

Maus tratos a crianças e adolescentes. Chegou o momento de dizer «basta!»

MÁRIO CORDEIRO*

Os maus tratos a crianças e jovens são um dos problemas mais importantes entre os que afectam a qualidade de vida na infância e na adolescência, com consequências a vários níveis, designadamente no futuro das pessoas envolvidas.

As agressões físicas, o abuso sexual e a negligência grave, nas suas diversas expressões, incluindo o trabalho infantil, as crianças obrigadas a ser mendigos, e tantas outras situações de desrespeito pela Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, que tem valor de Lei em Portugal, são formas infelizmente bem conhecidas mas que, muitas vezes, por motivos sociais e culturais vários, passam «ao lado» dos profissionais e dos cidadãos em geral. São disso exemplo os abusos sexuais, assunto de extrema sensibilidade, em que as pessoas se sentem pouco à vontade e em que revelam dificuldades na gestão dos casos, como ficou bem demonstrado no actual episódio de pedofilia na Casa Pia.

Os maus tratos sempre existiram, mas isso não serve de argumento para tolerarmos mais um só, que seja. Por outro lado, a sociedade evoluiu, num caminho de promoção do bem-estar e de defesa dos direitos das pessoas, sendo, todos nós, cada vez mais sensíveis a estes assuntos. Cada criança maltratada é um caso a mais. E é um caso intolerável. Choca-nos. Porventura há

alguns (não muitos!) anos, o atropelo dos direitos das crianças, o abuso sexual, o incesto e a pedofilia, passavam sem grandes alaridos. Mesmo quando eram do conhecimento das pessoas ou dos profissionais, gerava-se um muro de silêncio, maneira de gerir uma situação incômoda, mas que acabava por ser uma convivência com um crime. As vítimas remetiam-se ao silêncio, por medo dos agressores e de não serem entendidas, ou até acusadas, pelos outros membros da família ou da comunidade. Os agressores, por razões óbvias. Os outros membros da família, designadamente os cônjuges dos agressores, porque sentiam que estava em causa o seu papel, e também por medo e por estarem na mais completa dependência económica. Mas as coisas mudaram e os crimes de maus tratos são crimes e são «crimes públicos» ou «semi-públicos» – qualquer pessoa que saiba de um caso tem o dever de o denunciar às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em risco (CPCJR) às autoridades policiais ou aos tribunais (ou através da Linha SOS criança – 217 931 617).

Actualmente, em Portugal, os maus tratos são um assunto em que não pode haver cedência de princípios ou de valores mas, bem pelo contrário, tem que haver uma actuação exigente e sem margem para dúvidas. Mesmo quando os autores são os pais ou é o Estado, que tantas vezes maltrata de maneira directa ou indirecta. O assunto é difícil,

*Professor de Pediatria
e de Saúde Pública
Faculdade de Ciências Médicas –
Universidade Nova de Lisboa

porque nos confronta com as nossas próprias vivências, com o lado mais hediondo da condição humana e porque é sempre difícil aceitar que são os próprios pais ou as pessoas próximas, que supostamente nos deveriam defender, os primeiros a trair a criança. Antropologicamente, é dos estranhos que recemos todos os perigos. Mas, ao contrário do título de um famoso filme, aqui «o pecado não mora ao lado».

O que é que poderemos então fazer? A atitude a tomar perante os maus tratos tem de ser sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais. Mas o conhecimento de um caso, mesmo que duvidoso, deve ser transmitido à CPCJR ou a qualquer das outras autoridades policiais ou judiciais. Isso inclui todos os casos em que a criança é agredida fisicamente, molestada na sua liberdade sexual, exposta a perigos que poderão pôr em risco a sua integridade física ou psicológica, ou sempre que não lhe são providas as suas necessidades fundamentais (alimentação, vestuário, vacinas, prevenção de acidentes, segurança, escola, afecto e amor...).

A prevenção dos maus tratos, nas suas diversas vertentes e apresentações, é possível, desejável e urgente. Se muitas das acções são da responsabilidade do Estado e das instâncias sociais, os cidadãos, individualmente e nas famílias, na profissão ou na sociedade, podem fazer muito para diminuir este flagelo.

