

MAUS-TRATOS INFANTIS

A Realidade de um Hospital Distrital!

Paula NUNES, Isabel RAMINHOS

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos infantis são uma realidade, que em Portugal ainda se desconhece a verdadeira incidência.

População e métodos: Estudo retrospectivo por consulta dos processos de crianças internadas por maus-tratos na Enfermaria de Pediatria e na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E no período compreendido entre um de Janeiro de 2006 a 30 de Junho de 2008. Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, idade, ano de internamento, tempo de internamento, tipo de mau trato, agressor, toxicod dependência na família, idade materna, entidades intervenientes no processo, medidas de promoção/protecção aplicadas.

Resultados: Amostra de 65 crianças, com discreto predomínio do sexo masculino (35/65) e maioritariamente < 1 mês (n = 39). O maior número de internamentos ocorreu em 2007 (n = 34) e em 77% dos casos tiveram duração inferior a um mês. Em 30,8% das crianças foi praticado mais do que um tipo de mau trato e a negligência o mais praticado, em 80% dos casos, seguido dos maus-tratos físicos em 20%. O agressor pertence quase sempre à família nuclear (59/65), sendo a mãe em 41,5% dos casos. Havia pelo menos um dos progenitores com hábitos toxicod dependentes em 27,7% das crianças e 13,8% das mães eram adolescentes. O apoio junto dos pais foi a medida de promoção e protecção aplicada em 43% das crianças e duas crianças foram adoptadas. Em 80% dos casos houve intervenção da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e seis casos foram solucionados apenas pelo serviço social do hospital.

Conclusões: A detecção precoce de factores de risco, gravidez na adolescência e toxicod dependência, entre outros, acompanhamento dos mesmos e sinalização de situações de perigo constituem uma obrigação profissional das instituições de saúde e deve ser estimulada. Apesar dos esforços em actualizar o suporte social e o enquadramento legal destas situações, a prevalência de maus-tratos mantém-se elevada.

P.N., I.R.: Serviço de Pediatria.
Hospital São Bernardo. Setúbal

© 2010 CELOM

SUMMARY

CHILD ABUSE

A District Hospital's Reality!

Introduction: In Portugal child abuse is a reality, although its true incidence is still unknown. **Population and methods:** Retrospective study by consulting child abuse processes of children hospitalized in Paediatric Nursery and Neonatal Special Care Unit of *Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E* between January 1, 2006 and June 30, 2008. The following variables were studied: sex, age, year of hospitalization, length of stay, type of abuse, aggressor, drug abuse in family; mother's age, entities involved in the process and the applied measures to promote and/or protect.

Results: Sample of 65 children, with discrete predominance of male (35/65) and mostly < 1 month (n = 39). The largest number of hospitalizations was in 2007 (n = 34) and in 77% of the cases the length of stay was less than one month. It was practiced more than one type of abuse in 30,8% of the cases, negligence being the most practiced, in 80% of cases,

followed by physical abuse, in 20%. The aggressor belongs almost always to nuclear family (59/65), being the mother in 41,5% of cases. There was at least 27,7% cases of children with parental drug abuse and 13, 8% with adolescent mothers. The support near the parents was the measure of promotion and protection applied in 43% of children and two children were adopted. In 80% of the cases, there was intervention of the *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens* and six cases were solved just by the social services of the hospital.

Conclusions: The precocious detection of risk factors such as pregnancy in the adolescence and drug abuse, among others, as well as the follow-up and signalling of dangerous situations are professional obligations of health institutions and must be stimulated.

In spite of efforts in updating the social support and the legal framing of these situations, the prevalence of child abuse remains high.

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis podem causar sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais, ou mesmo provocar a morte¹. Proteger uma criança pode ser uma complexa e emotiva tarefa para todos aqueles que as rodeiam, mas deve ser uma prioridade na comunidade médica.

Apesar da constante divulgação de casos de maus-tratos a informação é incompleta, desconhece-se a real incidência e as medidas que são aplicadas nestes casos¹⁻⁶.

