

# Criança Maltratada

LILIANA MARIA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO MARIANO\*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os estudos efectuados sobre o tema Criança Maltratada, têm tido um carácter local ou têm sido estudos pontuais de casos que são do conhecimento público através dos media. Não obstante, tudo aponta para que representem uma «ponta insignificante» do «iceberg» da prevalência real de casos de sevícias infantis.

Esta revisão temática visa também a sensibilização dos profissionais de saúde para este problema tão sub-diagnosticado ainda em Portugal.

**MÉTODOS:** Na Medline foram seleccionados os artigos publicados nos últimos cinco anos. Também foram consultados livros de texto e revistas científicas recentes para sistematizar conhecimentos e fundamentar actuações.

**CORPO DE REVISÃO:** A autora efectuou uma abordagem nas perspectivas histórica e sociológica, da referida temática. Fez-se ainda uma descrição clínica exhaustiva dos vários tipos de sevícias infantis e enumerou-se uma panóplia de sinais indicadores de alta suspeição de maus tratos à criança. Por último, abordou-se qual o modo de actuação mais adequado face ao binómio criança maltratada/família maltratante.

**CONCLUSÃO:** Tem que se sensibilizar a Comunidade para o facto de que maltratar uma criança é crime.

Todos os técnicos de saúde directamente envolvidos com uma criança maltratada, devem sentir-se responsabilizados na resolução deste complexo problema.

O Médico de Família, como agente prestador de cuidados de saúde mais próximo da Comunidade, pode e deve assumir um papel crucial na prevenção deste flagelo social.

**Palavras-chave:** Crianças Maltratadas; Famílias Maltratantes; Maus Tratos Infantis.

## INTRODUÇÃO

*«Violência Familiar: É uma característica especificamente humana. Os animais não maltratam os filhos!»*

H. Carmona da Mota

**E**ste tema de revisão incide sobre um aspecto que infelizmente é típico da espécie humana, tal como diz o Prof. Dr. Carmona da Mota. De facto, os animais não mal-

Assistente Eventual de Clínica Geral/Medicina Familiar  
Centro de Saúde de Vagos

tratam as crias e quando as matam é por eutanásia piedosa<sup>1</sup>.

A história revela que desde a mais remota antiguidade, houve crianças batidas, exploradas, abandonadas ou vítimas de abuso sexual, isto é, crianças vítimas de maus tratos<sup>2</sup>.

Até há bem pouco tempo, a criança não era reconhecida como um indivíduo dotado de poderes legais, e as pessoas que praticavam os maus tratos infantis não estavam sujeitas a qualquer represália.

Em 1959, surge a «Declaração dos Direitos da Criança» e, assim, uma voz se insurge contra os adultos maltratantes.

Já é altura que os maus tratos infantis deixem de ser só alvo de notí-

cias sensacionalistas nas primeiras páginas dos jornais. Tem que se pôr termo ao autoritarismo absoluto e excessivo por parte de alguns pais face aos seus filhos.

Assim é urgente saber:

- Quem são as nossas crianças maltratadas e de onde vêm?
- Que tipo de sevícias infantis existem, como detectar precocemente estas crianças e como as referenciar aos organismos competentes?
- Que características revelam os pais que prodigalizam os maus tratos?
- Qual será a abordagem multidisciplinar mais correcta e eficaz?

Estas são algumas metas a alcançar urgentemente, enquanto não

for possível a prevenção primária deste flagelo social.

### **Criança maltratada – Perspectiva histórica**

A *Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act*, em 1974, definiu Mau Trato Infantil como sendo todo o dano físico ou mental, o abuso sexual ou a negligência de crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, resultantes de acções ou omissões praticadas por pessoas responsáveis por essas crianças ou jovens, em circunstâncias que ponham em perigo a saúde e o bem-estar das mesmas<sup>3</sup>.

Não obstante, esta definição é subjectiva em termos práticos, pois exige clarificação em alguns pontos:

Deve definir-se até onde vai o castigo, bem aceite socialmente, e onde começa o mau trato. Além disso, sabe-se que os limites daqueles dois conceitos variam de época para época e variam de uma cultura para outra<sup>4</sup>.

Na história da medicina constatou-se o aparecimento de algumas vozes de protecção aos menores maltratados<sup>3</sup>:

Ambroise Tardieu (1860), Professor de Medicina Legal em Paris, foi a primeira pessoa a debruçar-se sobre este problema. Assim, aquele médico publicou um trabalho de investigação que envolveu 32 crianças com idade inferior a 5 anos. E naquele grupo alvo estudou o contraste entre o resultado do exame objectivo de cada criança e a história verbalizada pelos pais de cada menor.

