

Criança Maltratada: Casuística de Cinco Anos

AUGUSTA MARTINS, VIRGÍNIA SAMPAIO, CONCEIÇÃO CORREIA, JOANA MOURA

Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

Resumo

A criança maltratada é uma realidade de todas as épocas e de todos os grupos (étnicos, religiosos, sociais, económicos e educacionais). As autoras apresentam a casuística das crianças vítimas de maus tratos observadas e orientadas pelo Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo durante cinco anos.

Foram assim seleccionadas 34 crianças; 20 rejeitadas ao nascer, 9 negligenciadas, 1 abandonada, 3 agredidas fisicamente e uma vítima de abuso sexual. Estas crianças apresentavam pelo menos dois factores de risco. A este propósito fazem uma revisão da abordagem deste problema ao longo do tempo, alertam para a necessidade da sua prevenção, detecção precoce e correcto encaminhamento.

Palavras-chave: Maus-tratos; negligência; agressão física; abuso sexual; criança.

Summary

Child abuse is a all time reality that exist in all ethnic, religious, socio-economic and educational groups. The authors present a five years review's of child abuse managed at the Paediatric Department of Viana's Hospital. They selected 34 children: 20 rejected by birth, 9 neglected, 1 abandoned, 3 victim of physical abuse and 1 victim of sexual abuse. These children had a least two risk factors. They also present a review of managing of this problem in history and they alert for his prevention, detection and correct orientation.

Key-words: Child abuse; neglect; physical abuse; sexual abuse.

Introdução

Os maus tratos infantis são uma realidade de todos os tempos ^(1, 2, 3, 4, 5, 6). Na Grécia Antiga era aceite o abandono de crianças deficientes no monte Taígeto ⁽³⁾, no século XVIII era frequente o abandono de crianças na roda ⁽⁴⁾ ou na casa de pessoas ricas e actualmente ocorre, ocasionalmente em lixeiras. Os castigos corporais foram norma educativa aceite durante séculos ⁽²⁾. Nos dias de hoje mantém-se a problemática do trabalho infantil, bem como no Oriente ⁽³⁾ o infantício selectivo de recém-nascidos de sexo feminino.

Trata-se de um problema de Saúde Pública em todo o Mundo ^(7, 8, 9). Nos Estados Unidos nos anos 70 surgiam 700 000 casos por ano e na década de 90 foram participados 2 000 000 casos por ano ⁽⁷⁾. Em Portugal em 1985, num estudo epidemiológico do Centro de Estudos Judiciários, foram detectados 30 000 novos casos por ano ^(8, 10).

Apesar de existirem factores de risco ^(1, 2, 9, 11-14) (quadro I), os maus tratos podem surgir em qualquer grupo étnico, religioso, social, económico e educacional ^(9, 14, 15).

QUADRO I

Criança Maltratada. Factores de Risco

Características da família
Baixo estrato sócio-económico e educacional
Agregado Familiar Numeroso
Concepção errada do poder paternal
Crise familiar (desemprego, divórcio...)
Irmãos com história de maus tratos
Problemas maternos / paternos
Mãe adolescente
Mãe solteira
Hábitos de risco (Toxicodependente / Alcoolismo / Prostituição)
Atraso mental / Patologia psiquiátrica
Stress...
Maus tratos na infância
Personalidade
Características da criança
Personalidade da criança
Problemas perinatais (prematuridade...)
Internamento prolongado
Doença crónica
Lactente / Idade pré-escolar
Sexo masculino
1.º filho

Entregue para publicação em 02/07/96.

Aceite para publicação em 30/10/96.

O seu reconhecimento foi surgindo lentamente, a partir do século XIX ⁽¹⁾. Nos Estados Unidos só em 1930 surge uma legislação pela defesa do bem estar da criança ⁽¹⁾. Em 1946, Caffey foi o primeiro médico a descrever um caso de criança maltratada – o síndrome da criança abandonada ⁽¹⁵⁾, em 1961 Silvermann e Kempe publicam mais casos ⁽¹⁶⁾.

Em Portugal surgem as primeiras publicações médicas, descrevendo casos clínicos, em 1972 e 1974 por Roche e Cordeiro ^(17, 18). A partir de 1980, inicia-se a abordagem médico-sócio-jurídica juntando acções do Instituto de Apoio à Criança, Centros de Estudos Judiciários e a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria ⁽⁸⁾. Em 1985 surge um projecto piloto no Hospital Santa Maria, com o Núcleo de Apoio à Criança Maltratada e à Família ⁽⁸⁾.