Em Portugal foi depois dos anos 80 que se começou a dar especial atenção a este problema através de várias instituições como o Instituto de Apoio à Criança, Centro de Estudos Judiciários e a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria que promoviam acções de sensibilização junto da opinião pública^{1,2,7,8}. Em 1991 foram criadas as Comissões de Protecção de Menores dependentes das autarquias e em 1992 foi delegada uma abordagem multidisciplinar médico-sócio-jurídica nos núcleos de apoio à família e à criança em vários hospitais^{2,7,8}. A intervenção por parte dos hospitais foi se estabelecendo e o tema é actualmente bastante debatido nas diversas vertentes: médica, sociológica e jurídica².

Em Portugal nalgumas regiões, tal como acontece em outros países, ainda se acredita que os castigos físicos são sinal de disciplina e devem ser preservados^{2,4,7,9-11}.

Os maus-tratos são mais frequentes em famílias com más condições socioeconómicas, baixa escolaridade, promiscuidade, estilo de vida desorganizada, no entanto podem ocorrer em todos os estratos sociais^{1,2,5,10-12}. Os factores de risco inerentes à criança são: prematuridade, idade inferior a três anos, doenças crónicas, anomalias ou deficiências congénitas, hiperactividade, irrequietude ou outras perturbações do comportamento e insónia^{1,2,12}.

O agressor é geralmente um familiar, quem detém a guarda, ou quem presta cuidados, na maior parte dos casos, a mãe^{1,2}.

É fundamental a intervenção nos casos de maus-tratos, uma vez que o fenómeno da violência tende a reproduzir-se de geração para geração e a perpetuar-se indefinidamente^{2,4,11}.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Apresenta-se um estudo descritivo retrospectivo dos casos de crianças internadas com o diagnóstico de maus-tratos na Enfermaria de Pediatria e na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E no período compreendido entre um de Janeiro de 2006 a 30 de Junho de 2008.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, ano de internamento, tempo de internamento, tipo de mau trato, agressor, toxicoddependência na família, idade materna, entidades intervenientes no processo, medidas de protecção/promoção aplicadas.

Foram estudados os diversos tipos de maus-tratos: negligência, mau trato físico incluindo a síndrome da criança abanada ou *shaken baby*, abuso sexual, mau trato psicológico, síndrome de *Munchausen* por procuração e abandono.

Negligência é um conceito de grande abrangência e que colocou algumas dificuldades de definição, pelo que, no nosso estudo foi considerada a incapacidade de assegurar os cuidados básicos de higiene, alimentação, afectos, ou vigilância de saúde, a falta de supervisão de crianças menores de dez anos, que coloque em risco o desenvolvimento físico ou psíquico da criança.

Considerámos mau trato físico qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores

ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provocou dano físico.

Síndrome da criança abandonada diagnosticou-se pela existência de hematoma subdural, de hemorragias retinianas ou fracturas ósseas na forte suspeita de terem resultado de abanões violentos.

Abuso sexual ocorreu quando houve envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades sexuais, com um adulto ou pessoa mais velha, geralmente sob coacção da força ou ameaça, confirmado pelo exame clínico ou pela descrição da vítima.

O mau-trato psicológico ocorreu quando verificámos incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Verificámos abandono, nas situações em que crianças pequenas foram deixadas aos cuidados do hospital sem haver qualquer interesse no seu acolhimento por parte dos pais ou família.

Excluimos os casos em que por desconhecimento, ignorância ou carência de meios não eram prestados ou assegurados os cuidados mínimos de sobrevivência e nos quais não foi encontrada intencionalidade consciente ou inconsciente para praticar o acto.

RESULTADOS

No período compreendido entre um Janeiro de 2006 a 30 de Junho de 2008 foram internadas 65 crianças com o diagnóstico de maus-tratos. O número de casos no ano de