Em 1874, criou-se em Nova Iorque a *Society for Prevention for Cruelty to Children*, que promulgou uma série de medidas legislativas protectoras da criança. Até porque já naquela altura, para além do mau trato infantil no ambiente familiar, existia com frequência o mau trato infantil laboral. Estava-se em plena

época de Revolução Industrial, onde as crianças constituíam mão de obra barata nas minas ou nas fábricas e eram «estimuladas» ao murro e à bofetada, para rentabilizarem ao máximo.

Em 1935, Knapp e Wilson, médicos radiologistas, divulgaram um estudo com base na observação seriada de radiografias de recém-nascidos, onde se constatou fragmentações metafisárias... Teriam etiologia traumática?

Em 1939, Stauss, médico pediatra, foi o primeiro a afirmar a origem traumática dos hematomas sub-durais constatados em lactentes... Seriam intencionalmente causados pelos pais?

Caffey (1946) e Silverman (1953), radiologistas consagrados na altura, publicaram um trabalho que sensibilizou para um novo síndrome: Alguns bebés apresentavam vários hematomas sub-durais e múltiplas fracturas ósseas em diferentes estadios de consolidação. Seriam lesões causadas em momentos diferentes?

É obvio que a negação familiar pre-emptória, da hipótese destas lesões serem consequência de brutalidades voluntárias e intencionais praticadas pelos pais aos seus filhos, baralhou a opinião médica especializada durante décadas!

Só em 1955 é que Wooley e Evans, pediatras conceituados, referiram pela primeira vez, a importância do meio familiar na génese das lesões apresentadas pelas crianças, até porque se constatava sempre uma melhoria significativa do seu estado, após afastamento periódico dos pais<sup>3,4</sup>.

Em 1960, Kempe, médico pediatra, usou pela primeira vez a expressão «*Battered Child*», na Reunião Anual da Academia Americana de Pediatria daquele ano. E no ano seguinte publicou um artigo de título

«*The Battered Child Syndrome*», onde retratou claramente o quadro clínico das crianças que recebem maus tratos severos: (apresentavam múltiplas fracturas em vários estadios de evolução, vários hematomas sub-durais, múltiplas contusões... Eram crianças muito tristes e com indumentária descuidada; E em que os pais apresentavam histórias confusas e inverosímeis para explicar aquelas lesões...)<sup>5</sup>.

A designação de *Criança Maltratada*, em 1963, assume um significado mais amplo. Fontana, médico pediatra, incluiu naquele conceito: as crianças vítimas de violência física, de maus tratos emocionais, de negligência ou de abuso sexual<sup>5</sup>.

Em 1969, Gil, pediatra de prestígio mundial, publicou um trabalho que prova que o mau trato infantil não ocorre só no ambiente familiar, mas também em instituições e no seio da própria sociedade<sup>5</sup>.

Por último, de referir que desde 1972 o «*Síndrome da Criança Maltratada*» conhece outras expressões sinónimas: Síndrome de Tardieu, de Caffey ou de Kempe, isto para homenagear alguns dos médicos que dedicaram o seu trabalho a esta temática<sup>3,4,5</sup>.

### **Maus tratos à criança – Aspectos sociológicos**

A identificação do que é uma criança maltratada é difícil, dada a inexistência de um padrão universalmente aceite no trato e na educação de um filho. Desta forma, quando se aborda este problema há que ter em conta, necessariamente, a época e o grupo social em causa. De seguida, citam-se alguns exemplos: em Portugal, ainda há bem pouco tempo e em algumas regiões, davam vinho às crianças para as tornar mais fortes. Ainda hoje, mais frequentemente nas classes sociais mais des-

favorecidas, é aceite um castigo executado pelo pai com o seu próprio cinto, ao filho que teve insucesso escolar<sup>6</sup>.

Só na década de 70 é que se iniciaram as primeiras pesquisas sociológicas acerca dos maus tratos, isto alguns anos após a conceptualização deste problema no contexto médico. E em 1974, nos Estados Unidos, a *Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act*, dá uma definição de mau trato infantil e juvenil, que ainda hoje é universalmente aceite e que já foi referida no capítulo anterior<sup>3</sup>.

#### **A - QUAL A EXTENSÃO DO FENÓMENO DOS MAUS TRATOS INFANTIS A NÍVEL MUNDIAL? E EM PORTUGAL?**

Em qualquer país, incluindo Portugal, os estudos efectuados até à data têm tido carácter local ou têm sido estudos de casos pontuais. Desta forma, não se conhece a prevalência ou a incidência reais destas situações. Também se sabe que a maior parte dos casos são do conhecimento público através dos *media*, representando estes uma ponta muito pequena do *iceberg* de casos de maus tratos infantis existentes<sup>6</sup>.

Nos EUA, de acordo com o *National Center on Child Abuse and Neglect* foram denunciados cerca de 1,5 milhões de casos em 1999, sendo os valores percentuais de 75% (negligência), de 20% (maus tratos físicos) e de 5% (abuso sexual). Isto representa cerca de 15 milhões de casos reais naquele ano. A nível de mortalidade, houve registo em 2.000 casos no mesmo ano, o que correspondeu, aproximadamente, a 20.000 mortes por aquele motivo<sup>7</sup>.