Para facilitar esta abordagem, surge em 1992 o Projecto de Apoio à Família e à Criança Maltratada, por uma resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92. Em sequência deste, foram criados os vários Núcleos de Apoio à Família e à Criança, com os seguintes objectivos: acompanhamento de filhos de família de risco, detecção de crianças vítimas de maus tratos submetidas a cuidados médicos e recuperação do seu equilíbrio psico-afectivo com vista à reintegração da criança no seu ambiente familiar, sempre que possível. Quando é necessário a colocação temporária ou permanente fora da família, as alternativas são várias: outros familiares, «família de colocação», colocação em lares ou adopção.

No Distrito de Viana do Castelo, em Janeiro de 1995, entrou em funcionamento a Comissão de Protecção de Menores, constituída por doze elementos: um representante do Ministério Público, um psicólogo e dez personalidades de várias instituições em representação do Município (Centro Regional de Segurança Social, Ministério da Educação, Instituto Português da Juventude, Instituições de Solidariedade Social, Centro de Saúde, Polícia, Guarda Nacional Republicana e Associações de Pais).

No Hospital de Santa Luzia, em Abril de 1995, criou-se o Núcleo de Apoio à Família e à Criança (NAFC), formado por 5 elementos: uma coordenadora – a Directora do Serviço da Pediatria, uma Assistente Graduada de Pediatria – a Pediatra Responsável pela Consulta de Desenvolvimento, duas Assistentes Sociais e uma enfermeira – a Enfermeira-Chefe de Pediatria.

Objectivo

Caracterizar a população vítima de maus tratos observada e orientada pelo Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia de 01/01/91 a 31/12/95.

Material e Métodos

Foi efectuado um estudo retrospectivo e descritivo; tendo os casos sido seleccionados através do ficheiro informatizado do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia, de 01/01/91 a 31/12/95, e do ficheiro do NAFC, de 01/04/95 a 31/12/95. Foram assim revistos todos estes processos clínicos e os seus dados foram processados manualmente.

Os processos dos recém-nascidos rejeitados ao nascer e entregues para a adopção foram analisados separadamente.

Definição de termos e conceitos:

Os autores consideraram maus tratos todos os casos de rejeição ao nascer, abandono, negligência grave e maus tratos físicos e psíquicos.

Foi definida como negligência grave a rejeição afectiva que leva à não utilização dos recursos disponíveis e rejeição ao nascer a entrega do recém-nascido para adopção.

Resultados

Foram seleccionadas 34 crianças, destas: 20 entregues para a adopção, 9 negligenciadas, 1 abandonada, 3 agredidas fisicamente e 1 vítima de abuso sexual (Figura 1).

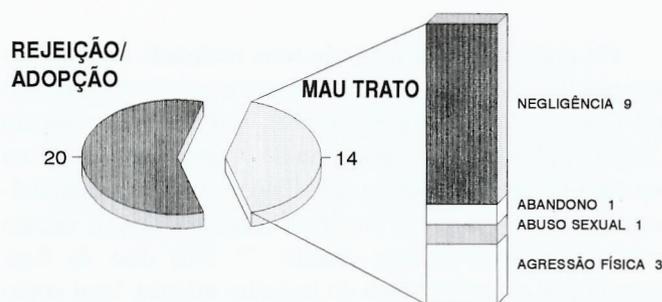


FIG. 1 – Criança Maltratada.

Os recém-nascidos rejeitados ao nascer/entregues para a adopção foram fruto de 18 gestações (duas gestações gemelares) correspondendo a 17 mães (uma mãe rejeitou dois filhos em alturas diferentes). Neste grupo ocorreu uma igual distribuição por ambos os sexos; em 4 casos

tratava-se de 1.º filho e 3 casos pertenciam a agregados familiares numerosos. Quanto às características maternas salientamos: idade inferior ou igual a 19 anos em 3 casos, 11 mães solteiras, 2 estudantes e 1 desempregada. Em 5

casos a mãe apresentava hábitos de risco, em dois dos quais o respectivo parceiro também apresentava os mesmos hábitos. Todas estas famílias pertenciam a classes desfavorecidas (quadro II).