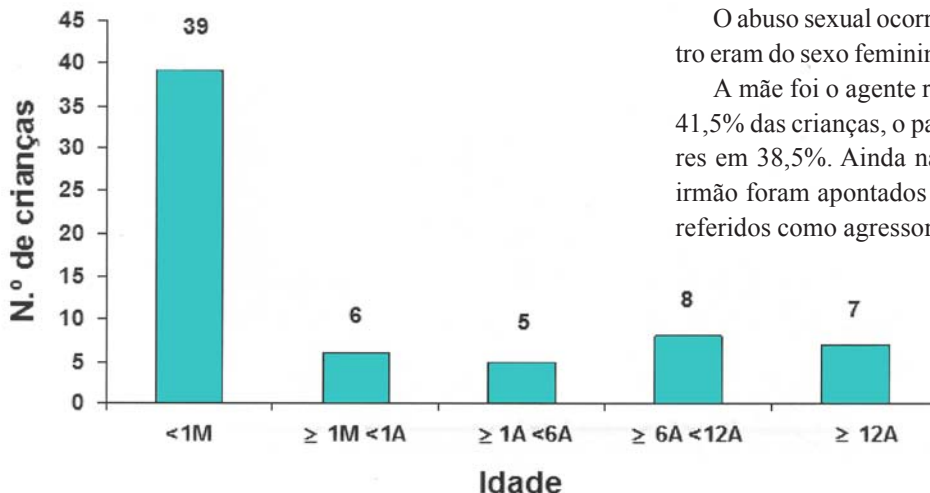


Fig. 1 – Caracterização da amostra por idade (n = 65)

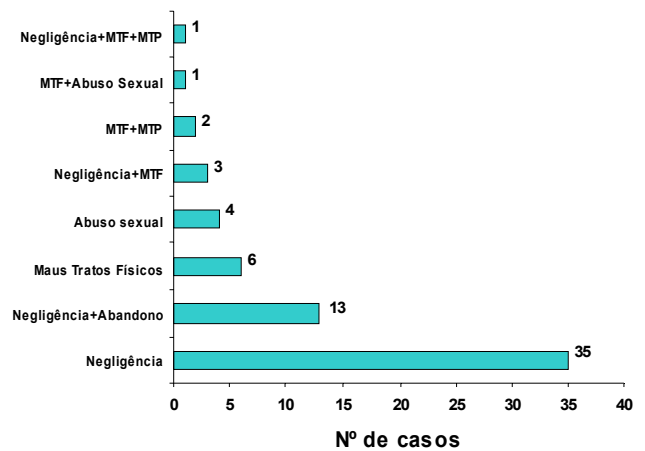


Fig. 2 – Caracterização dos tipos de maus-tratos praticados (n = 65)

MTF – maus-tratos físicos; MTP – maus-tratos psicológicos

2006 foi de 19; 34 em 2007 e 12 casos em 2008 (no período de seis meses).

Houve um discreto predomínio do sexo masculino 35 crianças (54%) e 30 do sexo feminino (46%).

As crianças foram agrupadas por idades como apresentado na figura 1. A duração do internamento foi inferior a um mês em 77% dos casos, em 18,4% teve uma duração entre um e três meses, e foi superior a três meses em 4,6% das crianças.

A caracterização dos tipos de maus-tratos praticados está apresentada na figura 2. Houve um caso de Síndrome de *Shaken Baby*. Em 30,8% dos casos foi praticado mais do que um tipo de mau trato. Não foi encontrado nenhum caso de Síndrome de *Munchausen* por procuração.

Analisando os casos em que ocorreu abandono (n = 13), verificou-se gravidez na adolescência em três casos, desemprego em quatro casos e toxicod dependência em três.

O abuso sexual ocorreu em cinco crianças, destas, quatro eram do sexo feminino.

A mãe foi o agente responsável pelos maus-tratos em 41,5% das crianças, o pai em 7,7% e ambos os progenitores em 38,5%. Ainda na família nuclear, o padrasto e o irmão foram apontados ambos em 3% dos casos. Foram referidos como agressores em 1,5% dos casos: a avó ma-

terna, o vizinho e o namorado. Também em 1,5% das crianças não se conseguiu determinar quem foi o agressor.

No que diz respeito aos factores de risco, em 27,7% dos casos pelo menos um dos pro-

genitores era toxicodependente e 13,8% das mães eram adolescentes.

Verificámos que nalguns casos houve intervenção simultânea de mais do que uma entidade na resolução do processo. Em 80% dos casos houve intervenção da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) com aplicação de medida através de acordo de promoção/protecção. Foi necessária a actuação do Tribunal de Família e Menores em 27,7% dos casos e em 9,2% das crianças apenas foi solicitada a intervenção do serviço social do hospital.

Em 43% dos casos foi possível manter a criança na família nuclear, o apoio junto da família alargada foi solicitado em 29% das crianças. Os centros de acolhimento temporário foram o destino de 25% destas crianças. E em dois casos foram adoptadas.

DISCUSSÃO

É difícil comparar os dados do nosso estudo com outros estudos retrospectivos uma vez que as definições utilizadas e a população estudada foram diferentes, no entanto procuraremos analisar comparativamente algumas variáveis.