Não podemos ficar a olhar para os maus tratos a crianças e a adolescentes como espectadores, ou como se «os maus estivessem do outro lado». Estamos todos, em maior ou menor grau, envolvidos no problema. Mas podemos, se quisermos, saltar para o lado da solução. As crianças e os adolescentes agradecem e merecem.

MAUS TRATOS – DEFINIÇÃO GERAL

Os maus tratos e abusos a crianças e

adolescentes, corporizados em maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência a vários níveis, ou na exploração (comercial, laboral ou outra), constituem crimes, por violação dos direitos fundamentais da pessoa, expressos na Constituição da República, na Convenção sobre os Direitos da Criança, que tem força de lei em Portugal, e em muitas leis e diplomas legais.

Os maus tratos podem resultar em lesões físicas, psicológicas ou sociais a curto, médio e longo prazo, podendo marcar, de forma indelével, a vida das crianças e dos adolescentes. Deste modo, o seu impacto ultrapassa o presente, «manchando» o futuro e o potencial da criança, em termos de vida, sobrevivência, qualidade de vida, desenvolvimento da personalidade, da dignidade e do seu papel social e nos diversos ecossistemas.

Os maus tratos atingem, assim, de forma quase sempre indelével, o bem-estar físico e o psicológico, mas também as relações interpessoais, a vivência da sexualidade, a responsabilidade, a confiança e a gestão do poder.

Quando existe uma situação de mau trato observa-se sempre uma quebra ou, pelo menos, uma perturbação marcada dos laços de afecto, com humilhação, violência, exercício de formas perversas de poder, ausência de empatia, falta de sensibilidade ao sofrimento e, também, um comportamento pautado por fingimento, mentira e obsessão.

ALERTA PARA O PROBLEMA

A Sociedade Portuguesa está mais alerta relativamente à questão dos maus tratos. Várias mudanças de paradigmas, atitudes e práticas têm ocorrido nas últimas décadas, contribuindo para uma evolução marcada em termos de vivência da cidadania e dos direitos das pessoas, com a respectiva expressão no quadro legislativo e penal. Entre os

vários factores que contribuíram para a mudança de paradigmas contam-se: diminuição da natalidade, resultante directo das medidas de planeamento e responsabilização familiar, modificações na estrutura e arquitectura familiar, promoção dos direitos humanos e da criança, tendência para uma sociedade mais humanista, consciência social de que os maus tratos também nos dizem respeito, evolução das tradições (designadamente da moldura aceitável de castigos a aplicar a crianças e adolescentes), aumento do conceito de cidadania e respectiva vivência prática, e desenvolvimento de suportes e redes sociais.

Resulta também, claro, de às crianças ser reconhecido o direito de cidadania, devendo, por exemplo, participar nas decisões da comunidade, merecer respeito, compreensão e amor, tendo que lhes ser atribuídos recursos de acordo com as suas necessidades, para que possam realmente beneficiar da protecção jurídica, psicológica e económica a que têm direito. Os maus tratos são, assim, numa sociedade que se deseja «civilizada», um problema de vivência ou de carência de cidadania, na sua expressão mais plena.

A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

A Convenção sobre os Direitos da Criança foi aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 1989, e ratificada por Portugal (Presidente da República, Assembleia da República e Governo) em 1990. Este documento tem força de Lei no nosso país (tal como a Constituição da República) e qualquer acção que fira qualquer artigo da Convenção deve ser combatido e revogado.

A aplicação da Convenção é supervisionada pelas Nações Unidas, e Portugal elabora Relatórios multidisciplinares regularmente – o I Relatório foi

entregue e discutido em 1994, e o II em 1999, já elaborado no âmbito da Comissão Nacional dos Direitos da Criança.

Para além da Constituição da República e da Convenção, existem diversos outros documentos que defendem os interesses e os direitos das crianças, no princípio legal de que os maus tratos constituem um atentado aos direitos, liberdades e garantias fundamentais e, portanto, um crime.