QUADRO II
Recém-Nascidos (RN) rejeitados ao nascer

N.º Total RN: 20; N.º de gestações - 18 (2 gemelares); N.º de mães - 17	
Sexo: masculino / feminino: 1/1	
N.º irmãos: 0:4 1 a 2:8 3:3 não registados:5	
Características maternas:	
Idade: <=19 anos: 3	Estado civil: solteira: 11
20-34 anos: 10	ligação de facto: 1
>35 anos: 1	casada: 1
não registada: 5	não registado: 4
Patologia: Atraso mental: 2	
Actividade profissional: activa: 5	
	estudante: 2
	doméstica: 6
	não registada: 3
Hábitos de Risco dos Progenitores	
Alcoolismo: mãe: 1	Heroína: mãe: 2
pai: 1	pai: 1
	Prostituição: mãe: 1
Classe Social (escala de Graffar): IV: 10	
	V: 4
	não registada: 3

Analizando o restante grupo de vítimas de maus tratos constata-se: um predomínio do sexo masculino (79%) e do primeiro ano de vida (64%). Correlacionando o tipo de mau trato com o grupo etário verificamos que a negligência foi o mais frequente, surgindo em todos os grupos etários; a agressão física foi infligida apenas a lactentes e o abuso sexual numa criança de 6 anos (Figura 2).

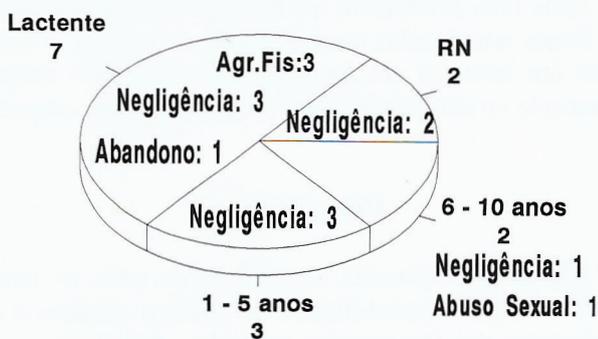


FIG. 2 – Distribuição Etária / Tipo Mau Trato.

QUADRO III
Motivo de urgência / Internamento / Consulta

▶ Desidratação: 5
▶ Desnutrição: 3
▶ Má evolução estratoponderal: 2
▶ Infecção cutânea: 2
▶ Choque hipovolémico: 1
▶ Traumatismo: 1
▶ Insucesso escolar: 2
▶ Problemas comportamento: 1

Os maus tratos físicos foram: síndrome da criança abandonada, traumatismo abdominal (secção total do pâncreas e lacerações hepáticas) e traumatismo cranio-encefálico.

Os motivos de urgência, internamento ou consulta foram vários (quadro III) e nem sempre numa primeira abordagem era evidente a existência de mau trato.

Todas estas famílias eram socio-economicamente desfavorecidas, duas mães tinham idade inferior ou igual a 19

anos e 3 eram mães solteiras. Salientamos a existência de hábitos de risco em 7 mães correspondendo em 3 casos a hábitos de risco no cônjuge. Quatro destes progenitores tinham atraso mental ou doença psiquiátrica (Quadro IV).

Pelo menos 3 destas gestações foram não desejadas,

tendo 2 não sido vigiadas. Duas crianças foram pré-termos. Seis crianças tinham outra patologia associada, tendo motivado em duas delas um internamento prolongado. Um lactente fora anteriormente vítima de maus tratos de que resultaram equimose e fracturas cranianas (Quadro V).

QUADRO IV
Crianças vítimas de maus tratos

<i>N.º Total:</i> 14; <i>Sexo:</i> masculino / feminino: 11/3	
<i>Idade:</i> Recém-nascido: 2 Lactente: 7 1 a 5 anos: 3 6 a 10 anos: 2	
<i>N.º irmãos:</i> 0:2 1 a 2:6 3:2 não registados:4	
<i>Características maternas:</i>	
<i>Idade:</i> <=19 anos: 2 20-34 anos: 7 >35 anos: 1 não registada: 4	<i>Estado civil:</i> solteira: 3 casada: 9 viúva: 1 não registado: 1
<i>Actividade profissional:</i> activa: 4 doméstica: 6 não registada: 4	
<i>Hábitos de Risco dos Progenitores:</i>	
Alcoolismo: mãe: 5 pai: 3	Prostituição: mãe: 1
<i>Patologia dos progenitores:</i>	
Atraso mental: mãe: 2	Doença Psiquiátrica: mãe: 1 pai: 1
<i>Tipo de agregado familiar:</i>	
nuclear: 6; alargada: 3; monoparental: 2; outra: 1; sem registo: 2	
<i>Classe social (Escala de Graffar):</i> IV: 2 V: 12	

