

A Criança Maltratada e Negligenciada A Experiência de um Hospital Distrital

PAULA MARTINS, HELENA CRISTINA LOUREIRO, ANABELA BRITO, NUNO LYNCE

Serviço de Pediatria – Hospital Distrital de Cascais

Resumo

Os autores após descreverem um caso clínico e baseados na casuística hospitalar, fazem a abordagem da problemática da criança maltratada referindo a conduta seguida, os organismos envolvidos e as soluções concretas no âmbito de um Hospital Distrital.

Palavras-chave: Criança Maltratada, Família, Instituições.

Summary

Based on the hospital casuistic, the authors make an approach to the child abuse problem, referring the conduct followed, the institutions involved, and the adopted solutions in the ambit of a Regional Hospital.

Key-words: Child Abuse, Family, Institutions.

Introdução

Constatámos, ultimamente, um número crescente de crianças maltratadas que recorrem ao Serviço de Urgência. Este facto, também observado noutros hospitais, parece estar relacionado não só com um aumento do número de novos casos por ano ⁽¹⁾, mas também com uma maior capacidade de diagnóstico. O pessoal de saúde não pode ficar alheio a esta situação. Impõe-se uma reflexão sobre o assunto, tanto mais que valores de ordem profissional, jurídica e social se sobrepõem. Se, inicialmente, apenas se registavam os casos mais dramáticos, actualmente são reconhecidas as situações menos espectaculares mas que acarretam risco para a criança e carecem igualmente de intervenção.

Metodologia de abordagem da criança maltratada e negligenciada

O João e o Carlos são 2 irmãos, respectivamente de 11 e 16 anos trazidos ao Serviço de Urgência pela mãe e pelo padrasto que invocaram um acidente de motorizada cerca de 5 horas antes. Os acompanhantes abandonaram de imediato o local sem terem tido qualquer contacto com o médico. O Carlos estava amedrontado e era pouco explícito em relação ao acontecido. Tinha múltiplas feridas incisocontusas da face, tronco e membros e diversas feridas em fase de cicatrização no tronco e membros, suturadas meses antes. O João tinha alterações do estado de consciência, tinha hematomas e equimoses da face,

tronco e membros bem como várias escoriações e fracturas: parietal esquerda com afundamento, cotovelo direito, 3.º metacarpo da mão direita e terço médio dos ossos da perna esquerda. Tinha ainda fractura da apófise estilóideia do cúbito esquerdo e da rótula direita. Ambas as crianças estavam emagrecidas.

A história clínica e a observação permitiram concluir que estávamos perante duas crianças vítimas de maus tratos e negligência graves.

QUADRO I
Casos diagnosticados no Serviço de Urgência
1993 / 1994

	1993	1994
Totais	13	19
Sexo		
Masculino	3	8
Feminino	10	11
Idade		
0-3 anos	9	11
3-5 anos	1	0
5-12 anos	3	8
Motivo intern.		
Batidas	5	10
Negligenciadas	7	8
Abuso sexual	0	1
Óbitos	1	0

Os dados apresentados no Quadro I englobam algumas situações clínicas de gravidade semelhante à descrita no caso acabado de referir. Todavia, dado o seu reduzido número não permitem que delas se possam tirar conclusões.

Constituem, no entanto, motivo suficiente para abordarmos de forma concreta esta temática na perspectiva de um Hospital Distrital.

Criança maltratada ou gravemente negligenciada é uma entidade clínica que afecta a criança que é vítima de maus tratos físicos ou psíquicos, ou de tratamento inadequado por acção ou omissão por parte das pessoas que a cuidam ou com quem convive habitualmente. ⁽²⁾ Nesta entidade clínica são incluídas as crianças batidas, vítimas de abuso sexual e de intoxicações, vítimas do Síndrome de Munchausen (submissão a investigações clínicas repetidas frequentemente agressivas para satisfação dos familiares) e as crianças negligenciadas. Negligência, como entidade clínica e jurídica, é diferente de pobreza, ignorância e/ou incapacidade mental dos pais. Na negligência há a intencionalidade consciente ou inconsciente de abandono. Considera-se a sua existência quando para além da carência económica, há também e sobretudo uma rejeição afectiva da criança, que leva à não utilização dos recursos disponíveis, pondo repetidamente em risco a saúde da criança e o seu desenvolvimento físico e/ou psíquico. «Mau trato emocional», trata-se de uma forma insidiosa de mau trato em que a criança na sequência de ser agredida verbalmente ou sujeita a ordens permanentes e despropositadas, desenvolve uma autoimagem negativa e sentimentos de autodesvalorização ⁽³⁾.