QUE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS?

Um dos primeiros problemas que se colocam ao analisarmos este problema é a relativa ausência de dados epidemiológicos fidedignos e representativos, dado que, antes mesmo das inúmeras questões logísticas relacionadas com a metodologia de investigação, a própria «definição de caso» é controversa. Por outro lado, como ter estatísticas se o problema é de detecção recente e, em muitos locais, ainda é aceite ou tolerado? E embora os maus tratos a crianças não sejam de agora, as estatísticas esbarram com as fragilidades da história e da cultura. Deste modo, torna-se difícil estimar a real incidência e prevalência, bem como a respectiva caracterização, o que poderia ter interesse prático, quanto mais não fosse para desfazer ideias preconcebidas, como por exemplo pensar que os maus tratos só ocorrem em nas classes sociais mais desfavorecidas ou que o abuso sexual é sempre cometido por estranhos.

Por outro lado, este não é um assunto que se possa estudar com a metodologia científica habitual, existindo numerosos vieses, entre os quais os componentes morais e emocionais que rodeiam este assunto.

Provavelmente a maioria dos casos nunca chega ao conhecimento das autoridades e, quando chegam os casos graves, não quer dizer que sejam os únicos que se possam ser nocivos deixar sequelas.

Finalmente, não existe um método de rastreio fiável que tenha um número aceitável de falsos negativos e falsos positivos. Assim, a prevenção encontra-se dificultada. Estaremos então condenados a «notificar» os casos que, fatalmente, acontecerão, sem poder desenvolver medidas preventivas? Se é verdade que os dados que temos são apenas a ponta do icebergue, ou nem isso, porque não sabemos a dimensão do icebergue, também sabemos que há factores de risco que poderão ser globalmente reduzidos, e factores protectores que deverão ser potenciados.

Os dados com que trabalhamos, apesar de escassos, provêm dos hospitais e centros de saúde, da polícia, dos tribunais, das CPCJR da segurança social e das instituições que recolhem crianças – a limitação de fontes constitui, portanto, um vício. Mas, por outro lado, é material e tecnicamente impossível realizar inquéritos a amostras «representativas», com uma metodologia aceitável – os inquéritos realizados a adultos, por exemplo, com o objectivo de detectar os que foram abusados, esbarram com diversos obstáculos, como o efeito do tempo, as idiosincrasias da memória e o «branqueamento» defensivo por parte das vítimas.

QUE OLHAR SOBRE OS MAUS TRATOS?

É, pois, praticamente impossível, com a sabedoria actual, ter uma metodologia aceite, correcta e eficaz para conhecer pormenorizadamente a situação. Mas mesmo vivendo num certo «nevoeiro epidemiológico», a divulgação de casos e a discussão de metodologias de intervenção, seja em cursos e acções de formação, em artigos, ou nas «conversas de café», podem contribuir, em muito, para aumentar a consciencialização das pessoas e ajudar a criar as respostas profissionais adequadas.

Em Portugal, um dos primeiros es-

tudos sistematizados foi conduzido pelo Dr. Fausto Amaro, do Centro de Estudos Judiciários, em Lisboa, na década de oitenta, o qual estimou existirem, em Portugal, cerca de 30.000 novos casos por ano (23.000 de negligência, 6.000 de abuso físico e 1.000 de abuso sexual); crê-se, contudo, que este número é muito inferior ao número de casos reais. Mais recentemente, um estudo realizado sob a égide da Assembleia da República, traçou um quadro bastante aflitivo da realidade portuguesa. Existem alguns estudos pontuais, realizados no âmbito da Saúde e da Segurança Social, mas a maioria dos dados existentes são locais e muito focalizados. O INE, na classificação da mortalidade (CID9 e 10), também tem uma rubrica que refere os óbitos por maus tratos, e o IGIF coordena o sistema de registo electrónico dos GDH (hospitalizações por Grupos de Diagnóstico Homogéneos) – todos estes sistemas têm grandes vícios e incorrecções, referindo frequentemente as entidades clínicas e não a causa subjacente (por exemplo: «fracturas» e não «agressão física»). Contudo, nota-se um esforço para melhor conhecimento dos casos e das suas especificidades, única forma de conseguir desenhar serviços e respostas, bem como atitudes e medidas preventivas. A estabilização das estruturas de protecção de menores permitirá, seguramente, um conhecimento muito mais aprofundado da realidade portuguesa.