QUADRO V
Antecedentes Pessoais

▶ Gestação Não vigiada: 2 Não desejada: 3 Hábitos étlicos maternos: 4 Pré-termos: 2
▶ Doença associada SAF: 2 RGE: 2 IPLV: 1 Atraso Psicomotor e Estratoponderal grave: 1
▶ Internamento anterior prolongado: 2
▶ História de maus tratos anteriores: 1

Após uma abordagem médico-sócio-jurídica 9 crianças foram reintegradas na sua família de origem, 3 colocadas em lares ou em famílias «de colocação» temporariamente ou definitivamente e 2 entregues para adopção.

Comentários

Apesar da crescente sensibilização para os maus tratos infantis, a variabilidade de quadros clínicos e as imprecisões das informações prestadas, dificultam muito o seu diagnóstico. Por estas e outras razões, esta casuística será provavelmente inferior à realidade.

No grupo estudado, cada caso tinha pelo menos dois factores de risco, os mais importantes foram: o baixo estrato sócio-económico, hábitos de risco nos progenitores, mãe solteira (mais importante no grupo de crianças rejeitadas), lactentes e sexo masculino (estes dois últimos factores para o grupo de crianças vítimas de maus tratos físicos, negligência, abandono e abuso sexual). A distribuição do tipo de maus tratos está de acordo com a bibliografia revista, sendo mais frequente a negligência, seguida pelos maus tratos físicos e em menor número de casos o abuso sexual ^(1, 9, 10).

Os profissionais de saúde, assim como toda a sociedade têm um papel importantíssimo na sua prevenção desta situação, quer pela educação da população na aquisição de hábitos de vida saudável quer através da educação sexual e do planeamento familiar para permitir uma gravidez desejada e planeada. As consultas de saúde materna e infantil são momentos para reforçar a relação mãe-filho ou oferecer em casos extremos como alternativa a entrega para adopção. É fundamental, a identificação de factores de risco e a detecção precoce de situações de maus tratos, permitindo o seu encaminhamento adequado ⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Wisson L. Child Maltreatment. In: Oskie. 2nd edition. 1994: 589-605.
2. Lorga L, Queiró B, Rosado R. Criança Maltratada. O Petiz. 1992; II(1): 29-35.
3. Reis C. A Criança Maltratada. Nascer e Crescer. 1993, 2(3): 155-62.
4. Fernandes I. Criança Maltratada. O Petiz. 1993; 3(1): 32-5.
5. Guyer B. An epidemiologic overview of violence among children. In: Schwarz D, Anglin T, Appel R et al. Children and Violence. USA. 1992.
6. Lorga L, Queiró B, Rosado R. A criança maltratada e a consulta de risco. 1994; III(3): 22-4.
7. Pena B. Formas de Abandono II. Saúde Infantil. 1994; 16: 53-9.
8. Lobo-Fernandes M. Criança Maltratada e Negligenciada – Aspectos Médicos. Rev Port Pediatría. 1989; 20: 311-21.
9. Johnson C. Abuse and Neglect of Children. In: Berhrman R, Kliegman R, Arvin A et al. Nelson – Textbook of Pediatrics. Philadelphia. 15th edition. 1996: 112-21.
10. Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil – Janeiro de 1993.
11. Lewitt C. Child Abuse. Philadelphia. 1st edition. 1994.
12. Castro J, Olivia T, Santos C et al. Criança Maltratada. A perspectiva Imagiológica. Nascer e Crescer. 1992, 1(3): 162-8.
13. Krugman R, Bays J, Chadwick D et al. Síndrome da criança batida. Pediatrics. Dezembro. 1993; 11: 846-9.
14. Chicoinel L, Antaki A, Gaudreault P et al. Syndrome de l'enfant maltraité. In: Précis de Pédiatrie. Ferrier P, Aicardi J, André M et al. 1984: 470-1.
15. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol. 1946; 56: 163-73.
16. Kempe C, Silvermann F, Steel B et al. The Battered Child Syndrome. JAMA. 1962; 7: 248-57.
17. Cordeiro M et al. Rev Port Pediatría. 1976; 7: 248-57.
18. Roche A. A propósito de dois casos do «Battered Child Syndrome». Jornal do Médico. 1974; 1509: 78.

Correspondência: Virgínia Sampaio
 Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia de Viana
 do Castelo – Estrada de Santa Luzia – 4900 V. Castelo