Na Inglaterra, em 1999, foram denunciados 4.963 casos de maus tratos e registadas 97 mortes por aquela causa\*.

Já em França, os casos denunciados foram de 24.859 em 1999, sendo as mortes por maus tratos de 863 casos para o mesmo ano\*.

Em Espanha, os relatórios falaram em 40.137 casos naquele ano; foram registados 94 mortes em 1999\*.

Em Portugal a mesma fonte\* refere que houve 30.424 denúncias por maus tratos em 1999, sendo 76,7% casos de negligência, 20,0% casos de sevícias físicas e 3,3% casos de abuso sexual<sup>7</sup>.

São números desesperantes e aterradores que dão que pensar.

#### **B - QUE FACTORES INDIVIDUAIS, SOCIAIS E CULTURAIS ESTÃO ASSOCIADOS AOS MAUS TRATOS?**

Os maus tratos à criança resultam de uma interacção de factores individuais, sociais e culturais<sup>1</sup>:

##### **I- Factores individuais:**

Constata-se, frequentemente, que existe um grupo de características comuns, em relação às crianças maltratadas e aos adultos que praticam sevícias.

##### **I.a.- Características frequentes nas crianças maltratadas:**

- Criança hiperactiva ou mais espartada do que os restantes membros da família, o que desperta ciúmes nos irmãos e nos pais.
- Criança com deficiência física, mental ou intelectual.
- Criança que chora frequentemente por birra ou por doença.
- Criança que teve um internamento hospitalar prolongado, nascida prematura ou que tenha estado se-

\* Nota: Os dados supracitados têm como fonte a Direcção Geral dos Serviços Tutelares de Menores, Infância e Juventude, com a colaboração do Centro de Estudos Judiciários de cada país.

parada da mãe por muito tempo à nascença, não se tendo gerado laços afectivos com a família.

- Filho de uma relação incestuosa ou de um adultério e que são punidas inconscientemente pelos pais.

##### **I.b.- Características frequentes nos pais maltratantes:**

- Baixo nível socio-económico.
- Alcoolismo ou toxicod dependência.
- Desemprego ou instabilidade profissional.
- Problemas afectivos, conjugais ou mentais.
- Más condições habitacionais.
- Isolamento social da família.
- *Stress* do dia a dia.

##### **II- Factores Sociais:**

- **Stress social:** secundário a um divórcio ou ao desemprego; leva muitas vezes à diminuição do auto-controle, à baixa da auto-estima e à frustração.
- **Disfunção familiar:** mais frequente no meio citadino, onde os pais estão ausentes durante todo o dia para o trabalho. As crianças crescem na ausência de modelos parentais adequados e tornam-se adultos desequilibrados, violentos e incapazes de viver segundo padrões sociais regradados.
- **Inexistência de integração social e de serviços de apoio social:** são famílias isoladas ou que carecem de apoio (material ou humano) nas situações de crise.
- **Estilos de vida:** o alcoolismo, a toxicod dependência, a prostituição, etc.

##### **III- Factores Culturais:**

- **Normas educacionais adoptadas pelos pais na educação dos filhos:** O conceito de mau trato é socialmente construído. Há pais que submetem os seus filhos a situações de *stress* físico ou psicológico (castigos rudes), com o objectivo de os *prepa-*

rar para a vida.

- **Modelos sobre o uso de violência:** Há filhos que são ensinados a recorrer sistematicamente à violência, para resolver qualquer problema. Também é de salientar a poderosa influência dos *media* (filmes e desenhos animados violentos) sobre a população infantil.
- **Valores e atitudes:** Há famílias que pensam que os seus filhos são sua propriedade, devendo estes obediência constante aos pais, ainda que não entendam os seus imperativos. Outro aspecto a salientar são os valores errados sobre o estatuto de chefe de família e do poder paternal.

### Descrição clínica do Síndrome da Criança Maltratada

Entre as sevícias físicas mais frequentes há que distinguir as lesões cutâneas, osteo-articulares, do sistema nervoso central (SNC), oculares, viscerais, orofaciais, nasais e auriculares<sup>8</sup>.

Há ainda a considerar o mau trato ou a negligência uterina, o infanticídio, a desnutrição grave e os atrasos de crescimento<sup>8</sup>.

Por último abordam-se as intoxicações voluntárias, o Síndrome de Munchausen por Procuração<sup>9</sup> e o abuso sexual<sup>10</sup>.

