo a disponibilidade de uma figura primária que permita o processo de vinculação, de forma a ser possível à criança desenvolver competências sociais e emocionais plenamente de forma estável e adequada ao seu potencial pessoal, e também no contexto social em que a criança se encontra inserida. Existem também actos que podem causar ou possuir uma alta probabilidade de causar danos na saúde física, mental, espiritual, moral ou desenvolvimento social de uma criança. Estes actos devem estar sob o controlo dos pais ou pessoa responsável, de confiança ou poder. Os actos incluem a restrição de movimento, desprezar, denegrir, culpar, ameaçar, assustar, discriminar, ridicularizar ou outras formas de violência, que não é física, mas que constituem um tratamento hostil ou de rejeição (1).

Exploração comercial ou outras formas de exploração, referem-se ao uso de uma criança para trabalhar ou em outras actividades, em benefício de outros. Isto inclui, trabalho infantil e prostituição infantil. Estas actividades podem resultar em prejuizo para a criança a nível de desenvolvimento físico, educativo, mental, moral ou sócio-emocional.

Violência é a negação dos direitos fundamentais das crianças

A Violência é um tema muito vasto, que inclui muito tipos diferentes de actos verbais e não-verbais e pensamentos. A perspectiva correcta para qualquer abordagem sobre este assunto é considerando a violência como a negação dos direitos da criança.

A *Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas*, que entrou em vigor em 1990, refere no artigo 19, que os Estados membros devem tomar "todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada. Tais medidas de protecção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório, transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus-tratos infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial".

Um artigo com muita força que representa tanto um apelo como um mote para o desenvolvimento político.

Violência doméstica e as crianças com deficiência

É difícil encontrar estudos fidedignos acerca da incidência de violência com crianças com deficiência. A maioria dos dados existentes é proveniente de fontes americanas, o que torna difícil uma comparação, em virtude das diversas variáveis envolvidas, tais como, população abrangida, a classificação das deficiências, contexto cultural e legislativo, atitude face ao problema, entre outros. Apesar de ser considerado essencial o desenvolvimento de um estudo sistemático em cada país europeu, de forma a recolher dados válidos localmente acerca da extensão e consequências da violência com crianças com deficiências, existem indícios suficientes para concluir que estas crianças estão em maior risco de vivenciar situações de violência doméstica comparativamente a crianças sem deficiência (2).



Elisa tem síndrome de Down. Tinha 44 anos, quando conheceu a assistente social Maria. Numa reunião, Maria estranhou o comportamento introvertido e envergonhada da Elisa. Em contraste, o seu comportamento com o pai era muito desinibido,

abraçando-o e beijando-o de forma muito entusiasta. Aproximadamente um ano após a morte da mãe, quando tomava parte de uma actividade ao ar livre. Elisa referiu que tinha tido relações sexuais com o seu pai durante a sua adolescência. Ao longo das conversas entre Elisa e Maria, foram revelados mais detalhes. Maria não insistiu em ouvir toda a verdade de uma só vez, para dar tempo a Elisa para elaborar as emoções causadas pela reconstrução destas memórias da sua juventude. Elisa refere que Maria é a primeira pessoa a saber deste abuso. Lentamente apercebe-se da causa das perturbações de sono da Elisa: ela tem medo da noite porque era nessa altura que o abuso acontecia. Aparentemente não havia violência física por parte do pai e ela não apresenta sinais de raiva, arrependimento ou desgosto. Apesar disso, está convencida de ter feito algo de "proibido". Aparentemente a sua mãe e irmãos não se aperceberam do que se estava a passar. Maria teve dificuldades em lidar com esta situação e contactou o seu superior, e juntos decidiram contactar um psicólogo, para poder assistir Maria e Elisa.

Quando a criança é vítima de violência, acontecem diferentes consequências. Os níveis de risco e reacções à violência doméstica existem de forma contínua; algumas crianças demonstram uma grande resiliência, enquanto outros demonstram sinais de deajustamento e falta de adaptação. O mesmo acontece com crianças com deficiências.

Os problemas de infância associados à exposição à violência doméstica, dividem-se em 3 categorias primárias:

- Problemas comportamentais, sociais e emocionais (e.g. desobediência, hostilidade, raiva, medo, ansiedade, depressão, relações sociais e com irmãos fracas);
- Problemas cognitivos e de atitude (e.g. Funções cognitivas baixas, desempenho escolar fraco, atitudes que favorecem a violência, falta de capacidade de resolução de conflitos);
- Problemas ao longo do tempo (e.g. níveis elevados de depressão e sintomas de trauma na fase adulta).

Em termos globais, quanto mais nova a criança, mais devastador irá ser o impacto do abuso, considerando também o facto que a exposição à violência pode continuar por um período significativo antes de ser detectada. Além disso as crianças que têm poucas capacidades para lidar com os problemas e poucas oportunidades de socializar e comunicar, estão mais sujeitos a viver problemas quando comparadas a crianças com boas capacidades de lidar com os problemas e com redes sociais de apoio. Para além disso, um apoio apropriado para as vítimas de violência tem que necessariamente ter em conta o tipo de deficiência e a forma como a deficiência está associada a factores como os recursos pessoais e do contexto, incluindo a disponibilidade de profissionais especializados (Elisa).

Finalmente, a ligação entre violência e deficiência funciona de forma bidireccional. As crianças com deficiência, não só estão mais expostas à violência, como a violência é uma causa significativa de deficiência mental e outras (3). Os níveis elevados de violência experienciados por pessoas com deficiência mental resultam em parte, da violência causar deficiência e por outra pela resposta da sociedade às pessoas com deficiência, que frequentemente aumenta o risco de deficiência.

2. Alguns investigadores concluíram que as crianças com deficiência, têm 3,7 vezes mais probabilidade de ser negligenciadas, 3,8 vezes mais probabilidade de experienciar abuso emocional e físico, e 34 vezes mais probabilidade de serem abusadas sexualmente (Sullivan and Knutson 2000/a). Outros investigadores assinalam que as crianças com deficiência mental correm maior risco de serem vítimas de todas as formas de violência, do que crianças com deficiências físicas. Para consulta de literatura disponível, ver relatório completo de projecto ou em www.aiasbo.it/daphne.

3. Sobsey (2002), sugere que as deficiências neurológicas podem surgir do facto das crianças serem abanadas com violência. Estas lesões, só se tornam aparentes um ano ou mais depois do sucedido e após diagnóstico médico. Bonier et al. (1995), mostraram como o stress extremo associado com violência pode produzir alterações bioquímicas que danificam tanto a estrutura cerebral como as suas funções

Formas de violência especificamente relacionados com a deficiência

Existem formas específicas de violência que tipicamente afectam crianças com deficiência, mas que são difíceis de detectar ou de reconhecer como tal.