A distribuição quanto ao sexo mostrou um discreto predomínio do sexo masculino (54% sexo masculino *versus* 46% sexo feminino) resultado concordante com outros estudos que referem não existir diferença, ou apontam um ligeiro predomínio do sexo masculino^{2,3,5,6,12,13}. Quanto à prevalência do género no abuso sexual, a amostra é reduzida, mas nos cinco casos que ocorreram, quatro foram no sexo feminino, tal como verificado em estudos de maiores dimensões^{2,3,6,7,10}.

Sabe-se que os maus-tratos atingem todas as faixas etárias sendo os lactentes o grupo de maior risco^{2,12}. No nosso estudo verificou-se um elevado número de crianças maltratadas com idade inferior a um mês o que se explica pela ocorrência nesses casos, de negligência detectada logo ao nascimento, história de consumos de drogas durante a gravidez, mães jovens cuja gravidez não foi desejada nem vigiada^{6,11}.

Tivemos acesso ao número de casos de maus-tratos que foram participados pelos centros de saúde do concelho e pelo Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, à CPCJ de Setúbal, no ano de 2006 foram 72 casos e internados 19; no ano de 2007, 88 casos foram participados e 34 internados e no primeiro semestre de 2008, 20 casos foram participados e 12 crianças internadas. O número superior de casos participados em relação aos internados deve-se a situações em que não foi necessário o internamento para retirar a criança de uma situação de perigo.

A duração do internamento foi na maior parte dos casos, 77%, < 1 mês e em apenas 5% teve duração superior a três meses. O prolongamento do internamento deveu-se sobretudo à morosidade do processo judicial e à inexistência de centros de acolhimento temporário. No estudo da Jeni Canha² a duração do internamento por maus-tratos foi < 15 dias, em 54%, teve duração entre 15-30 dias em 24% e foi > 30 dias em 22%. Num estudo comparativo entre internamento por maus-tratos e acidentes não intencionais, o tempo médio de internamento foi significativamente superior (9,3 *versus* 3,8 dias) nas crianças maltratadas¹² o que demonstra uma duração superior em relação a internamento por causas médicas.

A diferenciação entre caso social e negligência muitas vezes colocou-nos algumas dificuldades, uma vez que não existe uma definição globalmente estabelecida para negligência, o que se pode traduzir numa prevalência bastante dispare⁹. Analisando os resultados verificámos que a associação de mais do que um tipo de mau trato foi frequente, tal como apontam outros estudos^{1,5}. A negligência que representou o tipo de mau trato mais frequentemente praticado, associou-se a outros tipos de maus-tratos em 71% dos casos. Uma vez que o nosso estudo analisou os casos internados na UCEN e em que obtivemos um elevado número de crianças < 1 mês de idade, neste grupo foi praticada fundamentalmente a negligência. Num relato do *Centers for Disease Control* (CDC) correspondente ao período de Outubro de 2005 a Setembro de 2006 foram estudados os casos de maus-tratos investigados nas agências *Child Protective Services* (CPS) dos Estados Unidos na população de crianças até um ano de idade. As crianças maltratadas que tinham < 1 mês representavam 38,8% da amostra e destas 84,3% tinham < 1 semana de vida. O tipo de mau trato mais frequente nesse estudo foi a negligência em 68,5% dos casos e os maus-tratos físicos ocorreram em 13,2%⁶. Resultados muito semelhantes aos observados no nosso estudo.

Pensamos que ainda existe muito trabalho a desenvolver no âmbito dos cuidados de saúde primários. A estes serviços, pelo contacto privilegiado com a população cabe-lhes uma acção fundamental na prevenção e acompanhamento das famílias com factores de risco, de modo a reduzir drasticamente os internamentos por negligência grave e maus-tratos físicos.

O diagnóstico de mau trato psicológico ocorreu apenas em dois casos, julgamos que este valor esteja subestimado sobretudo pela dificuldade em estabelecer este diagnóstico, tal como referido na literatura⁷.

Neste estudo o número de casos de abuso sexual correspondeu a 7,7% da amostra, valor ligeiramente inferior

aos citados em outras casuísticas hospitalares em que a prevalência está entre 10-25%.