#### A - LESÕES CUTÂNEAS – CONTUSÕES

Constituem o estigma mais frequente e mais evidente de maus tratos. Habitualmente apresentam-se em grande número, em vários estádios de evolução e as mais importantes são:

- **Equimoses e hematomas.**

Na criança maltratada as contusões são habitualmente múltiplas e unilaterais. Localizam-se no tronco, abdómen, região glútea, bochechas e no couro cabeludo. Apresentam diferente coloração, con-

soante o seu estadio de evolução.

- **Feridas**

São polimorfas, deixando marcas do instrumento agressor. Podem ser arranhões ou sinais de mordeduras, podem ser lineares (cinto), curvilíneas (desenhando a silhueta do objecto agressor) ou circulares (ligaduras). Podem ser no pénis (elásticos para evitar a enurese), peribucais, gengivais e no palato (cabos de talheres usados em manobras intempestivas para comer).

- **Queimaduras**

Representam 10 a 20% dos casos de sevícias físicas que surgem nos hospitais. Com frequência são provocadas por cigarros (na face, na região palmar e plantar), pelo ferro de engomar (no dorso e nas coxas), ou pela imersão em água a ferver (nas extremidades em forma de luva e de meia). As queimaduras das regiões genitais e nadegueira estão relacionadas com a punição devido à falta de controle dos esfíncteres.

- **Alopécia**

Estas zonas de diminuição de cabelo no couro cabeludo são consequência da tracção violenta e repetitiva dos cabelos.

#### B - FRACTURAS E OUTRAS LESÕES OSTEOARTICULARES

Ocorrem em 10 a 20% dos internamentos hospitalares por maus tratos infantis. Com frequência localizam-se nos ossos longos (nas crianças maiores), nas costelas, no esterno e nas omoplatas (nos lactentes).

As fracturas cranianas, embora mais raras que as anteriores, constituem a primeira causa de morte em crianças vítimas de sevícias físicas.

É frequente a constatação de múltiplas fracturas em vários estádios de evolução, o que traduz episódios repetitivos de maus tratos. Desta forma é imperativo efectuar-

-se um estudo radiológico do esqueleto para despiste de fracturas antigas. Não obstante, deverá efectuar-se sempre um diagnóstico diferencial cuidadoso de fracturas ósseas múltiplas (escorbuto, sífilis...), para não se correr o risco de atribuir um falso rótulo aos progenitores da criança.

#### C - LESÕES NO SNC

Um traumatismo crânio encefálico ou um sacudir violento de uma criança pode provocar um hematoma sub-dural ou uma hemorragia intracraniana difusa. Aquelas lesões podem originar quadros neurológicos graves reversíveis ou irreversíveis (vómitos, convulsões, surdez, cegueira, atraso mental, coma, etc).

#### D - LESÕES OCULARES

Acompanham-se frequentemente de lesões do S.N.C. Podem ser lesões hemorrágicas, descolamento da retina, etc... E que vão originar uma diminuição da acuidade visual ou mesmo uma cegueira total.

Desta forma, é imperativo efectuar-se um exame oftalmológico a qualquer criança internada com suspeita de maus tratos físicos.

#### E - LESÕES VISCERAIS

É frequente a multiplicidade de lesões viscerais na criança vítima de maus tratos. Estas lesões classificam-se em dois grupos:

- **Lesões viscerais torácicas**

Estas lesões podem ser um pneumotórax, um hemotórax ou um hemopneumotórax. e surgem em consequência de uma perfuração pulmonar por uma costela fracturada.

- **Lesões viscerais abdominais:**

Resultam de um soco ou de um pontapé dirigido ao abdómen e podem originar com frequência contusões (traumatismos fechados), ou mais raramente feridas penetrantes

(traumatismo aberto). As lesões mais graves requerem intervenção cirúrgica e deixam sequelas por vezes incapacitantes.

Constituem pela sua gravidade a segunda causa de morte em crianças internadas por maus tratos físicos:

#### **F - LESÕES OROFACIAIS, NAAIS E DO OUVIDO.**

As lesões mais frequentes são: equimoses na face, lacerações do palato (manobras intempestivas de alimentação) e fracturas dos ossos próprios do nariz (murros), hematomas ou lacerações do pavilhão auricular (puxões violentos de orelha) e rupturas do tímpano (bofetões violentos).

Estas lesões originam com frequência sequelas estéticas e funcionais.

#### **G - MAUS TRATOS E NEGLIGÊNCIA UTERINA**

Considera-se mau trato uterino toda a atitude que a grávida tome intencionalmente para magoar o feto, contribuindo até para pôr termo à sua gravidez.

Esse bebé se chegar a nascer poderá ser uma vítima de maus tratos, constituindo nestes casos uma má recordação para a sua mãe.

Se a grávida não tomar todos os cuidados para que o seu bebé nasça bem, então estamos a falar de negligência intra-uterina ou pré-natal. E que cuidados são esses?