Tomás é um rapaz com 13 anos, com Paralisia Cerebral. Tem deficiência mental severa e ainda um défice de visão. Não consegue falar ou andar. O seu pai não aceitou a sua deficiência e tem expectativas irreais quanto às possibilidades de progressão que

poderá ter. Os assistentes que vão a casa trabalhar com a criança, referem que o pai os força a estimular a criança de forma visual, auditiva e tátil, várias vezes por dia, o que faz com que Tomás chore. O pai arrasta a criança para que gatinhe num colchão. Como a criança é incapaz de se movimentar, fica com feridas na base do pescoço. Quando Tomás vê o seu pai, fica muito tenso e rígido.

A um nível familiar a não-aceitação de uma deficiência ou as expectativas irreais que os pais têm relativamente à recuperação, pode provocar uma obstinação relativamente à terapia, por parte dos mesmos (Tomás). O uso impróprio de tratamento farmacológico ou a negação de uma assistência médica apropriada (por exemplo: cuidados dentários), podem também ser consideradas formas de violência. O comportamento de risco durante a gravidez, por exemplo, o uso de drogas e álcool, são formas de violência pré-natal que podem causar deficiências graves.

Existem formas específicas de violência relacionadas com a deficiência causadas por convicções sociais e culturais complexas, que estão estritamente relacionadas e funcionam a diferentes níveis. São a expressão de atitudes, particularmente difíceis de detectar e alterar, uma vez que são determinados e aceites culturalmente. Alguns exemplos são a necessidade de intervenção precoce, com objectivos de aumentar a autonomia e independência, incluindo o acesso a ajudas técnicas, a negação de uma identidade sexual das crianças com deficiência, a falta de auto-determinação e poder de decisão, a falta de oportunidades de comunicação, a falta de privacidade para adolescentes e adultos com deficiência.

As atitudes negativas face à diversidade e à deficiência são expressas por muitas pessoas através de uma discriminação evidente. A humilhação, o medo de contacto físico e o desprezo, constituem formas de violência que frequentemente vitimam as crianças com deficiência.

Muitas pessoas com deficiência referem que a falta de igualdade de oportunidades, em todos os domínios da vida, tem efeitos violentos nas suas vidas. As barreiras que impedem as pessoas com deficiência de terem acesso às oportunidades são tanto físicas como psicológicas.



||| Teorias de maus-tratos ||| Como detectar os maus-tratos infantis? ||| Focando a deficiência



Compreender o problema



secção 2

Teorias de maus-tratos



Jorge nasceu em 1964. Três dias após o seu nascimento contraiu poliomielite. Desde aí, tem

deficiência motora e utiliza uma cadeira de rodas para se deslocar. Os seus pais foram viver para uma grande cidade antes do Jorge nascer. O seu pai era agricultor e a sua mãe doméstica. O seu pai vinha de uma família tradicional, em que não era permitido às mulheres trabalharem e eram obrigadas a permanecer em casa a cuidarem das crianças. Quando adulto, Jorge revela que sofreu de violência física e psicológica por parte do seu pai. Este, frequentemente se referia ao Jorge com palavras como "inútil" ou "inválido". A sua mãe, a contrário, era muito carinhosa e protectora, mas infelizmente estava sempre dependente do marido e era incapaz de tomar decisões.

Muitas teorias foram elaboradas para explicar o fenómeno dos maus-tratos infantis. Os *primeiros modelos explicativos* sugerem uma relação causa-efeito directa entre as características psicológicas e sócio-económicas individuais e a ocorrência de violência. Ao longo dos anos, a discussão sobre este tema desenvolveu-se para modelos que reconhecem a interacção dos múltiplos agentes causais. Os maus-tratos a crianças com deficiência são um problema complexo. Não é conhecida nenhuma causa isolada para os maus-tratos infantis, nem existe nenhuma explicação que englobe todas as famílias em que as crianças são vítimas.

O modelo ecológico

Um modelo ecológico pode ser útil para ajudar a compreender as causas e o desenvolvimento da violência. Este tipo de modelo aborda os factores que contribuem para os maus-tratos, incluindo os factores sócio-culturais, as características dos pais e/ou da criança, as situações que desencadeiam actos de maus-tratos. Para a ocorrência de maus-tratos, são considerados factores propensos (individuais, familiares, sociais e culturais); factores mediadores (redes de suporte social); factores desencadeantes (acontecimentos ao longo da vida, percepção e interpretação de certos acontecimentos, e o poder que estes podem exercer nos pais e famílias) (Jorge).



Leonor nasceu em 1988 e foi diagnosticada com atraso global de desenvolvimento e epilepsia. O seu pai é operário e tem alguns antecedentes criminais. Tanto quanto se sabe a sua mãe era prostituta.

Teve 9 filhos, tendo 3 deles falecido de

negligência extrema. O pai tinha o hábito de beber e era frequente nesta situação agredir todos os membros da família. Quando a Leonor tinha 5 anos, a sua mãe saiu de casa, levando alguns filhos com ela e deixando a Leonor. Os registos hospitalares referem que nesta fase, a Leonor apresentava sinais de violência física e de abuso sexual. Leonor vivia em certas alturas em casa dos tios paternos e nesta situação apresentava também sinais de violência física e abuso sexual. As necessidades básicas da crianças eram também negligenciadas. Com 10 anos foi para uma instituição para pessoas com deficiência, onde começou a apresentar um comportamento mais estável. Era muito afectuosa e mais extrovertida e actualmente tem um namorado e uma boa relação com toda a gente.



Abel nasceu em 1985. Tem uma hemiparésia que lhe afecta principalmente o lado esquerdo; dificuldades cognitivas; distúrbios de personalidade e epilepsia. A sua mãe, Antónia, teve uma vida difícil, pouca educação escolar e uma relação

problemática com os seus pais, que não admitiam que ela vivesse com um homem sem estar casado com ele. Quando ficou grávida do Abel, o seu companheiro não assumiu a criança e abandonou-a. O pai do Abel nunca mostrou interesse por ele e não o quis conhecer. Depois do parto, Antónia voltou para casa dos pais e era frequente deixar a criança com os seus pais e com o irmão, que era consumidor de drogas e álcool. Ficava vários dias sem ir a casa e não dava nenhuma explicação. Antes de completar os cinco anos, o Abel magoou-se num braço e foi levado para o posto médico. Os médicos informaram a polícia e comissão de protecção de menores que o Abel tinha sido vítima de maus-tratos.