Foram também frequentes neste estudo os casos de abandono, igualando até o número de casos de mau-trato físico, julgamos que isso se deve, à população residente no distrito de Setúbal atravessar graves dificuldades financeiras, apresentar uma elevada taxa de desemprego, toxicodependência e gravidez na adolescência.

Verificámos que o agressor pertence quase sempre à família nuclear ou é uma pessoa próxima da criança, quer nas situações de maus-tratos físicos, quer no abuso sexual, o que está de acordo com os dados de outros estudos^{1-3,11}.

Encontrámos uma prevalência de mães adolescentes e toxicodependência superior à referida no estudo de Jeni Canha, respectivamente de 6% e 7%², o que poderá estar relacionado com os problemas sociais desta área geográfica já referidos anteriormente.

No que diz respeito à crescente preocupação em manter a criança no âmbito da família nuclear, este estudo demonstrou valores semelhantes aos encontrados na série de Reece¹² e Canha² em que o apoio junto dos pais ocorreu em 43% e 50% dos casos respectivamente.

Nesta população a intervenção da CPCJ teve um papel importante. No futuro mais esforços deverão ser empregues pelas entidades com responsabilidade em matéria de infância e juventude para que estes casos sejam resolvidos no âmbito da comunidade sem necessidade de intervenção da CPCJ ou do Tribunal de Família e Menores.

CONCLUSÃO

As instituições de saúde têm responsabilidade na detecção precoce de contextos e factores de risco, bem como no acompanhamento dos mesmos e na sinalização das situações de perigo. Todos os profissionais de saúde no âmbito das suas competências podem ser confrontados com situações de maus-tratos em crianças e jovens, sendo sua obrigação profissional a participação das situações às autoridades competentes, quando a resolução ultrapassa o âmbito dos serviços a que pertence.

Nenhum quadro clínico é patognomónico de maus-tratos, mas há que estar atento aos sinais de alarme.

No futuro é fundamental a acompanhar as famílias com factores de risco em especial as grávidas adolescentes e pais toxicodependentes com o objectivo de prevenir novos casos de maus-tratos. A intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude devem ser estimuladas a intervir com o objectivo de diminuir os casos que necessitam de actuação da CPCJ e dos tribunais.

Apesar da constante preocupação e actualização do

sistema social e legal de protecção de crianças e jovens, a instabilidade permanente sócio-económico-cultural da sociedade em que vivemos permite que a prevalência de maus-tratos se mantenha elevada no século XXI.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a colaboração de Madalena Ramos e Sandra Santos da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Setúbal.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

- FIGUEIREDO C: A criança e o jovem em risco. Acta Pediatr Port 2001;32:301-6
- CANHA J: Criança maltratada. Coimbra: Quarteto 2000
- THEODORE A, CHANG J, RUNYAN D, HUNTER W, BANGDIWALA S, AGANS R: Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. Pediatrics 2005;115(3):331-7
- JORGE A, LEÇA A, PERDIGÃO A et al: Maus-tratos em Crianças e Jovens. In: Saúde DGD, editor 2007
- HUSSEY J, CHANG J, KOTCH J: Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. Pediatrics. 2006;118:933-942
- CDC: Nonfatal maltreatment of Infants – United States, October 2005-September 2006. In: Services HaH, editor: MMWR 2008;336-9
- LOBO-FERNANDES MJ: Criança Maltratada e Negligenciada – Aspectos Médicos. Rev Port Pediatr 1989;20:311-321
- SAMPAIO V, BENTA V, MARTINEZ A, GRAÇA F, ALEGRIA A, AMORIM R: O lactente vítima de maus-tratos – da suspeição ao diagnóstico. Saúde Infantil 1997;19(1):65-72
- MAY-CHAHAL C, CAWSON P: Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. Child Abuse Neglect 2005;29:969-984
- AMARO F: Aspectos socioculturais dos maus-tratos e negligência de crianças em Portugal. Rev Port Pediatr 1989; 20:323-6
- GOMES R, DESLADES SF, VEIGA MM, BHERING C, SANTOS JFC: Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. Cad Saúde Pública 2002; 18(3):707-714
- DISCALA C, SEGE R, LI G, REECE RM: Child Abuse and Unintentional Injuries - A 10-Year Retrospective. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:16-22.
- STARLING S, HOLDEN J, JENNY C: Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. Pediatrics 1995; 95:259-262



Hospital São Bernardo. Setúbal