- A **alimentação** deverá ser de boa qualidade, diversificada e polifracionada.
- **Restrição total de tabaco**, pois está provado que o tabaco provoca abortos espontâneos, nados-mortos ou crianças que têm dificuldade de aprendizagem à *posteriori*.
- **Restrição total do álcool**, para que o bebé não nasça com alterações do comportamento ou com anomalias físicas, cujo extremo é o síndrome fetal alcoólico.

me fetal alcoólico.

- **Restrição total de outras drogas (heroína...)** Todas as drogas consumidas durante uma gravidez provocarão: prematuridade, recém nascido de baixo peso, atraso de crescimento intra-uterino, síndrome de abstinência ao nascimento, isto para além da irritabilidade e da dificuldade de aprendizagem revelada por aquelas crianças à *posteriori*.

- **Medicamentos: só os prescritos pelo médico...** Só se devem tomar os estritamente necessários, dado que alguns fármacos causam anomalias fetais.

#### **H - INFANTICÍDIO**

É o extremo dos maus tratos e pode ser consequência de sevícias físicas de repetição ou de um único mau trato severo.

Esta forma de mau trato é rara e quem o pratica com maior frequência é a própria mãe (filicídio). Pode ser cometido assim que o bebé nasce (neonaticídio) ou à *posteriori* (pós-natal). Pode recorrer-se a manobras violentas (estrangulação, sufocação, submersão...) ou a manobras não violentas (abandono do bebé à intempérie, em contentores...).

O infanticídio filicida pós-natal pode ser secundário a uma crise psicótica aguda da mãe (depressão pós-parto), ou ser accidental (sufocação do bebé que dorme com a mãe), ou pode ser ainda um filicídio altruísta (melancolia delirante da mãe que mata um filho com uma doença grave ou porque está com graves problemas económicos, evitando com esta atitude o seu sofrimento)<sup>4</sup>.

#### **I - DESNUTRIÇÃO GRAVE E ATRASO DE CRESCIMENTO**

Trata-se de um mau trato por omissão. A criança é alimentada de forma deficitária por uma série de motivos. Isto leva a um comprometimento estato-ponderal a curto prazo e mesmo do perímetro craniano a médio prazo. Também se constata um mau desenvolvimento psicomotor nestas crianças, até porque para além da falta de aporte calórico, existe carência de suporte afectivo e de estímulo. São verdadeiros quadros de nanismo psicossocial que se não forem diagnosticados atempadamente, evoluem para a morte.

Nestes casos de malnutrição é frequente observar-se uma desidratação crónica e grave, em consequência de uma restrição hídrica (ex: punir uma enurese), ou um quadro de malabsorção intestinal (secundária a uma diminuição das secreções gástrica e pancreática e à atrofia da mucosa intestinal). Estes factores agravantes vão dificultar bastante a recuperação da criança.

Nestes casos de malnutrição é frequente observar-se uma desidratação crónica e grave, em consequência de uma restrição hídrica (ex: punir uma enurese), ou um quadro de malabsorção intestinal (secundária a uma diminuição das secreções gástrica e pancreática e à atrofia da mucosa intestinal). Estes factores agravantes vão dificultar bastante a recuperação da criança.

#### **J - INTOXICAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Trata-se de uma forma de maus tratos que passa frequentemente despercebida nos serviços de urgência dos nossos hospitais. Arquivam-se estes casos com o falso diagnóstico de intoxicação accidental. Não obstante, correspondem a verdadeiras tentativas de suicídio (adolescentes) secundária a uma depressão por maus tratos; ou a envenenamentos (crianças com idade inferior a 2 anos) secundários a uma negligência intencional dos pais.

#### **K - SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

É um tipo de mau trato mais subtil e elaborado. Neste caso, a pessoa que lida mais de perto com a criança, frequentemente a mãe, simula um conjunto de sinais e sintomas para o seu filho, com o objectivo de o sujeitar a internamentos clínicos sucessivos para estudo médico. Estas crianças são alvo frequente de

exames auxiliares de diagnóstico, o que dá grande satisfação à mãe<sup>9</sup>. São situações graves do foro psiquiátrico e há que se efectuar um diagnóstico atempado, a fim de se retirar a criança do agente patogénico com a maior brevidade e de se efectuar um acompanhamento psiquiátrico atento à mãe.

#### L - ABUSO SEXUAL

Nem sempre o abuso sexual se acompanha de lesões físicas ou resulta de violência física ou envolve necessariamente relações sexuais.

Define-se abuso sexual como a exploração da criança por um adulto, que se serve daquela para obter prazer ou proveito. Esta exploração pode efectuar-se de várias formas: do exibicionismo ou produção de filmes pornográficos, até à consumação do acto sexual ou práticas sexuais aberrantes<sup>10</sup>.

É muitas vezes praticado na intimidade da família, por algum familiar muito próximo (pai, tio, avô...), ou por alguém que faz parte do círculo de relações sociais da criança.