O modelo ecológico reconhece, que certas características das crianças podem desempenhar um papel importante no acontecimento dos maus-tratos, particularmente em famílias e envolvimento já em risco, mas afasta-se de considerar a deficiência, por si só, como um factor de risco para os maus-tratos (Leonor).

Factores de risco

Considerando que não é possível identificar claramente causas que possam explicar especificamente os maus-tratos a pessoas com deficiência, os investigadores identificaram alguns factores de risco, normalmente associados aos maus-tratos.

- Factores de risco que prevêm uma elevada probabilidade de ocorrência de violência.
- Factores de risco ocorrem em múltiplos níveis desde biológicos, individuais até aos riscos sociais.

Nenhum factor de risco é, por si, suficiente, para prever que uma pessoa vai ser vítima de abuso, ou que, se poderá tornar um abusador, mas quantos mais os factores de risco associados com a deficiência, maior será a possibilidade da ocorrência de maus-tratos (Abel). Apesar disso, a presença destes factores nem sempre implica que resultem em maus-tratos infantis.

Os factores de risco associados aos maus-tratos infantis podem ser reunidos em quatro grupos: factores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados; factores familiares, factores relacionados com a criança, factores envolvimentoais. Para uma lista completa de factores de risco, consultar o anexo 1. Falar acerca dos factores relacionados com a criança não implica que as crianças sejam responsáveis por maus-tratos. Certos factores, no entanto, podem tornar algumas crianças mais vulneráveis a um comportamento de maus-tratos, dependendo da interacção destas características com os factores descritos acima (4).

4. Sullivan and Knutson (2000/b), através da comparação da população-alvo da sua investigação com outros grupos, concluiu que as crianças com deficiência que são vítimas de maus-tratos vivenciam mais situações de stress familiar. De forma geral, verifica-se uma tendência para que as crianças com deficiência sejam vítimas de maus-tratos numa idade mais tenra. Além disso, existe uma associação significativa entre o estatuto social da família de perpetrador da violência e o tipo de violência. Os familiares imediatos apresentam um maior número de casos de negligência e abuso físico ou emocional, enquanto que os perpetradores de abuso sexual, na sua maioria, não pertencem à família. Sobsey (1997) afirma que as crianças com deficiências são frequente desumanizadas: a despersonalização das potenciais vítimas contribui para remover a inibição de violências contra elas. As atitudes sociais e profissionais e o comportamento podem transmitir algumas ideias de desvalorização que podem colocar a criança em risco. Sobsey (1994), explica que uma intervenção médica imediata nas unidades neonatais, pode interferir com as oportunidades de interacção e contacto entre os pais e os seus filhos com deficiência, uma vez que poderá influenciar a capacidade de estabelecer um processo de vinculação entre a criança e seus pais, aumentando o risco de abuso dessas crianças

Factores de Protecção

Na avaliação e análise da situação, tanto os factores de risco com os factores de protecção têm que ser considerados.

Os factores de protecção referem-se aos recursos e energia que aparentemente servem como defesas contra os factores de risco, promovendo resiliência aos efeitos negativos das experiências de maus-tratos. De forma genérica, a investigação encontrou, que os relacionamentos emocionalmente satisfatórios associados a uma rede de amigos e parentes pode ajudar a minimizar os riscos dos pais infringirem maus-tratos aos seus filhos, especialmente em acontecimentos stressantes. Por outro lado, as famílias aparentemente harmoniosas e com um bom nível sócio-económico, poderá baixar o nível de alerta e atenção de observadores externos, tais como, amigos, parentes e serviços sociais (Maria).

Da mesma maneira que os factores de risco, os factores de protecção associados aos maus-tratos infantis podem referir-se a vários grupos: factores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados; factores familiares, factores relacionados com a criança, factores envolvimentoais. Para uma lista completa de factores de risco, ver anexo 1.

Como detectar os maus-tratos infantis?

Reconhecer os sinais e sintomas dos maus-tratos infantis é difícil, e mais ainda em crianças com deficiência. Frequentemente acontece que são incapazes de exprimir por

palavras o abuso de que foram vítimas, ou então de perceber que o que aconteceu foi errado. Os sinais de maus-tratos nas crianças com deficiência, não são muitas vezes entendidos ou interpretados e são simplesmente ignorados (Teresa).

O diagnóstico dos maus-tratos, requer uma elevada suspeita e um número de sinais definidos, que são:

- indicadores físicos, tais como, lesões, higiene, nutrição e aparência
- indicadores comportamentais, tais como, características de personalidade e comportamento da criança
- indicadores familiares, tais como, comportamento, linguagem e atitudes.



Maria nasceu em 1969. Tinha 2 anos quando lhe foi diagnosticado Paralisia Cerebral. Os seus pais vinham de famílias bastante prósperas e tinham herdado uma fortuna considerável dos seus pais. Levavam uma vida feliz e eram apreciados socialmente. Quando a Maria tinha 6 anos o seu pai faleceu subitamente. O comportamento da sua mãe alterou-se e começou a acusar a Maria e a sua deficiência como causadores da morte do pai. Começou a beber e era frequente deixar a Maria sozinha, por vários dias, não sendo ela capaz de se levantar da cama para se alimentar. Maria tinha 15 anos quando a restante família se apercebeu o que se estava a passar. Até aí todos acreditavam que a mãe a tratava apropriadamente.



Teresa sofreu de Poliomielite numa idade muito tenra, mas com o apoio da sua família, recuperou da doença que acabou por deixar sequelas físicas graves. No entanto apesar das lesões, a sua vida como criança era normal. Era amada pelos seus pais e irmãs e tinha bom aproveitamento na escola. Infelizmente, o pai de Teresa adoeceu e os seus tios começaram a tomar conta dela mais frequentemente. O seu pai faleceu alguns anos depois e a situação financeira da família piorou muito e a sua mãe teve que ir trabalhar, para fazer face às despesas. As duas irmãs de Teresa foram também trabalhar, e como a Teresa era boa aluna, continuou a estudar. Tornou-se uma criança muito introvertida, mas como era muito responsável, ninguém suspeitou que algo de invulgar estivesse a acontecer. Com o passar do tempo, ela demonstrava uma tristeza profunda. A sua família pensou que estava relacionada com a sua deficiência.