TIPOS DE MAUS TRATOS

MAUS TRATOS FÍSICOS

Os maus tratos físicos são agressões à integridade física e resultam numa lesão física actual ou futura. Resultam directamente de uma interacção negativa (ou da falta de uma interacção positiva necessária), da responsabilidade de uma pessoa que tem com a criança uma posição de poder, tutela ou confiança.

Não se medem pela qualidade nem pela quantidade.

A tipologia das lesões é variável, desde equimoses, fracturas, queimaduras (líquidos, água, cigarros, metais, etc), a feridas e lacerações ou lesões externas e internas, podendo atingir a pele, os órgãos internos ou os olhos, crânio, genitais, abdómen, boca, nariz e orelhas. São comuns as lesões intracranianas, designadamente as lesões oculares, muitas vezes isoladas e, portanto, mais imperceptíveis, como no chamado «*shaken baby syndrome*», em que a criança é violentamente abanada pelos ombros, podendo daí resultar hemorragias retinianas graves ou lesões cerebrais com consequências nefastas.

São sinais suspeitos de estarmos na presença de um mau trato físico, os seguintes:

- fracturas em crianças com menos de 18 meses
- estado geral negligenciado
- distribuição característica das fracturas, correspondendo a um padrão de acção violenta (torcer, pontapear, puxar com força, morder, etc)
- equimoses e lesões típicas de agressão – em locais que não estão habitualmente expostos aos pequenos traumas das brincadeiras (região tibial)
- lesões de várias «idades», ou seja, que aconteceram em diversos períodos da vida da criança
- episódios repetidos de «acidentes», sobretudo quando se percebe uma discrepância entre o tipo de «acidente» e o tipo de lesão (por exemplo, história de queda por escadas abaixo com fracturas de torção)

Existem também sinais e sintomas não específicos mas que, se integrados no contexto, poderão orientar para o diagnóstico:

- alterações recentes e intensas do comportamento (choro, tristeza, desaparecimento dos comportamentos lúdicos)
- desinvestimento escolar

- medo brutal e incontrolável dos adultos
- atitude defensiva quando um adulto, por exemplo, levanta a mão

MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS

Os maus tratos psicológicos definem-se como a falha em fornecer um ambiente de apoio apropriado ao desenvolvimento, incluindo a disponibilização de uma figura de referência que possa assegurar estabilidade das competências emocionais e sociais. Podem ser passivos ou activos, com elevada probabilidade de deixar marcas indeléveis mentais, cognitivos, espirituais, morais ou sociais.

Nem sempre se revelam de um modo evidente, dado que podem não estar associados a marcas físicas, mas tão somente a ameaças, castigos, achincalhamento, esmagamento da auto-estima, exigências desproporcionadas de maturidade em crianças pequenas, falta de afecto, indiferença e constante humilhação.

Os sintomas e sinais estão geralmente associados a perturbações da personalidade e do comportamento, revelando-se geralmente na escola ou jardim infantil, quer por tristeza, alheamento, desinteresse e apatia, quer por agressividade, excitação e excesso de apego aos professores.

Os maus tratos psicológicos deixam sequelas graves, por um lado porque são mais escondidos e porque, assim, perduram mais tempo, por outro lado porque moldam modelos de comportamentos e de valores, os quais enformam a vida futura, tendo uma elevada probabilidade de se repetirem quando as actuais crianças forem pais.

Negligência

Define-se «negligência» como a falha em prover às necessidades da criança ou do adolescente, em qualquer dos campos – saúde, educação, requisitos para o crescimento e para o desenvolvimento, abrigo, segurança ambiental, conforto,

etc... – que, em situação normal, devem ser asseguradas pelos cuidadores. Há que distinguir o não provimento das necessidades por impossibilidade dos pais (pobreza, miséria, ignorância) dos casos em que há dolo, ou seja, em que os pais estão bem cientes do que a criança precisa e não dão provimento a essas necessidades. A negligência pode ser praticada, não apenas pelos pais, mas também pelos profissionais, pelas instituições e pelo Estado.