Em Portugal é ainda largamente desconhecida a extensão do problema, dado que só são do conhecimento médico os casos extremos de consequências dramáticas. Não obstante, há indícios de que estes casos surjam em todas as classes sociais. Só que nas classes mais desfavorecidas a sua descoberta é mais fácil, dado que recorrem a centros públicos (hospitais e tribunais). Enquanto que as classes mais favorecidas, temerosas do estigma que supõe o conhecimento público do incesto, ocultam-no ao máximo, servindo-se de todos os recursos profissionais e económicos ao seu alcance.

A situação mais frequente é o incesto pai-filha. Estes pais habitualmente são homens maduros, com idades que oscilam entre os 30 e os

50 anos. E a idade das filhas varia dos 2 anos até a adolescência. Por norma estabelece-se sempre um *acordo secreto* entre o pai, a mãe e a filha. Neste triângulo cada um tem o seu papel e está livre de sentimentos de culpa ou de descontentamento, a menos que surja uma crise<sup>10</sup>.

O *Pai* não tem uma personalidade estereotipada, podendo ser introvertido, com personalidade psicopata, ou com grande imaturidade social e psicossocial. Na grande maioria dos casos tiveram uma infância infeliz, sem carinho e sem amor.

A *Mãe* geralmente tem uma personalidade passiva e dependente, teme a desorganização familiar, pelo que *sacrifica* a sua filha para manter a sua família unida.

A *Filha* normalmente assume um papel passivo, não se oferece, mas também não resiste aos contactos e às carícias do pai. Na grande maioria das vezes irá apresentar, no futuro, alterações emocionais e de comportamento muito graves: depressão, insucesso escolar, medo e terror nocturno, um apego inapropriado aos pais, histeria de conversão, etc.

Na maior parte dos casos estas crianças são física e mentalmente normais, contudo as filhas deficientes mentais também não escapam.

É o *escândalo público* que irá pôr termo a este tipo de situações. E a crise surge com o aparecimento de uma gravidez, doença venérea, separação familiar, ou por uma acusação por terceiros.

#### Diagnóstico médico da criança maltratada

O médico tem que estar sensibilizado para o facto de que toda a criança alvo da sua consulta poderá estar a ser vítima de maus tratos, isto independentemente do seu estrato social.

Não obstante, existe um conjunto de sinais que funcionam como indicadores de alta suspeição de sevícias infantis:

- **Criança com idade inferior a três anos** (estudos revelam que 1/3 das crianças maltratadas têm menos de 6 meses e 1/3 têm idades compreendidas entre os 6 meses e os 3 anos). (Golden e colab., 1989)<sup>7</sup>.
- **Aspecto geral negligente e deprimido** (triste, malnutrida e suja).
- **Comportamento de pavor ou de timidez excessivo** (gestos de defesa quando alguém se aproxima; paragem brusca da actividade com a elevação do tom; ligação fácil a estranhos procurando refúgio).
- **Atitude dos pais desadequada à situação** (despreocupação excessiva ou uma preocupação em demasia).
- **Atraso na solicitação dos cuidados médicos** (por medo ou por desinteresse) ou o pedido de consulta ser por outro motivo.
- **Hospitalizações frequentes por quadros clínicos semelhantes** (com uma adaptação óptima ao meio hospitalar – *Hospitalite do Síndrome da Criança Maltratada* e com muito boa evolução do quadro clínico. As lesões só reaparecerão após o regresso a casa).
- **O desconhecimento peremptório dos pais face às lesões do filho** (histórias pouco convincentes para explicar o traumatismo; discordância entre os dados colhidos na anamnese e o exame objectivo; contradição nas versões verbalizadas pelos pais em separado; a responsabilização frequente de uma terceira pessoa, geralmente o irmão mais velho).
- **Contusões múltiplas, unilaterais, com distribuição e formas típicas, em diversos estados de evolução** (testemunhando cenas de ataque de repetição).
- **Fracturas com distribuição ca-**

**racterística: múltiplas, unilaterais e em vários estadios de evolução** (o estudo radiológico do esqueleto evidencia o estado da relação pais-filho).

O diagnóstico de maus tratos é difícil de estabelecer, sendo necessário muito tacto, sensibilidade e prudência por parte de toda a equipa de saúde envolvida.

É de ressaltar o facto de que sempre que se suspeite de um caso de maus tratos infantis, impõe-se o despiste de outros diagnósticos diferenciais (osteogénese imperfeita, sífilis congénita, escorbuto, púrpura trombocitopénica idiopática, eritema multiforme, etc), a fim de se evitar *falsos rótulos* a pais inocentes.