Focando a deficiência

A Deficiência por si só não causa violência, mas aumenta o risco da mesma acontecer. De acordo com o modelo ecológico, os factores de risco e de protecção não são estáticos, mas entram num processo dinâmico com factores desencadeantes (i.e. um acontecimento não esperado que exige um elevado grau de adaptação), e que pode actuar como catalizador para o acontecimento de maus-tratos. É como se um equilíbrio muito fraco fosse subitamente interrompido.

As crianças com deficiências são crianças com necessidades especiais. Sentir total responsabilidade de dar resposta a estas necessidades diariamente, pode conduzir a situações stressantes e estas podem levar à violência.

Ter um filho com deficiência requer da parte dos pais a existência de uma grande capacidade para lidar com essa situação e ser capaz de se adaptar às várias e adversas situações que vão surgindo. O nascimento de uma criança com deficiência causa um trauma que exige uma profunda reorganização tanto de expectativas como de perspectivas futuras.

Ambos os pais têm que encontrar imediatamente forças para reagir ao choque e procurar estabelecer uma nova vida. Cuidar da criança em causa, do resto da família e trabalhar revela-se muitas vezes incompatível. Consequentemente muitos dos principais prestadores de cuidados, na sua maioria as mulheres, deixam de trabalhar, o que conduz a piores condições financeiras para a família e divide o casal nos seus papéis familiares. Um deles passa a estar centrado nas tarefas caseiras e no providenciar cuidados aos membros da família, enquanto que o outro passa mais tempo fora de casa e o seu papel é especialmente o de ganhar dinheiro. Ambos envolvem diferentes prioridades e

resultam num stress específico que nem sempre é fácil de mediar.



*Quando **Teresa** tinha 19 anos tomou a decisão de deixar a sua casa e ir viver para outra cidade. Aos 29, voltou para a sua cidade. Integrou uma associação para pessoas com deficiência, de forma a estabelecer novas relações e*

procurar um novo emprego. Foi nesta associação que conheceu as pessoas a quem falou do que se passou na sua infância. Teresa foi abusada sexualmente desde os 4 até aos 14 anos de idade, o que a deixou profundamente afectada. Este abuso foi interrompido, quando teve que fazer um tratamento, no qual esteve com gesso. Quando o tratamento terminou, foi novamente abusada, e foi nessa altura que decidiu abandonar a sua casa. A sua família julgava que a sua ansiedade, introversão e outros sintomas estavam relacionados com a sua deficiência, mas estavam ligados ao abuso sexual que ela tinha sofrido e dos quais ninguém suspeitava. A deficiência aparentemente disfarçava as causas do seu comportamento e escondia sinais que noutros casos, poderiam ser evidentes.

Outra alteração importante é a activação de uma rede comunitária que envolve os serviços sociais e de saúde e de uma rede informal de apoio que envolve especialmente a família alargada e os amigos. Quanto mais sólidas forem estas redes mais protegida estará a criança e a sua família. Redes de apoio adequadas vão garantir a existência de recursos materiais e psicológicos e consequentemente a oportunidade de manter uma boa qualidade de vida e de cuidados à criança. Nestes casos as habilidades de ambos os pais para lidar com a situação, bem como as suas expectativas positivas vão ficar reforçadas. Quando o suporte vem tarde e a comunicação com os pais não se faz a intervenção terá efeitos muito menores (André).

A existência de deficiência na família é um factor de risco que interage com outros. O peso dos factores de risco em determinada situação não é absoluto, mas sim contrabalançado com o peso dos factores de protecção. O resultado é um padrão complexo de factores, características e processos e mecanismos internos que nem sempre são fáceis de detectar e compreender. Identificar estes factores pode ser útil para determinar situações de risco mas nunca deverá conduzir a conclusões baseadas em relações lineares e simples.

Os diferentes indicadores de Maus-Tratos podem facilitar a detecção de violência contra crianças de forma mais precisa e objectiva, porém é necessário ter muita cautela dado que alguns indicadores são também sintomas de patologias mentais ou deficiências específicas (por exemplo: distúrbios do comportamento, hiperactividade e défice de atenção).

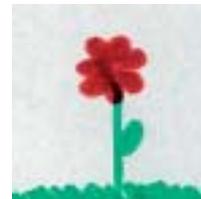
A detecção de Maus-tratos é geralmente um processo que requer tempo, particularmente no caso de crianças com deficiência. A observação da criança deve ser prolongada a levada a cabo nos contextos familiar e comunitário. Apenas analisando dados recolhidos em diferentes momentos e contextos se pode assumir a existência de Maus-tratos.

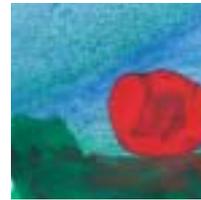
No anexo 2, encontra-se, para consulta, uma lista de possíveis indicadores de Maus-Tratos na criança.



André nasceu em 1990 com icterícia e quadriplégia espástica. Um ano antes do seu nascimento, os seus pais regressaram à Grécia e confrontaram-se com muitas dificuldades de integração social na nova comuni-

dade. Na altura em que André nasceu a mãe enfrentava graves problemas psicológicos. Quando tinha 15 anos, os seus pais separaram-se e a relação entre ambos deixou de existir. O André ficou sem suporte algum a nível de reabilitação, escolar e era a sua irmã mais nova que tomava conta dele. Devido à falta de assistência médica foi ficando progressivamente mais fraco e era referido aos serviços sociais locais pelos médicos. Uma assistente social iniciou as vistas domiciliárias mas a mãe continuava a evitar quaisquer reuniões com o serviço social. Recusava sistematicamente o apoio dado pela assistente social a saúde de André não melhorou. Finalmente o tribunal decretou que André e a sua irmã deveriam ser retirados à mãe e colocados sob custódia numa instituição.







||| Definição e níveis de prevenção ||| Formas de prevenção
||| Linhas Orientadoras para o Desenvolvimento de Estratégias Preventivas



Prevenção

secção 3



A Associação para o Desenvolvimento Comunitário de Aragão, a Universidade de Zaragoza, e o Ministério dos Assuntos Sociais e os Serviços Sociais do Instituto de Aragão iniciaram um programa de detecção de situações de vulnerabilidade e de prevenção do abuso de crianças. Têm-se dedicado a diferentes contextos desde o ano 2000 (escola, tempos livres e serviços sociais), informando e motivando os profissionais no seu papel de detecção e de prevenção e promovendo acções coordenadas entre diferentes instituições.

Definição e níveis de prevenção

É difícil encontrar uma definição global para o termo prevenção. O conceito de prevenção é geralmente definido em relação ao tempo da intervenção, ao grupo-alvo e em função dos seus objectivos.