A negligência, embora menos chamativa e mediática, pode ser tão prejudicial como os maus tratos e abuso, pois impede que a criança se desenvolva de forma plena de acordo com o seu potencial e pode levar a situações de risco de vida; as crianças têm um potencial genético e que só o atingirão se o ambiente lhes proporcionar as respostas aos requisitos básicos e às necessidades fundamentais – saúde, educação, alimentação, afecto, prevenção de doenças, promoção de estilos de vida saudáveis, etc...

SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN (POR PROCURAÇÃO)

O nome desta síndrome, cada vez mais frequente, foi retirado do nome do Barão de Munchausen, que viveu no século XIX, e que ficou famoso pelas suas parvoíces, invenções e histórias.

O termo «síndrome de Munchausen» por procuração foi identificado há cerca de 20 anos e, desde então, surgiram centenas de registos de casos e artigos. Diz-se «por procuração», porque não é a própria criança que «inventa» os sintomas ou sinais desta síndrome. Como resultado da síndrome de Munchausen, as vítimas são submetidas a inúmeros exames e tratamentos, por vezes muito cruentos, ou então são levados praticamente todos os dias aos serviços de saúde, com queixas várias veiculadas pelos pais. Na maioria dos casos, é a mãe que insiste que o seu filho está doente ou, inclusivamente, quem pro-

voca a sua doença. Esta mãe «devota» é de uma presença «formidável», assiste a criança, está no hospital nas vinte e quatro horas do dia, aceita os exames de diagnósticos e tratamentos e, numa primeira abordagem, parece ser uma excelente aliada dos profissionais de saúde.

São geralmente pessoas com alguns conhecimentos «médicos», sabem dar alguma congruência à história, e revelam-se peritos em simular sintomas e inventar sinais de doença, que podem ir desde «sangue» na urina, «febre» (por aquecimento do termómetro numa lâmpada) até episódios de «apneia» (por sufocação com uma fralda).

Poucos outros comportamentos são tão enigmáticos como este. Trata-se de uma procura de atenção dramática, mas em que o abusador pretende ficar com o papel de “herói da história”. Pode haver também um componente de desafio relativamente aos médicos e à Medicina, mas o que existe em comum é uma grande incapacidade de gerir o *stress*, e uma componente de perturbação acentuada da personalidade, com tendências destrutivas.

A síndrome de Munchausen por procuração é um caso de mau trato, pelo que a protecção da criança é essencial. Trata-se de um caso grave, com uma elevada taxa de mortalidade (algumas casuísticas referem 10%) e deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais, embora a grande dificuldade resida na existência de dezenas de situações que podem ser fabricadas ou induzidas, designadamente através da manipulação de fármacos e tóxicos. E um obstáculo sério é o cuidado que se tem que ter a formular esta hipótese de diagnóstico, pelo risco de estar a não valorizar uma doença real e, por outro lado, a acusar uma pessoa injustamente.

São sinais de suspeita, por exemplo:

- uma diferença entre a história relatada e o que se observa, ou o que faria sentido encontrar-se;

- sintomas e sinais que não respondem ao tratamento, conforme seria de esperar;
- os problemas aparecerem ou aumentarem quando está presente o abusador, e desaparecerem quando este se afasta;
- os problemas recrudescerem sempre que se diz ao abusador que a criança está melhor e que vai ter alta, ou que se vai esperar e não fazer mais exames e tratamentos.