#### **Modo de actuação face a uma criança vítima de maus tratos**

Sempre que haja suspeição clínica de maus tratos numa criança, é desejável o seu internamento, ainda que a sua situação clínica não o justifique. Isto para evitar que uma situação clínica aparentemente benigna evolua para uma situação mais grave, só porque não foram prestados os devidos cuidados gerais em casa. O internamento também permite estudar melhor o processo de diagnóstico social, que levará ao encaminhamento posterior da criança e da sua família.

Após o internamento, o médico deverá contactar de imediato o serviço social, que irá proceder a uma avaliação social da família e que irá efectuar a participação à Comissão de Protecção de Menores ou ao Tribunal de Menores.

É importante referir que a forma como toda a equipa de saúde irá efectuar a sua primeira abordagem, vai influenciar de modo decisivo o êxito da sua intervenção. Os técnicos de saúde deverão saber reprimir os seus sentimentos de reprovação

e nunca deverão censurar ou julgar.

Uma boa técnica de entrevista com a família começará por realçar que o seu caso não é único e que o problema será tratável desde que aceite a ajuda oferecida e se inicie o processo de recuperação.

A abordagem deverá ser sempre multidisciplinar com equipas idealmente constituídas por: Médico de Família, Pediatra, Assistente Social, Psiquiatra ou Psicólogo e Enfermeiro, o que permitiria efectuar uma avaliação Bio-Psico-Social completa.

As conclusões nunca se deverão tirar numa primeira abordagem do problema, dado tratar-se de um processo dinâmico que se vai desenrolando num contexto terapêutico.

O tribunal efectuará, em alguns casos, paralelamente uma investigação do processo do ponto de vista social e jurídico.

Só quando a avaliação global for concluída numa primeira etapa, é que se dará alta à criança e se encaminhará, transitória ou definitivamente, para a família de origem, sempre com uma vigilância local atenta efectuada pela equipa multidisciplinar dos Cuidados de Saúde Primários, e usando todos os recursos na comunidade existentes ao dispôr.

Só num caso de falência irreparável da função parental é que a criança não será dada à família biológica. Estudos (Kappelle e colab, 1979)<sup>7</sup> apontam que só em 1 a 2% dos casos é que as famílias são irreparáveis. Nestes casos interna-se a criança numa instituição ou dá-se para adopção. Esta solução implica sempre uma decisão do Tribunal.

Os mesmos estudos supracitados referem que 80 a 90% das famílias maltratantes têm capacidade de reabilitação, após tratamento adequado intensivo; 10 a 15% das famílias são controladas com uma vigilância

atenta e continua, até que a criança cresça e se saiba defender por meios próprios. Este apoio sistemático passa pelo ensinamento às mães e ajuda nas tarefas domésticas, pela integração das crianças em infantários ou em actividades de tempo livre de apoio, pela integração dos pais em grupos de convívio, pelo tratamento anti-alcoolico, psicoterapia individual e terapia de grupo.

Uma solução bem aceite por todos é o apoio da família alargada. Dá-se a criança à avó ou à tia, que se responsabilizará (transitória ou definitivamente) pela educação da criança. Isto garante uma continuidade no receber de cuidados efectivos por parte da criança, continuando paralelamente a dar-se apoio ao agregado familiar, no sentido de a preparar para uma reinserção da criança à *posteriori*, sempre que for possível.

Outra alternativa é recorrer às famílias de acolhimento, o que requer uma constante colaboração por parte do Serviço Social e do Centro Regional de Segurança Social. Neste caso a criança é visitada regularmente pelos pais biológicos e continua-se a dar apoio à família biológica.

De referir que se a criança tiver alta para a família de origem, sem qualquer intervenção a nível familiar e sem qualquer sistema de protecção e de vigilância organizado à criança, estudos (Kappelle e colab; 1979)<sup>7</sup> referem que 50% daquelas serão mortas e 25% ficarão com sequelas graves em consequência de novas agressões.

Desta forma o regresso à casa de origem só será possível:

- **Se o agressor saiu de casa ou se está separado da família.**
- **Se a criança já tem idade para pedir ajuda a terceiros quando estiver numa situação análoga.**

- *Se a criança puder frequentar o infantário ou uma ama durante o dia.*
- *Se houver uma vigilância atenta e contínua, por parte de uma equipa de saúde que irá acompanhar a família.*

Ressalvam-se ainda algumas considerações importantes:

- *O problema dos maus tratos existe e só se conseguirá solucionar com o apoio de todos os que lidam de perto com ele (equipa de saúde, familiares, vizinhos, professores e educadores).*
- *Devem-se respeitar as famílias maltratantes! Nem sempre os maus tratos traduzem falta de amor! Muitas vezes é um conjunto de factores adversos à sua volta que os induzem a tomar atitudes de violência incontida, e de que vêm a arrepende-se à posteriori. Tem que se saber manter a confidencialidade das revelações efectuadas pelas famílias e nunca aquelas deverão ser punidas!*
- *A avaliação da situação e a tomada de decisão deverá ser sempre o resultado de um trabalho de equipa multidisciplinar que se presta à família biológica. Este trabalho difícil deverá ser sempre continuado e deverá recorrer-se a todos os apoios (humanos e materiais) existentes na comunidade.*

### Conclusão

Para terminar, tem que se sensibilizar a Comunidade com lucidez, persistência e pragmatismo, de que maltratar uma criança é crime.