De forma geral podem distinguir-se três níveis de prevenção:

prevenção primária: formas de prevenção dirigidas à totalidade da população cujo objectivo é impedir que a violência ocorra. Requer uma intervenção continuada no tempo. A prevenção primária pode modificar ou desenvolver processos cognitivos como a capacidade de resolução de problemas, o discernimento moral, habilidades para gerar soluções alternativas e mudança de atitudes e crenças face à agressão e punição física. Alguns exemplos de prevenção primária de interesse no contexto desta brochura são:

- Legislação adequada
- Serviços Sociais eficientes
- Actividades de esclarecimento público 
- Programas de educação comunitária para adultos e crianças
- Educação Cívica ao nível da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

prevenção secundária: são todos os esforços que têm como objectivo proteger grupos-alvo específicos.

Exemplos de prevenção secundária de interesse para esta brochura são:

- Identificação pré-natal e continuada de famílias “em risco”
- Programas de tratamento do abuso de substâncias tóxicas
- Redes de Suporte a nível comunitário e centradas na família
- Cuidados de saúde pré e peri-natais que melhoram as condições de gravidez e reforçam os vínculos precoces
- Promoção de boas práticas parentais
- Actividades escolares pela “não-violência”
- Educação sobre segurança para crianças



Desde 1965, o Instituto Grego de Saúde Infantil, uma organização privada, tem vindo a promover acções de prevenção, saúde pública, investigação e intervenção educativa, através dos seus vários departamentos (Psiquiatria Social, Relações Familiares, Educação, etc). Os membros do staff são profissionais de várias áreas, assistentes sociais, psicólogos, advogados e médicos. A população-alvo é alargada: profissionais, organizações, comunidade, famílias e crianças.

prevenção terciária: nível de prevenção que ocorre após ter existido qualquer episódio de violência, de forma a remediar os seus efeitos e evitar a sua repetição:

- Diagnóstico precoce de situações de violência
- Serviços interdisciplinares adequados que assegurem tratamento médico, cuidados básicos, aconselhamento e suporte às vítimas e famílias
- Reintegração numa comunidade/escola segurança e potencializadora da boas experiências
- Leis de protecção da infância mais adequadas e tribunais de menores mais eficientes e eficazes

As actividades de prevenção podem ser direccionadas para diferentes planos, como por exemplo: individual, familiar, comunitário, regional, nacional e internacional. A prevenção secundária cujo população-alvo são famílias de crianças com deficiência é muito complexa dado que os padrões familiares e extra familiares a analisar são complexos.

As estratégias de prevenção devem ser cuidadosamente escolhidas e estarem de acordo com a missão, a política e os recursos do promotor e tanto quanto possível estarem em sinergia com a prevenção e a intervenção. As estratégias de prevenção devem ser escolhidas cuidadosamente.

Programas de prevenção adequados produzem efeitos importantes e duradouros, quer para o indivíduo, quer para a comunidade envolvente. Qualquer análise de qualidade/custo de política social deverá equacionar estes aspectos.

Formas de prevenção

Actividades de Informação Pública

As actividades de informação ao público têm o potencial de chegar a grupos diversificados e numerosos, incluindo pais, e futuros pais de crianças e outros membros da comunidade. Os esforços de informação pública sobre violência doméstica podem atingir um leque variado de objectivos de acordo com a sua extensão, causas e consequências e podem ser acções de: sensibilização, melhorar conhecimentos, mudança de atitudes e modificação do comportamento

As estratégias dos média são geralmente pouco intrusivas de forma a passar a mensagem preventiva a um público mais diversificado e numeroso. Através dos média a comunidade fica apta para encetar práticas parentais saudáveis, promover a segurança infantil e referenciar situações de suspeita de maus-tratos.

Centros de Recursos para as Famílias

Os centros de Recursos para as Famílias têm como principais objectivos o desenvolvimento de serviços específicos necessários em cada comunidade e utilizam metodologias participativas, implicando assim os seus membros. As intervenções centradas na família pretendem modificar as atitudes parentais e os seus estilos e práticas educativas (diminuindo o número de práticas negativas) promovendo o intercâmbio de experiências entre famílias (partilha, coesão emocional, habilidades comunicativas). Desta forma podem efectivamente reduzir o risco de existência de comportamentos anti-sociais e de violência.

Os Centros de Recursos para Famílias podem providenciar os seguintes serviços: treino continuado de competências parentais, serviços ao domicílio, visitas domiciliárias, treino



O Greek Ombudsman é uma autoridade independente Grega que engloba 5 departamentos (Direitos Humanos, Saúde, Segurança Social, Qualidade de Vida, Relações Cívicas, Direitos da criança). Desde 1998, os profissionais do Departamento dos direitos da criança, visitaram várias escolas e distribuíram diversos materiais acerca da Legislação Grega e da Convenção dos Direitos Humanos da criança, das Nações Unidas, e organizar encontros com crianças no seu próprio envolvimento para fazer perceber as suas próprias necessidades e para as encorajar a exprimir-se. Os programas direccionados aos pais e aos profissionais, serão activados em breve.



A Cerciestremoz é uma instituição portuguesa associada da Fenacerci e que tem desenvolvido um programa de Intervenção Precoce para crianças entre os 0 e os 6 anos. O programa tem como objectivos principais potencializar as famílias para lidar com a deficiência, aceitando-a. Os factores de risco relacionados com a situação da cada família são indicadores que devem, tanto quanto possível, ser equacionados em conjunto com a própria família de forma a evitar que a família se torne num factor precipitante.

para emprego, prevenção do abuso de substâncias, prevenção da violência, serviços para crianças como necessidades especiais. Aconselhamento familiar e em saúde mental, serviços para cuidar de crianças, programas de literacia, apoio em situações de crise e para descanso, assistência financeira e económica básica e ajuda na lida doméstica.

Programas de Visitas Domiciliárias

Estes programas consistem num conjunto de visitas realizadas por profissionais treinados aos pais e crianças na sua própria casa de forma a providenciar informação, suporte, treino de competências parentais, colaboração no desenvolvimento da segurança no lar de forma a encorajar a relação da família com os serviços da comunidade.

Deverá existir pelo menos uma visita durante os dois primeiros anos de vida da criança, mas o programa pode ser iniciado durante a gravidez e poderá continuar após o segundo aniversário. Os programas de longa duração são geralmente mais eficazes que os de curta duração .

Os programas podem ser acompanhados de contextos para a criança ficar durante o dia, grupos de entreaajuda para pais, transporte e outros serviços.