Podem traçar-se algumas linhas gerais do «perfil» do abusador, embora não sejam características de rastreio ou sinais patognomónicos:

- são geralmente mães, tidas como «normais» e até «muito bem vistas na sociedade»;
- são pessoas manipuladoras, convincentes, mentirosas, mitómanas, com explicações para tudo;
- com conhecimentos de saúde, incluindo profissionalmente (muitas destas mães são enfermeiras ou paramédicas);
- revelam interesse relativamente ao estado de saúde da criança, mas não uma grande ansiedade ou o grau de preocupação que seria de esperar perante uma criança que «não melhora»;
- só admitem os factos quando extensamente provados;
- mantêm o comportamento, mesmo quando sob suspeita – frequentemente até se tornam mais perigosas;
- podem ter perturbações mentais detectáveis, mas na maioria das vezes são consideradas «pessoas normais»;
- podem encontrar-se histórias anteriores semelhantes, delas ou de outros familiares;
- mantêm uma boa relação com os profissionais de saúde, mas reagem mal se os exames e tratamentos diminuem, e se se perspectiva uma alta;
- reagem bem se forem o centro das atenções e forem elogiadas pelo seu excelente papel de mães;
- sob suspeita, podem alterar, estrate-

gicamente, os seus comportamentos e iniciar uma escalada de fabrico de sintomas, que pode pôr em risco a vida da criança.

Os profissionais deverão estar atentos a casos em que:

- há múltiplos problemas médicos que não responderam ao tratamento e que não se enquadram num *puzzle* lógico;
- se regista uma «impossibilidade» na evolução da doença;
- há uma relação muito directa entre os sintomas e a presença do abusador, e entre a sua ausência e a ausência deste;
- as boas notícias são interpretadas pelos abusadores como más notícias (devendo, no entanto, salvaguardar-se a existência do que poderíamos chamar «síndrome da orfandade» de muitos pais, natural no momento da alta e do regresso a casa, quando ficam sem o apoio dos profissionais de saúde);
- a mãe «toma conta de tudo» (parecendo ser um excelente apoio e alívio nas rotinas dos profissionais) mas precisa de atenção «fanaticamente» e reage mal se não for elogiada como «a melhor das mães»;
- a história familiar revela casos de doenças prolongadas ou graves em familiares, que mobilizaram a atenção dos restantes membros da família;
- influência da TV e dos noticiários (os sintomas coincidem com «casos» recentemente descritos nos media).

VIOLÊNCIA INTERPARES

A violência interpares é um fenómeno crescente e pode revelar-se de muitas formas, mas constitui, também, uma forma de maus tratos, se bem que um pouco diferente dos que são exercidos por adultos.

Estudos realizados pela Universidade do Minho revelaram que em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países europeus, existe uma elevada prevalência deste tipo de violência, que se pode expressar de várias formas e

com vários gradientes: desde humilhação (desdenhar, gozar com o nome ou com as roupas, etc...), ostracismo, agressão verbal, tentativa de fazer da criança um «bode expiatório» na sala de aula ou no recreio, até agressão física, terror psicológico e mesmo sistemas «mafiosos» de pagamentos e servidões.

Torna-se importante detectar estas situações, nas escolas e noutras locais frequentados por grupos de crianças. Muitas vezes, o medo e a chantagem fazem com que as crianças não falem do assunto aos pais ou professores, mas não apenas pelo receio de represálias dos abusadores, como também por crerem não serem tidas como estando a falar a verdade.

A violência interpares pode pôr em causa o bem estar presente e as potencialidades futuras, designadamente a performance académica e social. Importa, pois, identificar e caracterizar o problema, designadamente através de estudos científicos, e elaborar estratégias de prevenção.

Para além dos problemas de sobrelotação das escolas e do ambiente pouco promotor de comportamentos saudáveis e respeitadores, uma das questões mais candentes é a falta de empatia e de entendimento que o sofrimento dos outros também é, de alguma forma, o nosso próprio sofrimento. Algumas estratégias preventivas têm-se revalidado eficazes, como elaborar estudos de situação em escolas e, posteriormente, divulgar e debater os resultados desses estudos com os alunos, sem atitudes acusatórias mas tentando que sejam os próprios a acertar estratégias, designadamente com os professores. Esta metodologia reduz o número de agressores e dá às vítimas mais apoio e sensação de poder, passo essencial para vencer. Os profissionais de saúde, actuando nas escolas, deverão também tentar resolver algumas causas basais (como a desadequação dos espaços e das estruturas escolares, a gestão dos tempos

e dos recreios, etc...). O desenvolvimento de comportamentos assertivos, num espírito de «acção comum» é uma boa via para a diminuição da violência interpares.