Cada criança maltratada tem de ser encarada como um caso singular e obriga a uma abordagem segundo as diversas vertentes; médica, psicológica, social e jurídica; feita de uma forma coordenada e sistematizada.

O processo é iniciado com a suspeita (Quadro II).

QUADRO II

Indicadores ou índices de suspeição

- idade inferior a 3 anos
- estado geral indicando negligência habitual
- distribuição e forma típica das equimoses e lesão das partes moles em diferentes graus de evolução
- distribuição característica de fracturas
- episódios anteriores semelhantes
- história pouco plausível para explicar o traumatismo
- contradição nos dados recolhidos
- cuidados médicos não procurados de imediato
- pedido de consulta por outro motivo
- atitude dos pais desadaptada à situação
- comportamento da criança com excessivo pavor ou timidez

V. J. Fontana ⁽²⁾

Com a suspeita de maus tratos, o médico observa a criança e efectua a história clínica. A técnica de entrevista é sem dúvida muito importante, pois a qualidade da primeira abordagem, vai influenciar de forma decisiva o êxito de toda a intervenção. É necessário criar um clima de confiança, para que a procura de cuidados seja o início da resolução da situação de crise na família. Devem-se suprimir sentimentos de reprovação

e não emitir julgamentos ou censuras ⁽⁴⁾. O médico deverá informar os pais ou os acompanhantes da criança, que tem fortes suspeitas ou a confirmação de maus tratos ou negligência e que por lei tem de se fazer a denúncia a Tribunal. Isto pode resultar numa situação constrangedora e potencialmente conflituosa. A nossa experiência aponta no sentido de ser prudente tomar esta atitude num segundo tempo, quando temos garantida a segurança da criança. O médico deverá focalizar o seu discurso na preocupação em relação à criança e na ajuda à família. O médico deverá ainda fazer sentir à criança que esta está agora segura e protegida.

O internamento afigura-se como a única forma de garantir, com rapidez e eficácia, a segurança da criança. Se nalguns casos, a situação clínica da criança obriga de imediato a esta atitude, noutras é necessário avaliar o grau de risco a que a criança está exposta. Consoante o grau de risco, assim é tomada a decisão quanto ao eventual internamento. O internamento, como regra, é muitas vezes impraticável. Nos casos em que o risco parece menor é necessário assegurar o seguimento da criança e sua família com os meios existentes: assistente social do Hospital/Centro de Saúde/Centro Regional de Segurança Social, pediatra hospitalar/comunitário, médico de família, psicólogo/pedopsiquiatra. Nalguns casos, porém, o internamento poderá revelar-se vantajoso, uma vez que a articulação entre as instituições, nomeadamente Hospital/Centro de Saúde, ainda não é a desejável. Por vezes, o internamento poderá mesmo proporcionar uma oportunidade de intervir na dinâmica familiar, avaliando e informando. É pois necessário ponderar estes diferentes aspectos e decidir em conformidade. Dar início ao processo deverá contudo, ser uma constante.

Relativamente ao acompanhante da criança, se este recusa a proposta de internamento, o médico deverá pedir a tutela temporária da criança ao Tribunal de Menores. Concretamente, na área do nosso hospital temos o apoio de um Curador de Menores 24 horas por dia. Para concretizar esta resolução jurídica pode ser necessário recorrer à colaboração policial. Esta atitude baseia-se no facto de ser preferível defender e proteger a criança do que ser responsabilizado indirectamente da sua morte ou maus tratos.