Programas de Educação e de Entreaajuda para Pais

Os pais não devem cuidar das crianças sozinhos. O trabalho com as famílias inclui a aceitação da deficiência, potencializar a vinculação e promover boas práticas parentais. Os Programas de Educação têm geralmente o objectivo de desenvolver factores de protecção e promovem o desenvolvimento de habilidades típicas da cada idade, situações de interacção positiva entre pais e filhos e o acesso a serviços da comunidade .

Os grupos de Entreaajuda para pais podem oferecer uma oportunidade muito importante para partilha de experiências, comunicação e troca de informação entre famílias.

Programas de Desenvolvimento de Competências para Crianças

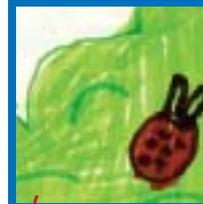
As escolas e as organizações sociais comunitárias podem ser potenciais promotores de programas de desenvolvimento de competências que permitam que as crianças aprendam um conjunto de habilidades protectoras à situação de violência. Estes programas incluem geralmente o desenvolvimento de comportamentos assertivos, educação sexual, o desenvolvimento de competências de tomada de decisões e resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal que as crianças poderão utilizar no seu quotidiano. Utilizam tipicamente metodologias activas e de dinâmica de grupos. Muitos destes programas são direccionados para a prevenção do abuso sexual e ensinam as crianças a distinguir entre o toque apropriado e abusivo.

Programas de Apoio Temporário e de Crise

Os Serviços de Apoio ou Residência Temporária providenciam apoio a crianças com deficiência, doenças terminais ou crónicas e que estão em situação de risco ou tenham já experienciado situações de maus-tratos. Estes serviços podem também ser planeados para situações de emergência e de crise como por exemplo quando a família se encontra numa situação de grande pressão.

Também providenciam outros serviços de suporte às famílias, como por exemplo, o encaminhamento para outros programas, o aconselhamento, alojamento, refeições, transporte, actividades sociais, cuidados pessoais, medicação e assistências em actividades da vida diária .

Os programas de Apoio Temporário e de Crise poderão envolver outros membros da família, amigos, vizinhos, programas recreativos comunitários, técnicos ou instituições relacionadas com a criança ou o individuo dependente, ajuda sanitária doméstica, centros de recursos, serviços de ajuda humanitária e agências de gestão de apoio temporário e crise.



No ano 2000, a AIAS de Bolonha abriu um centro onde as crianças com deficiências e seus pais podem brincar em conjunto. Educadores e musicoterapeutas propõem actividades lúdicas especialmente planeadas em função de cada caso enquanto que os pais podem observar e anotar quais as actividades que parecem ser mais motivantes e estimulantes para o seu filho e que se revelam promotoras de uma melhor relação interpessoal. Este espaço tem também como objectivo ser um ponto de encontro entre famílias e no qual se pode reflectir e discutir tal como ter acesso a informação útil para além do suporte fornecido para o desenvolvimento das competências parentais e de uma relação positiva.

O Ponto de Encontro da Família de Zaragoza é coordenado pela Câmara Municipal e pelo Governo de Aragón, com a colaboração de outras organizações e instituições nacionais. Tem como objectivo dar assistência a crianças inseridas numa família em estado de crise, quando existem pais que estão em fase de separação ou divórcio, e quando há famílias em risco de relacionamento disfuncional entre os pais e a criança. O cuidado à criança é promovido por uma equipa multidisciplinar, que trabalha com o Departamento de Justiça, e também com os pais com o objectivo de reforçar tanto as suas capacidades parentais e também a comunicação entre eles.

Linhas Orientadoras para o Desenvolvimento de Estratégias Preventivas

O desenvolvimento de estratégias de prevenção implica uma definição cuidadosa da situação-problema, dos objectivos a atingir, das actividades a desenvolver e dos resultados esperados. As linhas orientadoras que se seguem poderão ser úteis para qualquer organização que pretenda intervir no campo da prevenção da violência doméstica contra crianças com deficiências ou que pretenda motivar outra organização a fazê-lo.

Questões Metodológicas

- O primeiro passo e pré-requisito para escolher uma estratégia de prevenção é conhecer e compreender o problema o que implica saber os “porquês” e os “comos”, tal como as suas implicações para a criança com deficiência. **Definições uniformes e uma recolha de dados precisa** acerca dos maus-tratos em crianças representam uma base sólida para planear a intervenção.
- A prevenção é um processo que pretende mudanças e como tal os seus promotores deverão **planear e monitorizar os efeitos do processo** e das suas actividades. A complexidade do assunto e o impacto emocional que a violência doméstica implica, tornam mais difícil prever os resultados desejados. As organizações que pretendem uma discussão interna deste tema devem planear a estratégia cuidadosamente e garantir a existência de suporte de profissionais especializados quando necessário. As organizações deverão também pensar que as actividades de prevenção podem exigir mais suporte em termos de serviços e recursos e que estes são geralmente de longa duração.
- A Prevenção é um processo com diferentes fases: detecção, intervenção, e **follow up**. Algumas das **qualidades fundamentais** deste processo são: a existência de uma **intervenção apropriada no tempo** (o mais precocemente possível), **flexibilidade** (deverá mudar consoante as necessidades da criança e sua família), **objectividade** (basear-se em sinais de risco específicos e detalhados e a eficácia deve ser monitorizada e avaliada de forma contínua), **contextualização** (ter em conta o contexto e a complexidade dos seus actores e inter-relações).
- As estratégias de prevenção devem permitir a redução de factores de risco e a promoção de factores de protecção. A sua eficácia pode aumentar se a estratégia envolver **intervenções em diferentes níveis** que permitam intervir em simultâneo nos factores de risco e de protecção em diferentes domínios.
- A prevenção (tal como a intervenção) deve ser baseada numa estratégia clara e fundamentar-se numa perspectiva **multidisciplinar e integradora coordenando diferentes abordagens**. Desta forma, os profissionais de campos distintos como a saúde, justiça, serviço social, educação e educação especial deverão trabalhar em conjunto e partilhar objectivos comuns e visões comuns de prevenção. É essencial que comuniquem de forma adequada e meticulosa entre si .



O CISAP é um consórcio italiano promotor do projecto “Maus-tratos e Intervenção Social em Rede”. A população-alvo são famílias com crianças entre os 0 e os 6 anos, pediatras, técnicos de serviço social, professores, juizes e voluntários. Todos os profissionais foram formados para trabalhar em rede dentro dos objectivos do projecto e partilhar informação e cooperar na intervenção. Foi elaborado um protocolo de colaboração entre diferentes serviços locais especificando as formas de detecção de situações de risco e de intervenção. O protocolo e um guia de intervenção foram publicados com o objectivo de informar sobre os resultados do projecto e para uso dos profissionais.

