

Criança em Risco

Estudo Multicêntrico

Grupo coordenador: Maria José Vale (HSOliveira), Teresa Borges (HGSA), Ana Alexandrino (MJDinis), Camila Gesta (HMPia), Conceição Casanova (CHVilaConde/PóvoaVarzim), Nuno Lunet (FMUP), Clara Paz Dias (HSOliveira)

Grupo de colaboradores: Rosa Areias (MJDinis), Joana Rios, Teresa Andrade (CHAMinho), Fátima Madruga (HDFZagalo), Virgínia Monteiro, Isabel Loureiro (HSMiguel), Isabel Paulo, Conceição Casanova (CHVilaConde/PóvoaVarzim), Ana de Lurdes Aguiar, Maria Manuel Lopes, Clara Lago (HPHispano), Nicole Silva, Alexandre Monteiro, Henedina Antunes (HSMarcos), Lurdes Lisboa, Margarida Martins (HIDPedro), Rute Lopes, Cláudia Lima (HCMPia), Susana Lira (HPAmérico), Nilza Ferreira, Vânia Martins, Isabel Peixoto (CHVReal/PRégua), Ângela Miguel Lima, Dina Carvalho, Eva Chaves, Ana Paiva Chaves, Reis Morais (HDChaves), Marta Rios, Luísa Caldas (HGSAntónio) Catarina Magalhães, Isaltina Vitorino (HSOliveira), Luís Filipe Torres (HLamego)

Objectivos: Caracterizar as crianças em risco ou maltratadas identificadas nos hospitais da região Norte de Portugal e conhecer os mecanismos de protecção à criança existentes nessas instituições.

Material e Métodos: Foram avaliadas as crianças com idade inferior a 18 anos, referenciadas ao Serviço Social em 2005, através da consulta retrospectiva dos processos clínicos/sociais. Foi calculada a proporção de crianças classificadas como estando em risco ou tendo sido maltratadas. Compararam-se as características dos indivíduos em que se observaram os diferentes tipos de mau trato e risco através da prova do χ^2 ou do teste exacto de Fisher.

Resultados: Participaram no estudo quinze hospitais; cinco tinham Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco. Das 804 crianças, 53,2% eram do sexo masculino e 68,3% tinham menos de 3 anos. Os motivos de sinalização foram: risco (79,4%), negligência (20,5%), mau trato físico (5,4%), mau trato psicológico (3,7%), abandono (5,6%) e abuso sexual (3,5%); 25% das crianças já tinham sido referenciadas ao Serviço Social. Foi pedido o acompanhamento da Comissão Protecção Crianças Jovens em Risco em 30,1% e do Tribunal de Menores e outras instâncias judiciais em 14,5% dos casos sinalizados. Os casos de maus tratos ou risco foram mais frequentemente perpetrados pela mãe (88,2%) e pelo pai (55,2%). Comparativamente com outras

formas de mau trato, o abuso sexual foi mais frequente em crianças do sexo feminino (6,3% vs 1,2%, $p < 0,001$) e mais frequentemente perpetrado por Desconhecidos (31,6% vs 2,8% $p < 0,001$) ou Outros (27,5% vs 1,9% $p < 0,001$).

Conclusão: A elevada percentagem de crianças sinalizadas por risco traduz uma maior preocupação dos profissionais de saúde com esta problemática, embora seja necessário uniformizar os critérios de referenciação e protocolar a recolha de informação referente à criança, família e caracterização do mau trato.

Urge melhorar o funcionamento das equipas de intervenção social e permitir que as medidas de protecção instituídas sejam cumpridas.

Palavras-chave: mau trato, criança, risco.

INTRODUÇÃO

Foram necessárias profundas modificações culturais, sociais e de sensibilidades, para que a perspectiva face à criança levasse ao reconhecimento da sua individualidade e dos seus direitos próprios.

Não surpreende que só no final do segundo milénio a criança passe a ser vista como um ser social, integrante e pilar fundamental da sociedade. O reconhecimento e valorização do papel da família e do ambiente no seu desenvolvimento tornaram-se indiscutíveis e a Pediatria Social passou a assumir um papel de especial relevo.

Em 1959 é elaborada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a declaração dos direitos da criança. No entanto, o seu reconhecimento jurídico como sujeito de direito surge em 1989, na Assembleia-geral da ONU, com a aprovação da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990 em Assembleia da República. Desde então têm-se multiplicado os esforços no sentido de promover os direitos civis, económicos, sociais e culturais da criança bem como de a proteger de “qualquer acto ou omissão que a perturbe gravemente, ameaçando a sua integridade corporal, o seu desenvolvimento físico, afectivo, intelectual e moral e cujas manifestações são o grave descuido e/ou lesões de ordem física, psíquica, sexual, perpetradas por familiares ou outras pessoas que cuidem da criança” (Conselho de Europa, 1981).

Tal como em outros países, o sistema judicial português tem evoluído de forma a acompanhar os progressos da Pediatria Social. Isto tem permitido o estabelecimento de uma estreita relação entre os tribunais e os hospitais, onde com maior frequência são identificados novos casos.