COMO ACTUAR PERANTE UM MAU TRATO?

A abordagem dos casos de maus tratos, suspeitos ou certos, é sempre muito delicada. É prioritário defender e proteger a criança, designadamente a sua vida e saúde, tendo em conta que mesmo os casos aparentemente «suaves» podem, rápida e inesperadamente, aumentar de gravidade, pondo em risco a integridade física e psicológica da criança. A protecção da criança passa sempre pela protecção do seu «melhor interesse». Neste sentido, a recuperação da família deverá ser um passo e um objectivo essencial. Os profissionais de saúde não são juizes e, assim, devem abster-se de juizes de valor. Uma actuação firme não é incompatível com uma visão mais a longo prazo e de envolvimento da família, mesmo que os abusadores devam ser denunciados pela prática de crime.

A denúncia das situações é obrigatória, mas existem diversos patamares, desde as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco aos Tribunais, passando pelas autoridades policiais e pelas instituições de apoio à criança. Temos que estar cientes de que o envolvimento local, além de ser mais fácil, também permite, logo de início, pensar nas estratégias e soluções a longo prazo, que terão que ser dadas a esse mesmo nível. Cada caso é um caso, e deverá ser a equipa que decide, em cada um, a quem comunicar o facto.

É fundamental, pois, perante um caso de mau trato, actuar bem, no sentido de compreender o que está em jogo, os vários interesses e personagens em questão e os «graus de liberdade» das eventuais soluções.

Os profissionais deverão sempre trabalhar em equipa, quer para garantia de uma melhor resposta, quer para defesa de si próprios – este assunto é um dos muitos em que não se admitem erros ou incorrecções, ou uma atitude «de facilitismo», já que o que está em causa centra-se num equilíbrio muito instável, e também porque o desgaste psicológico dos próprios profissionais é muito grande.

O FUTURO

O futuro das crianças e adolescentes depende de inúmeros factores, ocorrências e vivências positivas e negativas, bem como dos factores de risco e dos factores protectores e da resiliência própria de cada um, a que se juntam características genéticas e da personalidade. Assim, apesar de os maus tratos representarem uma perturbação brutal e trágica na vida de uma pessoa, temos que ter em conta que ser abusado ou negligenciado não é a única má experiência que se pode ter na infância e que pode influenciar o desenvolvimento da pessoa.

O efeito negativo (ou não) da experiência depende, pois, de numerosos factores – relacionados não apenas com o abuso em si, mas também com todo o envolvimento, factores protectores, resiliência e tipo de resposta dos adultos, profissionais e serviços. Não é obrigatório, pois, ficar-se «marcado» para a vida inteira.

É claro que a criança tem diversos mecanismos de viver os acontecimentos trágicos, como sejam ignorá-los, brancá-los ou esquecer-los. Contudo, esta «estratégia» pode levar a um mau «luto» da situação, e ao re-aparecimento de «fantasmas» do abuso, muitas vezes bastante mais tarde na vida da pessoa e, assim, ainda mais difíceis de ultrapassar. Sublimar o episódio e aprender a viver com o evento obriga ao desenvol-

vimento da maturidade e da capacidade de gestão do *stress*. Isto obriga, por outro lado, a um apoio psicológico a longo prazo. No caso de adolescentes, pode haver uma tentativa de mudança de personalidade e de «vida», arranjando formas de «desaparecer» e trocando o contexto humano e ambiental por outro que não evoque as más recordações nem os envergonhe. É uma estratégia possível, mas que não garante que não possam re-aparecer os ditos «fantasmas», até porque, mais cedo ou mais tarde, algo nesta «nova vida» vai fazer recordar a vida que se deixou. Quando o mau trato é infligido por um familiar ou pessoa próxima, as crianças podem ficar desconfiadas e passar a pautar as relações inter-pessoais por este sentimento e pela amargura, o que também não é uma solução adequada em termos de qualidade de vida e de bem-estar.