Questões relacionadas com os vários intervenientes

- **As Associações e outras Organizações Privadas** que desejam intervir na prevenção da violência doméstica devem em primeiro lugar **trabalhar internamente**. E estar atentas ao seu papel em cada uma das fases do processo: na detecção de sinais, na decisão sobre a estratégia de prevenção e na sua implementação. Deverão existir espaços e momentos de diálogo e de partilha de ideias, de avaliação e modificação da estratégia e



A Associação Portuguesa de Protecção ao Deficiente Autista (APPDA) é uma organização não lucrativa que inclui nos seus programas, o desenvolvimento e a promoção de competências comunicativas e assertivas no seio da família, dado que a expressão de sentimentos de forma funcional pode drasticamente diminuir o risco de violência e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos

os projectos devem ser formalizados dentro da organização. Isto encorajará a existência de uma linguagem comum e reduzirá a ambiguidade de significados e interpretações, que causam geralmente situações de não responsabilização e de delegação para outrem. Estes espaços e momentos deverão ser abertos às famílias que desejam envolver-se.

- Uma das prioridades na prevenção dos maus-tratos em crianças é ir ao encontro das necessidades das famílias a diferentes níveis (individual/parental, físico/psicológico, etc.). As famílias devem ser motivadas a terem um papel activo no desenvolvimento da criança. **A prevenção deve constituir uma forma de reforçar os laços familiares**, explorando os seus recursos parentais, pessoais e sociais. As famílias devem ser ajudadas a descobrir as suas próprias habilidades como pais e indivíduos.
- **Deve encorajar-se uma cooperação e um suporte mútuo entre os pais e a instituição responsável** pelo bem-estar psicológico e físico da criança (escola, serviço de saúde, etc.) dado que só assim se pode potencializar a eficácia da prevenção. A intervenção preventiva deve fundamentar-se numa metodologia de escuta activa e de compreensão da situação dos pais e acordar tanto quanto possível numa posição que leve os pais a compreender que estão a ser ajudados de forma concreta. As Associações e cooperativas sociais devem estar alerta para o facto de que até os profissionais das mesmas não estão muitas vezes apropriadamente sensibilizados para o tema da violência doméstica. Poucas são as organizações com possibilidade de adotar práticas de prevenção da violência doméstica contra crianças com deficiência.
- **Potencializar as competências das crianças significa** reconhecer os seus direitos a explorar o seu potencial e providenciar as habilidades necessárias para que o possam fazer. Os programas de intervenção deverão desenvolver e reforçar as habilidades de comunicação e interacção no seio da família e em contextos não familiares. As crianças deverão desenvolver habilidades que lhes permitam reconhecer as suas necessidades e sentimentos e saber expressá-los de forma adequada. Isto facilitará a intervenção a nível físico, social e emocional.
- As Associações e outras organizações privadas deverão ser encorajadas a **trabalhar em rede**, a partir de intervenientes relevantes e decidir qual o seu papel fundamental na rede, em função da sua missão específica. As intervenções em rede são geralmente organizadas a partir da cooperação entre diferentes instituições públicas que têm responsabilidades formais no bem-estar da criança e entre organizações não lucrativas e privadas que representam as famílias e os interesses das crianças. Os objectivos desta intervenção e o papel de cada organização e instituição na rede devem ser claros e bem definidos.
- Quer as organizações, quer as instituições públicas deverão promover uma política de prevenção que inclua a formação dos seus **recursos humanos** a nível da detecção, treino específico e supervisão. Deverá existir um treino específico para voluntários que trabalham com as crianças e suas famílias de forma a que se consiga uma consolidação da habilidades técnicas a nível cognitivo, emocional e organizacional. Devem ser ensinados métodos de observação das características da criança e sua família a nível relacional e comportamental.
- A estratégia de prevenção deve incluir **actividade de sensibilização**. O público em geral necessita de saber o impacto que o problema da violência doméstica geralmente provoca e conhecer o contexto dos maus-tratos a crianças com deficiência. A sensibilização acerca das situações de risco de ocorrência de maus-tratos deve ser transversal e integrada em contextos educativos regulares, treino profissional e nas práticas institucionais.
- As organizações deverão utilizar o **poder político** para defender os direitos das crianças com deficiência de forma a conseguir a existência de legislação apropriada, intervenções adequadas e suporte para os seus membros ou outros.



A AIAS de Bolonha tem um projecto denominado "Dos 0 aos 6 anos" para crianças com deficiência que promove programas domiciliários de suporte aos pais: a intervenção é decidida e coordenada entre os pais, a AIAS e os serviços de saúde. Estes serviços estão em contacto permanente com a família de forma a monitorizar as suas necessidades. A AIAS recebe o relatório de observação dos seus técnicos e actualiza as necessidades da criança e família. Esta monitorização conjunta permite que a intervenção seja flexível e ajustada em função da evolução das necessidades de cada caso.



Recursos

Nota ao leitor

O texto desta brochura é o resultado de um processo de escrita colectivo e não o somatório de contribuições individuais. Dentro do âmbito do Projecto "Infância, Deficiência e Violência", as organizações parceiras foram envolvidas em pesquisas bibliográficas, na colectânea de casos de violência com crianças com deficiência e boas práticas preventivas. Vários especialistas e representantes de organizações pertencentes do grupo-alvo deste projecto, foram entrevistados e as várias temáticas do projecto discutidas dentro das organizações. Os casos reportados, são baseados em histórias verídicas, tendo sido os nomes, locais e situações alteradas, de forma a proteger a privacidade dos indivíduos envolvidos. Os exemplos de boas práticas foram seleccionados, de acordo com o texto e não excluem a existência de outras iniciativas de prevenção de grande qualidade.

Para mais informações, ler por favor o relatório completo, disponível em: www.aiasbo.it/daphne

Para consulta mais aprofundada

- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/
- <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/>
- <http://www.ualberta.ca/~jpdasddc/abuse/>
- <http://www.nspcc.org.uk/html/home/needadvice/protectingdisabledchildren.htm>
- <http://www.securityworld.com/library/retirement/abuseofthedisabled.html>
- <http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/prevenres/focus.cfm>
- <http://www.apav.pt>
- <http://www.iacrianca.pt>
- <http://www.cidm.pt>
- <http://www.planocid.org>
- <http://www.fenacerci.pt>

- <http://www.aiasbo.it/daphne> para consulta do relatório completo do projecto e outros sites de interesse.

