

## Crianças Maltratadas: A Ponta do «Icebergue»

M. EDUARDA CRUZ, ETELVINA GONÇALVES, M. CÉU BARBOSA, VÍTOR VIANA, M. JOÃO ILHARCO,  
FÁTIMA SEQUEIRA, EMÍDIO CARREIRO, FILIPE ALMEIDA, AMÍLCAR BEIRÃO

Departamento de Pediatria do Hospital de São João.  
Director: Prof. Doutor Norberto Teixeira Santos

### Resumo

Os autores fazem uma análise retrospectiva de 71 processos de crianças referenciadas ao Núcleo do Hospital de S. João (HSJ) do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), de Janeiro de 1993 a Dezembro de 95. Os motivos da sua referência são maus tratos e negligência graves, activos ou passivos.

Neste estudo faz-se uma análise clínica e social, bem como da articulação indispensável entre o Hospital, o Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), o Tribunal de Menores (T.M.) e o Instituto de Reinserção Social (IRS).

**Palavras-chave:** Maus tratos, Criança, Casuística.

### Summary

The clinical notes of 71 children referred to the Hospital S. João of the Nucleus of the «Project for Support of Family and children», from January 1993 until December 1995 were retrospectively analysed. The referral cause were active or passive child abuse or serious neglect.

In this study the authors did a social and clinical analysis and reviewed the indispensable connections between the Hospital, the «Project for Support to Family and Children», the Court for Underage and the Institute of Social Reinsertion.

**Key-words:** Child Abuse, Child, Series.

### Introdução

Por resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, foi criado em 18 de Agosto o Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), sob a coordenação conjunta dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Emprego e Segurança Social. Pretende, de forma inovadora e eficaz, intervir nas vertentes clínica, psicológica, jurídica e social junto de crianças vítimas de violência familiar, não dissociando, antes envolvendo, as suas famílias na abordagem terapêutica. Na organigrama do PAFAC, figuram os Hospitais Centrais, nos quais foram criados os assim denominados Núcleos Hospitalares. A estes Núcleos foi atribuída a coordenação das actividades intra-hospitalares para detecção, rastreio, avaliação, tratamento e orientação das crianças vítimas de maus tratos e/ou grave negligência.

Em Janeiro de 93 foi criado o Núcleo do HSJ do PAFAC, constituído por três pediatras, um psicólogo, uma jurista, uma enfermeira e duas assistentes sociais, trabalhando este Núcleo em íntima colaboração com o Departamento de Pediatria do HSJ.

Decorridos três anos, importa fazer uma análise do trabalho efectuado e levantar questões importantes que decorrem naturalmente das imensas dificuldades vividas e do balanço conseguido.

A primeira referência a maus tratos poderá relacionar-se com a descrição de Caffey, em 1946, duma fractura de osso longo de «origem inespecífica» <sup>(1)</sup>.

Em 1961, é organizada por C. Henry Kempe a primeira conferência sobre «Síndrome da criança batida». Pelo mesmo autor é publicado em 1962 o primeiro artigo sobre criança maltratada, na revista da Academia Médica Americana <sup>(1)</sup>.

Fontana, em 1971, na definição de criança maltratada inclui malnutrição e negligência como estadios precoces e abuso físico como forma mais grave de agressão <sup>(1)</sup>.

Entregue para publicação em 02/07/96.

Aceite para publicação em 30/10/96.

É, porém, a partir dos anos 80 que emerge uma real preocupação da comunidade por estas questões e pelos profissionais de saúde no sentido da sua responsabilidade perante o enquadramento clínico e social destas situações.

Assim, os «maus tratos» na infância têm vindo a ser objecto de diferenciada preocupação por clínicos, juristas e assistentes sociais, já que assumem expressão por vezes muito graves, e são frequentemente de difícil resolução social.

«Maus tratos» são as atitudes nocivas para com as crianças ou adolescentes, sejam provenientes dos seus progenitores sejam da comunidade em que elas se inserem<sup>(2)</sup>. O conceito de «maus tratos» tem contornos pouco lineares, já que nele interferem múltiplos factores de raiz cultural muito diversificada. Concordaremos todos que uma mesma atitude pode ser, com toda a facilidade, identificada inequivocamente como «mau trato» a uma criança numa dada região e, a mesma atitude, como «absolutamente normal» ou mesmo «absolutamente educativa», numa outra região ou em ambiente sócio-cultural diferente do primeiro.