Recentemente, tem-se dado particular atenção aos achados da neurobiologia que revelam, sem margem para dúvidas, o efeito biológico dos maus tratos a nível cerebral, nomeadamente diminuição do crescimento do hemisfério esquerdo, aumento do risco de depressão, irritabilidade do sistema límbico, com episódios de pânico e *stress* pós-traumático, menor crescimento do hipocampo e risco de perturbações dissociativas e da memória.

Existem vários factores que influenciam o desenlace a longo prazo, nomeadamente: a idade e a associação com os períodos críticos de desenvolvimento; quem foi o abusador; se se verbalizou a angústia e qual a resposta das pessoas envolvidas; o grau de violência e a duração do abuso; e ainda muitos outros factores envolvidos e adicionais, como o grau de humilhação, a «normalidade» dentro da cultura e da comunidade, a reacção de outros membros da família e de pessoas amigas, a possibilidade e capacidade de expressão dos sentimentos negativos, construtivamente, etc...

Os maus tratos a crianças e adolescentes são uma patologia complexa, multifactorial, com grandes áreas de desconhecimento científico, e onde se jogam as facetas mais agudas e, por vezes, perversas da condição humana e das relações interpessoais. Ao contrário de uma doença orgânica, não existe uma solução na ponta da caneta ou no bloco de receitas. As soluções são mais escassas e exíguas do que os problemas, que todos os dias se tornam mais conhecidos, nas suas diversas apresentações. Cabe-nos, como profissionais de saúde e como cidadãos, actuar com rigor, seriedade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede transdisciplinar, tentar proteger a criança e o seu melhor interesse, à luz dos direitos da cidadania, tão bem expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOTA PRÉVIA: Existem numerosos documentos, artigos, capítulos de livros e tratados sobre a problemática da criança maltratada. Tratando-se de um tema tão vasto, e com inúmeras vertentes, aconselha-se o leitor a pesquisar, por si, as áreas que mais interesse lhe despertem, designadamente na Internet.

Ficam, no entanto, aqui, algumas recomendações, de obras generalistas ou de sites que permitem uma visão global dos problemas mencionados nestes artigos.

- A criança maltratada – ed. Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa: 1987

- Instituto de Apoio à Criança. Guia dos Direitos da Criança. 2ª ed. IAC; Lisboa: 1990.

- Strauss P, Manciaux M et al. *L'enfant maltraité*. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. Paris: 1993.

- Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The battered child*. 5th ed. The University of Chicago Press; Chicago: 1997.

- Abusos sexuais em crianças e adolescentes. Associação para o Planeamento da Família; Lisboa: 1997.

- Presidência do Conselho de Ministros. II Relatório de Portugal sobre a aplicação da Convenção dos Direitos da Criança. Imprensa Nacional; Lisboa: 1999.

- Material de Apoio do II Curso dobre maus Tratos na Infância e na Adolescência. ESCA – Espaço de Saúde da Criança e do Adolescente; Lisboa: 2003.

- Committee on Child Abuse and Neglect. Medical necessity for the hospitalisation of the abused and neglected child. *Pediatrics* 1998; 101: 715-6.

- Committee on Child Abuse and Neglect. When Inflicted Skin Injuries Constitute Child Abuse *Pediatrics* 2002; 110: 644-5.

- Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-91.

- Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries—Technical Report. *Pediatrics* 2001; 108: 206-10.

- Child Abuse: Medical Diagnosis and Management. 2ª Ed. Reece RM, Ludwig S (eds). Boston: 1994.

<http://www.aifs.org.au/nch/bib/menu.html>

<http://www.napcan.org.au/>

<http://www.preventchildabuse.org/>

<http://www.childabuse.org/>

<http://www.ndacan.cornell.edu/>

<http://www.aacap.org/publications/facts-fam/sexabuse.htm>

<http://www.jimhopper.com/abstats/>

<http://www.mbpexpert.com/definition.html>

<http://www.shpm.com/articles/parenting/hsmun.html>