Bibliografia

- Asociación de Desarrollo Comunitario en Areas de Aragon and Instituto Aragonés de Servicios Sociales, "El maltrato infantil", 2003.
- Bonnier C., Nassogne MC, and Evrard P. "Outcome and Prognosis of Whiplash Shaken Infant Syndrome: Late Consequences After a Symptom-Free Interval". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1995; 37 (11): 943-956.
- DSM IV, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., American Psychiatric Association, 1994.
- Sobsey, D. "Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?". Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 1994.
- Sobsey D, Randall W, and Parrila RK, "Gender differences in abused children with and without disabilities". *Child Abuse Neglect*, 1997, Aug; 21 (8): 707-20.
- Sobsey D., "Exceptionality, Education, and Maltreatment". *Exceptionality*, 2002; 10 (1): 29-46.
- Sullivan PM and Knutson JF, "The association Between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study". *Child Abuse Neglect*, 1998, Apr; 22(4): 271-288.
- Sullivan PM and Knutson JF, "Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study". *Child Abuse Neglect*, 2000/a, Oct; 24 (10): 1257-73.
- Sullivan PM and Knutson JF, "The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children". *Child Abuse Neglect*, 2000/b, Oct; 24 (10): 1275-88.
- Tomison AM, "Exploring family violence: Links between child maltreatment and domestic violence". *Issues in child abuse and prevention*, National Child Protection, 2000; Clearinghouse Issues Paper, AIFS, No. 13.
- United Nations, Convention on the Rights of the Child, 1989.
Full text: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>
- World Health Organisation. For more information: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/



Anexo

1

Factores de risco

Factores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados

Doença mental, desordens da personalidade, tentativas de suicídio e sofrimento psicológico
Falta de capacidades parentais
Baixos recursos para lidar com o stress, auto-estima e expectativas pessoais
Estilo parental autoritário
História de maus-tratos na infância
Abuso de substâncias
Conhecimentos pobres sobre o desenvolvimento infantil, suas necessidades e processos
Expectativas não realísticas e não atingidas
História de perturbação do comportamento e agressividade
Adolescentes sem suporte familiar
Elevados níveis de stress
Isolamento social
Baixo estatuto socio-económico
Pais solteiros
Gravidez não desejada
Cuidados pré-natais inadequados
Baixa adaptação familiar à situação de deficiência
Recusa da oferta de ajuda e de recursos

Factores familiares

Dificuldades de gerir o lar, lar caótico (devido a famílias numerosas ou pouco espaço para os membros da família)
Lares pouco seguros e cuidados básicos inadequados
Conflitos matrimoniais e violência doméstica
Acontecimentos de vida stressantes, stress parental com consequências emocionais
Desemprego e dificuldades financeiras
Baixo nível cultural
Isolamento social
Grande permissividade e estratégias disciplinadoras e a agressão verbal

Factores relacionados com a criança

Deficiência física, cognitiva ou emocional
Prematuridade e baixo peso à nascença
Necessidades especiais e hospitalizações frequentes
Perturbações Comportamentais (agressividade, hiperactividade, perturbações do sono, etc.) ou demasiada exigência de atenção diária
Poucas capacidades para entender, reportar ou escapar a situações de abuso

Factores envolvimentoais

Não existência de leis que protejam a criança

Desvalorização da criança enquanto pessoa (minorias, deficiência, género)
Pobreza e desemprego
Isolamento social
Poucos recursos e falta de suporte emocional
Comunidades perigosas
Elevado grau de aceitabilidade da violência
Promoção de violência em termo culturais
Violência transmitida pelos media

Factores de protecção

Factores relacionados com os pais ou prestadores de cuidados

Bem-estar psicológico
Capacidade de lidar com stress, auto estima e expectativas pessoais
Aceitação da deficiência, reconhecimento dos limites e capacidades da criança
Bons conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, seus processos e necessidades
Suporte social e familiar
Cuidados maternos e prenatais adequados
Relação precoce gratificante e securizante com pelo menos um adulto

Factores familiares

Segurança, ordem e cuidados adequados no lar
Relação securizante e estável com o parceiro
Capacidade de lidar com os desafios e de adaptação às mudanças que caracterizam os ciclos de vida da família
Emprego e estabilidade financeira
Suporte social
Estratégias educativas positivas (reforço positivo)

Factores relacionados com a criança

Habilidades para interagir com outros e expressar os seus sentimentos de forma assertiva
Educação sexual durante a adolescência
Integração em contextos sociais (escola)
Estabilidade da atenção e comportamental

Factores envolvimentoais

Respeito pelos direitos da criança
Leis de protecção à infância
Valorização da criança enquanto pessoa
Bem-estar e emprego
Rede de suporte social
Rede social de profissionais (entre instituições e multiprofissional)
Comunidades seguras
Não aceitação social de violência
Normas culturais e promoção nos media contra a violência

Anexo

2



Indicadores de Maus-Tratos

Indicadores físicos na criança: lesões, estado de saúde, nutrição e aparência

- Lesões ou marcas na pele
- Queimaduras
- Mordidelas
- Fracturas
- Sinais de Traumatismos
- Atraso psicomotor
- Aparência negligenciada
- Baixo peso
- Infecções por negligência
- Sujidade
- Apatia ou falta de vitalidade
- Sinais clínicos de intoxicação

Indicadores Comportamentais na Criança; características comportamentais e traços de personalidade

- Criança que interage com os adultos com receio e de forma suspiciosa
- Criança que parece ter medo dos pais
- Tendência para isolamento
- Falta de participação em actividades de grupo
- Falta de reacção diferenciada perante pessoas estranhas
- Agressividade e comportamento antisocial
- Comportamento destrutivo
- Hipervigilância
- Comportamento sexual desadequado
- Excessiva necessidade de chamar a atenção
- Distúrbios psicológicos (anorexia, insónia, enurese, irritabilidade, somatização e agressividade)
- Insucesso escolar

Indicadores nos Pais: comportamento, linguagem e atitudes

- Explicação pouco plausível para determinados acontecimentos
- Discrepância de sintomas referidos pela mãe e história e avaliação clínica evidente
- História familiar de maus-tratos
- Relações familiares disfuncionais
- Atrasos frequentes na obtenção de ajuda médica à criança
- Ausência de preocupação com a aparência da criança e as suas necessidades físicas e emocionais
- Super protecção
- Ciúmes
- Ideias negativas e atitudes para com a criança (desvalorização e desdém)
- Estratégias educativas disciplinadoras e severas