Quanto à parte jurídica, as atitudes a tomar são ligeiramente diferentes consoante os meios disponíveis. Se a equipe multidisciplinar; constituída por médicos, assistentes sociais, enfermeiras, psicólogo ou psiquiatra, educadora infantil e habitualmente um Curador de Menores existe, como acontece nalguns hospitais, procura-se na maioria dos casos resolver «internamente» a situação. Ao Tribunal de Menores são apenas participados os casos em que é necessário reforçar a acção terapêutica ou proteger a criança de forma inequívoca. Esta postura apoia-se no facto de se pensar que, em muitos casos, a participação à autoridade judicial poderá desencadear um processo de agravamento da desvalorização individual e uma escalada de agressividade, por parte do agressor, nomeadamente contra a criança, levando assim à rotura definitiva dos laços familiares existentes e que deveriam ser o ponto de partida para a recuperação da família. Quanto à participação criminal, o magistrado do Tribunal competente em matéria de menores tem obrigação de transmitir a denúncia ao Agente do Ministério Público sendo desencadeado o processo crime ⁽⁵⁾.

Face à lei actual, os profissionais de saúde, da educação e do serviço social, assim como as autoridades policiais, devem obrigatoriamente fazer a participação criminal ao Agente do Ministério Público da área que abrange o local onde os factos ocorreram ou quando desconhecido, no local onde foram notificados. Ainda segundo a lei, é facultativa a participação tutelar ao Tribunal de Menores ⁽⁵⁾. No nosso hospital até 1993, efectuava-se quer a participação tutelar quer a criminal. Nessas circunstâncias a participação criminal reforçava e facilitava a acção tutelar. Após a entrada em pleno funcionamento, no ano de 1994, da Comissão de Protecção de Menores ⁽⁶⁾ da comarca do hospital e da qual fazem parte um pediatra, um médico de família, várias técnicas do serviço social em representação do Centro Regional de Segurança Social, da Câmara Municipal, da Santa Casa da Misericórdia, um representante das Associações de Pais, um professor em representação do Ministério da Educação, um psicólogo e um Curador de Menores, a atitude seguida tem sido a participação tutelar a esta entidade. A Comissão de Protecção de Menores veio facilitar o contacto com outras instituições, nomeadamente Tribunal de Menores, Segurança Social, Centro de Saúde, e tornar menos morosos os processos sociais.

Na resolução da situação da criança maltratada, os objectivos finais da intervenção, são a protecção da criança e a recuperação da família.

Durante o internamento deve ser também preocupação a abordagem psíquica da criança. No nosso hospital temos o apoio de um pedopsiquiatra. As crianças têm alta após estabilização clínica e avaliação pormenorizada da situação sócio-familiar, sendo o seu destino objecto de decisão da Comissão ou do tribunal de Menores. Mantém-se o contacto com a criança e a família no ambulatório através da nossa consulta externa de Pedopsiquiatria e através do Serviço Social vai-se obtendo informação respeitante à evolução familiar.

Relativamente à protecção da criança após a alta hospitalar, a reinserção familiar é a solução preferida, se for possível alterar no meio familiar os factores desencadeantes dos maus tratos. Existe a alternativa de colocar a criança sob o cuidado de outros familiares, o que permite manter uma certa continuidade no plano afectivo. Na impossibilidade desta solução, as famílias de acolhimento poderão ser uma situação transitória a considerar. Por vezes, é necessário encarar soluções com carácter mais definitivo, como são as famílias de adopção ou a solução institucional, esta última sempre a menos desejada ⁽⁷⁾.

No que respeita à recuperação da família, vários estudos apontam no sentido de que apenas 1 a 2% das famílias são consideradas irrecuperáveis ⁽²⁾. A nível hospitalar, a intervenção junto da família engloba motivar a aproximação quando é possível entre os familiares, salientar que o seu problema não é único e que é tratável e tentar levá-la a aceitar a ajuda oferecida. Quando da alta hospitalar tenta-se, através da Comissão de Protecção de Menores, assegurar a ligação da família ao Centro de Saúde (médico de família, enfermeira e assistente social). Infelizmente, a terapia familiar ainda não é uma realidade no nosso país, já que só é praticada em regime privado. No entanto, existe neste momento um grupo de psicólogas que colaboram com a Comissão de Protecção de Menores, e que está a dar os primeiros passos no âmbito da terapia familiar.