No presente estudo, classificamos «maus tratos» em três categorias: físicos, afectivos e negligência, cada uma delas com expressão activa ou passiva. O abuso sexual, embora incluído nas categorias referidas, é frequentemente individualizado em termos de classificação. Contudo, o «peso social» e a «carga afectiva» habitualmente presentes estão a encaminhar a abordagem desta área dos maus tratos para um atendimento mais especializado.

As crianças envolvidas no presente estudo foram referenciadas ao HSJ ou directamente ao seu Núcleo do PAFAC já com o diagnóstico de maus tratos ou, tendo necessitado de assistência médica neste Hospital, aqui foi levantada a suspeita, e posteriormente confirmado, de maus tratos ou grave negligência.

Trata-se assim de uma população já «um pouco» triada, não traduzindo a real incidência/prevalência deste diagnóstico na população geral.

### Material e Métodos

Neste estudo foram revistos setenta e um processos de crianças referenciadas ao Núcleo do PAFAC/HSJ (Porto), entre Janeiro de 1993 a Dezembro de 1995, a maior parte dos quais através do S.U. de Pediatria do H. S. João.

Elaborámos previamente um protocolo, a preencher por elementos do Núcleo, onde constam:

- Identificação do doente (idade; área de residência).
- Acompanhante/Informador.
- Filiação.
- Situação social dos pais.
- Classe social de Graffar.

– Motivo de recurso ao S.U.: acção directa de maus tratos (violência física, violência psíquica); acção indirecta de maus tratos (suicídio, negligência, Síndrome de Munchausen).

- Agente agressor.
- Distribuição corporal das lesões.
- Tipo de lesões; zona corporal atingida.
- Risco de vida.
- Caracterização do quadro clínico: (agudo, crónico, crónico agudizado, primeira situação).
- Documentação acompanhante.
- Tratamento efectuado.
- Tipo de atendimento: S.U.; enfermaria; cuidados intensivos.
- Encaminhamento: Tribunal de Menores, exames periciais no Instituto de Medicina Legal, Equipas psicossociais do PAFAC.

### Resultados

Da análise efectuada salientamos os aspectos mais relevantes, coincidentes na sua maioria com a literatura, ainda parca, encontrada.

A distribuição anual tem vindo a ser crescente (Fig. 1).

Predomina o sexo feminino (55%) em relação ao sexo masculino (45%) (Fig. 2).

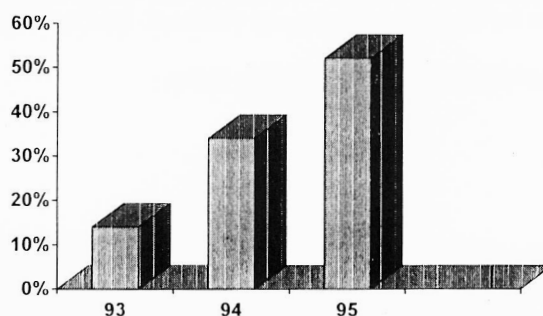


FIG. 1 – Distribuição anual do número de casos.

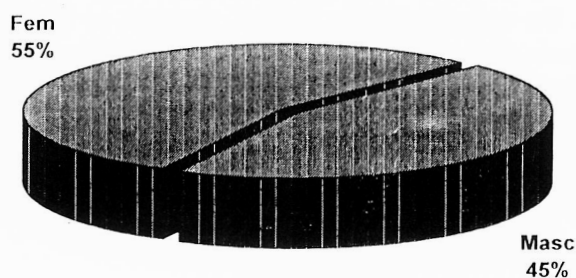


FIG. 2 – Sexo.

A faixa etária até aos dois anos de idade foi a de maior incidência (39%), seguindo-se por ordem decrescente os grupos 6-10 anos (23%); 2-5 anos (20%) e por fim  $\geq 10$  anos (18%) (Fig. 3).

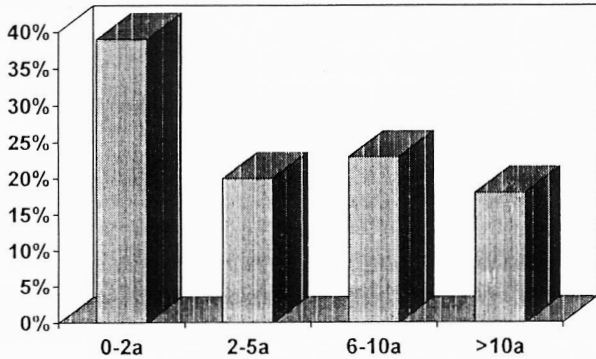


FIG. 3 – Idade.

A maioria destas crianças reside na área metropolitana (61%), seguindo-se o concelho do Porto (28%) e outros concelhos da região norte (11%) (Fig. 4).