A actual legislação diz que um cidadão que presencie um mau trato infantil pode e deve denunciar os responsáveis. É sua obrigação moral.

Todos os técnicos de saúde, a nível local ou central, directamente envolvidos com uma criança maltratada, devem sentir-se responsabilizados na resolução deste complexo

problema e sempre com um triplo objectivo:

- *Tratamento médico e psíquico da criança maltratada.*
- *Identificação de novos casos existentes na família maltratante.*
- *Orientação e reabilitação da família e da criança.*

O Médico de Família, como agente prestador de cuidados de saúde mais próximo da comunidade e usufruindo de um prestígio social que lhe é reconhecido pelas pessoas da comunidade que serve, pode e deve assumir aqui um papel crucial: no diálogo directo com cada família alvo, na implementação de medidas de protecção primária a nível social e pedagógico. Isto para além das medidas de prevenção primária, secundária e terciária no campo da medicina, que são da sua responsabilidade.

Só assim se conseguirá uma actuação eficaz e definitiva no binómio crianças maltratadas/famílias maltratantes.

«O Amor Materno não é mais do que um sentimento humano  
E como todos os sentimentos  
é incerto, frágil e imperfeito!»

*E. Badinter*

### Referências Bibliográficas

1. Canha, J. – Criança Maltratada – O Papel de Uma Pessoa de Referência na Sua Recuperação – Estudo Prospectivo de 5 Anos – 1998; (1): 15-47.
2. Sá, P. – A Solidão e a Violência na Criança – 1999; (22): 303-308.
3. Galhardo, J.A. – Maus Tratos À Criança – Colecção Crescer nº13; 1994; (2): 31-58).
4. Araújo, H.S. – A Violência na Família – Rev. Port. de Pedopsiquiatria; 1991; (2): 43-55.
5. Gomes, J.P. – Stress e Violência na Criança e no Jovem – Faculdade de Lisboa; 1999; (9):139-144; (10):145-152; (17): 235-248; (19):265-278; (23):309-316;

(24):317-324; (27):349-364.

6. Brandão, A.G. – A Criança Maltratada – Diagnóstico e Perspectivas em Portugal – Rev. Nascer e Crescer; 1992; (3): 161-163.

7. Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria – A Criança Maltratada – 1998; (5): 23-33.

8. Silva, P.; Pinho, F. – S.O.S. – Violência Infantil – Rev. Saúde Infantil; 1998; (20):61-63.

9. Moura, E. – Síndrome de Munchausen por Procuração – Rev. Saúde Infantil 2000;(22):75-81.

10. Angelina, P. – Abuso Sexual – Rev Nascer e Crescer;2000; (9):110-117.

### Agradecimentos

A autora agradece sinceramente toda a preciosa colaboração prestada pelo Sr. Dr. António Ferreira de Carvalho, Director do Centro de Saúde de Vagos e Chefe de Serviço de Saúde Pública.

E agradece, de igual modo, à Sra. Dra. Dulce Fátima Lopes Seabra, Assistente Graduada de Saúde Pública, a exercer no Centro de Saúde de Aveiro, pela atenção e colaboração prestadas.

Recebido em: 15/07/2001

Aceite para publicação em: 18/12/2001

### Endereço para correspondência:

Rua Mariano Ludgero, 19  
Esgueira.  
3800 – Aveiro  
Telefone: 234 313 948



**CHILD ABUSE****ABSTRACT**

**Introduction:** *Studies on battered/abused children have so far been either of local scope or mere case studies which reach the public through the media. Still, they seem to be just the «tiny tip» of the iceberg of the actual prevalence of child abuse. This theme review also aims to raise the awareness of health professionals of a problem that is still underdiagnosed in this country.*

**Methods:** *Artides published in the past five years were selected from Medline. Textbooks and recent scientific journals were also looked up to organise knowledge and provide grounding for action plans.*

**Review:** *An historical and sociological approach to the theme is used. The clinical features of the various types of child abuse are extensively described, and a broad range of hints to child abuse is presented. Finally, adequate action plans to approach abused children and abusing families are dealt with.*

**Conclusion:** *Our communities have to be made aware that child abuse is indeed a crime. Every health professional directly involved in a case of child abuse should feel responsible for the resolution of this rather complex problem. Family doctors, as health providers working close to the community, can and should take up a major role in the prevention of this social ill.*

**Key-words:**

**Child Abuse; Abusing Families; Battered Child**