O problema da recuperação da família é complexo e a sua abordagem deverá ser também multidisciplinar. Infelizmente, verdadeiras equipas multidisciplinares que façam a abordagem inicial e dêem o apoio posterior a estas famílias ainda não são uma realidade. Estas equipas deveriam ser as mesmas que abordam o problema da criança, deveriam incluir na sua composição uma terapeuta familiar e deveriam ter a possibilidade de intervir *in loco* na própria família.

Em vários países existe uma solução de apoio familiar através de uma rede de voluntários, que se dispõe a estar presente nos momentos de maior tensão ou sempre que uma crise está eminente e que pensamos seria útil implementar entre nós. Outra solução avançada são as famílias de acolhimento, que ajudariam simultaneamente as crianças e as famílias em dificuldades, sendo o seu principal objectivo a reintegração da criança na sua própria família. Os Centros de Saúde têm um papel de destaque nesta área e poderiam ter duas vertentes de actuação: através de técnicos sociais que efectuariam visitas domiciliárias e através da Medicina Familiar influenciariam comportamentos e desenvolveriam formas de suporte social adoptando uma atitude dinâmica face à resolução do problema ⁽⁸⁾. Reconhece-se a grande importância da rede de contactos sociais (família alargada, amigos, vizinhos) que apoiam os indivíduos e as famílias. Nestas famílias acredita-se que a activação da rede social seja parte fundamental do processo ⁽⁹⁾.

Em Portugal, desde Outubro de 1993 está em curso o Projecto de Apoio à Família e à Criança ⁽¹⁰⁾. Inclui actuação *in loco* na própria família através de equipas psicossociais e tem um serviço telefónico de emergência (Linha Verde) para resolução de situações de crise. Este projecto parece promissor ao oferecer soluções concretas na área da recuperação da família. Mais importante do que avaliar os resultados imediatos a nível familiar, é fazê-lo a médio e a longo prazo.

Em relação ao nosso hospital e no que respeita à criança maltratada, sentimos que algo já está a ser feito. A Comissão de Protecção de Menores representa um passo importante na ajuda e resolução de diversos casos. Por outro lado, a possibilidade de contactarmos o Projecto de Apoio à Família e à Criança e a mais estreita colaboração entre Hospitais e Centros de Saúde, têm aproximado o Hospital da Comunidade fazendo prever uma intervenção mais directa e eficaz. Sem dúvida que a resolução do problema da criança maltratada passa pela conjugação de esforços dos diferentes agentes comunitários ⁽¹¹⁾.

Embora a atitude seja mais dirigida para a «intervenção», pensamos que a actuação deverá abordar igualmente a Prevenção. Nesta dupla acção, todos temos responsabilidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandes MJL. Criança Maltratada e Negligenciada – Aspectos Médicos. *Rev Port Pediatr* 1989; 20: 311-21.
2. Fernandes MJL. Criança Maltratada. Alguns Aspectos Médicos. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. *A Criança Maltratada*. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 23-5.
3. Ludwig S, Socolar RRS. Suspected Child Abuse. In: Hamilton GC, Trott AT, Sanders AB, Stange GR, eds. *Emergency Medicine – An Approach to Clinical Problem-Solving*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991: 652-68.

4. Pó I. A Criança Maltratada e o Hospital. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. A Criança Maltratada. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 143-5.
5. Leandro AAG. A Problemática da Criança Maltratada em Portugal. Alguns Aspectos Jurídicos e Judiciários. *Rev Port Pediatr* 1989; 20: 327-40.
6. Epifânio R. Comissões de Protecção de Menores. *Boletim do Instituto de Apoio à Criança* 1993; 25/26: 5-6.
7. Porto M. A Criança Maltratada. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. A Criança Maltratada. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 51-8.
8. Castanheira JL. O Centro de Saúde e as Famílias que Maltratam. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. A Criança Maltratada. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 137-41.
9. Araújo HS. A Criança Maltratada. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. A Criança Maltratada. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 43-50.
10. Presidência do Conselho de Ministros – Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92: Cria o Projecto de Apoio à Família e à Criança Maltratada. In: *Diário da República* 1992; 189: 4013-14.
11. Elliott BA. Community Responses to Violence. *Primary Care-Family Violence and Abusive Relationships* 1993; 20: 2: 495-502.

Correspondência: Paula Martins
Hospital Distrital de Cascais
Serviço de Pediatria
2750 Cascais