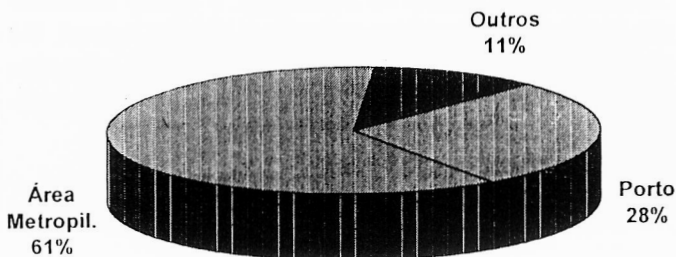


FIG. 4 – Distribuição geográfica.

O acompanhante ao S.U., coincidindo na sua maioria com o informador, foi a mãe em 53% dos casos. No entanto, é de referir outros acompanhantes, nomeadamente: pai, vizinhos, familiares, assistentes sociais, agentes policiais e professores (Fig. 5).

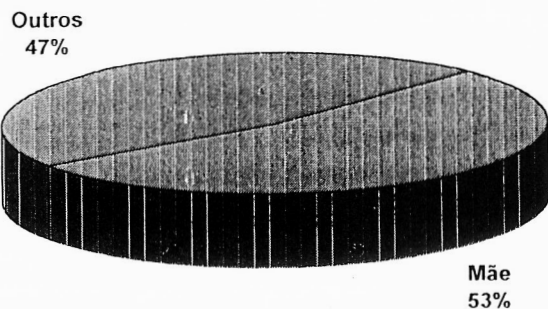


FIG. 5 – Acompanhante ao S.U..

O estado civil dos pais é assim definido: casados (66%); solteiros (16%) e separados (11%) (Fig. 6).

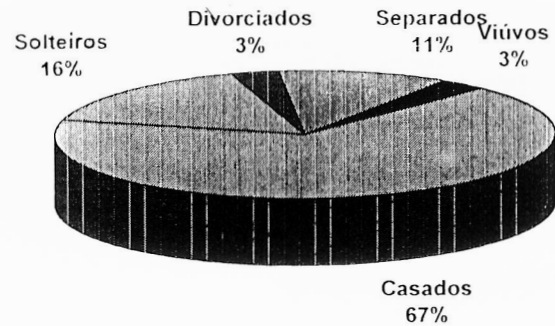


FIG. 6 – Situação Social.

A família pertence predominantemente à classe 5 de Graffar (66%), seguindo-se a classe 4 (29%) e finalmente a classe 3 (5%) (Fig. 7).

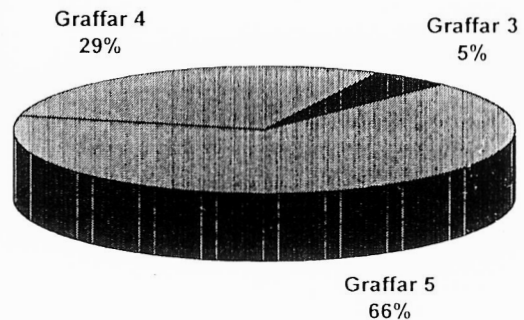


FIG. 7 – Classe de Graffar.

O motivo de admissão no S.U. foi variável: situações clínicas não directamente relacionadas com maus tratos ou negligência (30%); maus tratos (28%); negligência (19%); abuso sexual (16%); tentativa de suicídio (7%).

As crianças foram referenciadas ao Núcleo, pelo S.U., Inter-namento, Consulta Externa e Serviço de Obstetrícia, por: maus tratos (32%); negligência (44%); abuso sexual (15%) e tentativa de suicídio (7%).

Nas crianças maltratadas, o pai foi o agente agressor identificado em 57% dos casos, o irmão e a ama em 9%, a mãe em 4% e foi desconhecido em 22% das situações (Fig. 8).

A cabeça foi a zona do corpo mais atingida (48%), seguindo-se os membros (19%), tronco (13%) e a região genital e nadequeira (10%) (Fig. 9).

Dentro das lesões encontradas, 89% referem-se a escoriações e hematomas, sendo no entanto de salientar dois traumatismos cranio-encefálicos e um traumatismo abdominal grave (Fig. 10).

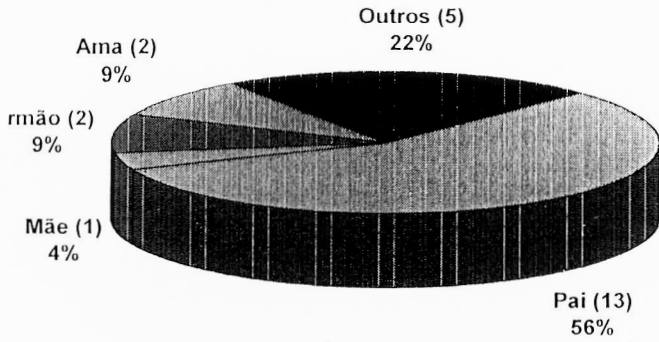


FIG. 8 – Maus tratos – Agente agressor.

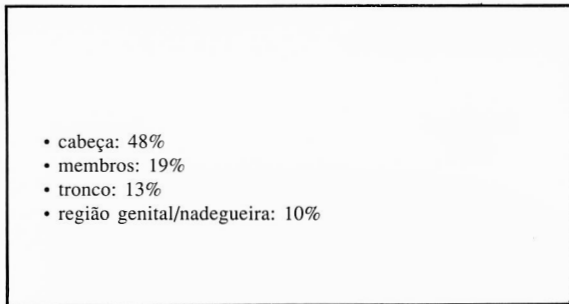


FIG. 9 – Maus tratos – Distribuição corporal das agressões.

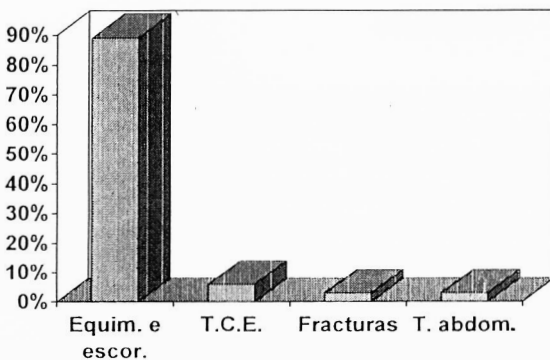


FIG. 10 – Maus tratos – Tipo de lesões encontradas.

O número de crianças sujeitas a abuso sexual tem vindo a ser crescente ao longo destes três anos, e foram referidos como agentes agressores os vizinhos (45%) o padastro (27%) pai (18%) e irmão (9%).

Nas tentativas de suicídio, a idade das crianças variou entre os 10 e os 13 anos.

Após a observação no S.U., 32% das crianças tiveram alta pelo facto de não haver risco vital para a criança no ambiente familiar. As situações de maior gravidade necessitaram de internamento na enfermaria (68%). Salientamos 4 internamentos em OBS e 1 na UCIP (Unidade Cuidados Intensivos Pediatria).

Após observação no SU ou enfermaria, voltaram ao domicílio 69% destas crianças, nas situações sem risco familiar elevado para o seu acolhimento.

Somente 21% das crianças referenciadas ao Núcleo beneficiaram de apoio no ambulatório de equipas psicossociais integradas no Projecto, por serem consideradas de elevado risco familiar.

Os exames periciais no Instituto de Medicina Legal foram efectuados em 15% dos casos, todos eles relacionados com abuso sexual, real ou suspeito.

A participação ao Tribunal de Menores foi efectuada em 35% (25) dos casos, tendo sido retirado o poder parental em 27% (19) das situações. Nestes 19 casos, o tempo médio de internamento foi de 25 dias, justificado por determinação do Tribunal, pela entrega provisória da criança ao Hospital.

O encaminhamento destes foi: 7 (37%) entregues provisoriamente a família de colocação; 5 (32%) acolhidas em Instituições; 3 (16%) voltaram à família natural. De salientar que 4 das crianças internadas foram colocadas na família alargada, após comum acordo com os progenitores.

### Comentários

A verdadeira incidência dos maus tratos na criança é difícil de determinar, embora seguramente superior ao encontrado. O número de casos conhecidos tem vindo a crescer, a que não é alheia uma maior sensibilização da população a tão grave problema social, bem como a uma mais adequada sensibilização dos profissionais de saúde e a uma melhor organização de estruturas oficiais vocacionadas para o efeito. É, no entanto, difícil saber se o número real de crianças maltratadas ou gravemente negligenciadas no nosso país tem uma tendência crescente, já que o levantamento desta realidade está, julgamos, por fazer. Nesta perspectiva, foi determinante a criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança e a formação dos Núcleos Hospitalares. Parece-nos do maior relevo, também, o esforço sério de cooperação institucional entre o Hospital, o PAFAC, o C.R.S.S., o T.M. e o I.R.S..

As famílias estudadas no âmbito destas crianças que nos foram referenciadas são na sua grande maioria disfuncionantes, comprometendo o apoio e o desenvolvimento psicoafectivo dos seus filhos <sup>(3)</sup>. Muitas vezes (a maioria?), é difícil «trabalhar» estas famílias quer porque

muitos dos factores predisponentes não são resolúveis (problemas habitacionais, de emprego, económicos, culturais, alcoolismo, toxicod dependência...), quer porque «recuperar» a estabilidade de laços afectivos é uma tarefa árdua, lenta e, quantas vezes, não desejada pelos progenitores.

Encontrar famílias de colocação para estas crianças vítimas de agressão ou gravemente negligenciadas, não é também um trabalho fácil. Muitas destas crianças denotam um comportamento pouco em conformidade com as «regras de conduta social» estabelecidas, o que pode constituir um óbice à sua aceitação para algumas das famílias disponíveis.

Preocupa-nos ainda a morosidade com que muitas destas situações são resolvidas. A burocracia ainda é pesada, e a articulação dos vários sectores envolvidos ainda não está «oleada». Torna-se necessário, frequentemente, manter a criança internada no Hospital a aguardar a resolução social. Todavia, razões burocráticas invocadas para o atraso nesta resolução não podem, em nossa opinião, continuar a existir, caso contrário, tornar-nos-emos nós mesmos, Instituição que tem como objectivo a protecção e a recuperação psicoafectiva dos menores envolvidos, agentes também maltratantes.

A etiologia da violência familiar e criança maltratada é sem dúvida complexa. Bittner e Newberger propuseram um modelo etiológico multidimensional, com múltiplas interacções entre factores socioculturais e factores de «stress» actuando na sociedade, família, pais e crianças <sup>(4)</sup>. O mecanismo de acção é comum a todos eles: comportamento parental comprometedor ou mesmo destruidor do normal processo de crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança.

Há quem considere a criança maltratada ou a violência no geral um problema desconhecido para o pediatra na década de 50, pouco comum em 70 e actualmente como uma das maiores preocupações do ambulatório.

O papel do pediatra é fundamental no diagnóstico, tratamento e encaminhamento destas crianças <sup>(5)</sup>.

Proteger a criança durante a situação de crise familiar ou social aguda é imperativo, mas é seguramente a parte tecnicamente mais fácil <sup>(6)</sup>. Acompanhar a criança no

seu dia a dia, enquanto afastada da sua família, e «reparar» os danos psíquicos, mais que os físicos, impedindo o desabar da sua estrutura afectiva, é tarefa árdua, mas inalienável <sup>(7)</sup>.

«Trabalhar toda esta crise» no sentido de fortalecer e preservar a vida familiar é um desafio que temos obrigatoriamente de aceitar com espírito vencedor, para não sermos derrotados perante a magnitude das dificuldades de toda a ordem que teremos de enfrentar.

Os resultados conseguidos, bem como os «pesadíssimos fardos» que algumas das nossas crianças tantas e tantas vezes carregam não deixarão de nos encorajar a prosseguir trabalho, não permitindo qualquer desânimo face às dificuldades de toda a ordem que teremos de enfrentar.

É essencial, neste sentido, promover grupos de trabalho específicos, multidisciplinares, para acompanhar estas famílias e ajudar à prossecução do objectivo fundamental de quantos apostam neste projecto: a reinserção da criança no seu «nicho» familiar.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Snyder J. C., Hampton R. e Newberger H. Family Dysfunction: Violence, Neglect, and Sexual Misue. In: Levine, Carey, Crocker, Gross, W. B. Saunders Company Developmental-Behavioral Pediatrics 1983: 256-274.
2. Schmitt D. B., Krugman D. R. – Abuse and Neglect of Children. In: Nelson's Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Company, 14.<sup>a</sup> ed., 1992: 78-83.
3. Amaro F. Aspectos Socio-culturais dos Maus Tratos e Negligência de Crianças em Portugal. Revista Portuguesa de Pediatria. 1989; 20: 323-6.
4. Bittner S, Newberger E. H. Pediatric understanding of child abuse and neglect. Pediatrics in Review. 198; 2: 197-207.
5. Fernandes M. J. Criança Maltratada e Negligenciada – Aspectos Médicos, Revista Portuguesa de Pediatria. 1989; 20: 311-21.
6. Sirotnak P. Andrew Physical Abuse of Children. An Update-Pediatrics in Review 1994; 15: 394-99.
7. Goldson Edward. The Affective and Cognitive Sequelae of Child Maltreatment. Pediatrics Clinics of North America 1991, 38: 1481-94.

Correspondência: M. Eduarda Cruz  
Departamento de Pediatria  
Hospital de S. João