Os avanços científicos na identificação dos maus tratos infantis não se fizeram acompanhar por uma protecção mais eficaz destas crianças. É fundamental alertar a consciência da comunidade e dos órgãos de soberania, bem como

promover a formação dos profissionais de saúde para que, em conjunto, se previna a ocorrência do mau trato e em última instância este seja diagnosticado precocemente diminuindo as sequelas do mesmo e prevenindo as recorrências.

Este estudo teve como objectivos caracterizar as crianças em risco ou mal tratadas identificadas nas instituições hospitalares da região Norte de Portugal, em particular a tipologia do mau trato ou risco a que foram sujeitas e as suas características sócio-demográficas, bem como conhecer os recursos médicos e sociais que estas unidades de saúde diferenciadas têm ao seu alcance para lhes prestarem os cuidados necessários.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram convidados a participar neste estudo os Serviços de Pediatria e de Pedopsiquiatria de todos os hospitais da região Norte de Portugal.

A amostra foi constituída por todas as crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos, para as quais foi pedido o parecer do Serviço Social (crianças sinalizadas) no ano civil de 2005.

Os dados inerentes à criança foram obtidos através de um questionário individual, preenchido nas unidades hospitalares participantes tendo por base a consulta retrospectiva dos processos clínicos/sociais de cada uma das crianças identificadas. Neste questionário procedeu-se à caracterização da criança (idade, sexo, posição na fratria), da família (tipo de família, idade dos pais, profissão, grau de escolaridade, fonte de rendimento), da habitação (saneamento básico, localização) e do mau trato (data da ocorrência, tipo, perpetrador, local de sinalização, necessidade de internamento, orientação e factores de risco).

Os questionários que tinham as mesmas iniciais do nome, data de nascimento e sexo foram comparados para averiguar se se referiam ao mesmo participante. Nos casos em que existia mais do que um inquérito para a mesma criança incluiu-se no estudo apenas a informação relativa ao episódio mais recente.

Definiu-se risco como qualquer circunstância que atente contra o bem-estar físico, psíquico e social da criança.

Entendeu-se como mau trato contra a criança a perpetração de um dano psicológico, físico ou sexual (de forma intencional, não acidental), cometida por sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. A negligência consiste na incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos, de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normais. Abandono é a privação da criança, de um meio familiar normal e securizante, por opção dos seus cuidadores, ficando esta entregue a si própria, não tendo quem lhe assegure a satisfação das necessidades básicas e de segurança. O mau trato psicológico resulta da incapacidade de proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados. Nele inclui-se a ausência de afecto, a hostilização verbal, a depreciação, as ameaças, as humilhações ou a violência familiar que originando um ambiente de maior instabilidade, insegurança, terror ou medo, se pode repercutir no comportamento, rendimento escolar, sono ou qualquer outra actividade da vítima. O abuso sexual consiste no envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e/ou mais forte.

A informação relativa à instituição foi obtida através de um questionário, também preenchido na unidade de saúde participante, onde se averiguou se esta tinha Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco, normas de actuação perante uma criança em risco ou mal tratada, consulta de pediatria de acompanhamento das crianças referenciadas ao Serviço Social, psicólogo e assistente social integrados no Serviço de Pediatria.

Foi calculada a proporção de crianças que foram classificadas como estando em risco ou tendo sido vítimas dos diferentes tipos de mau trato anteriormente definidos. Foram comparadas as características dos indivíduos em que se obser-

varam os diferentes tipos de mau trato e risco através da prova do χ^2 ou do teste exacto de Fisher quando adequado.

RESULTADOS

Participaram no estudo interinstitucional da "Criança em risco" quinze hospitais que preencheram 820 questionários referentes a crianças sinalizadas por risco ou mau trato: Maternidade Júlio Dinis, Porto (n = 80), Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (n = 17), Centro Hospitalar do Alto Minho, Viana do Castelo (n = 16), Hospital Dr. Francisco Zagalo, Ovar (n = 21), Hospital de S. Miguel, Oliveira de Azeméis (n = 31), Hospital de S. Marcos, Braga (n = 33), Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde (n = 52), Hospital Infante D. Pedro, Aveiro (n = 6), Hospital de Crianças Maria Pia, Porto (n = 58), Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (n = 41), Centro Hospitalar Vila Real/Peso Régua (n = 30), Hospital Distrital de Chaves (n = 31), Hospital Geral de Santo António, Porto (n = 108), Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães (n = 295) e Hospital Distrital de Lamego (n = 1). Dos hospitais participantes cinco tinham Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco cujo tempo de funcionamento variava entre 7 e 16 anos. Nos restantes hospitais, cinco possuíam normas de actuação perante uma criança em risco ou mal tratada, quatro tinham uma consulta de pediatria de acompanhamento das crianças sinalizadas, seis possuíam assistente social destacado para o Serviço de Pediatria e dois um psicólogo.

De 820 questionários recebidos obteve-se uma amostra final de 804 crianças referenciadas ao Serviço Social. Dezasseis questionários foram excluídos porque se reportavam a diferentes episódios de uma mesma criança (registados em hospitais diferentes ou no mesmo hospital).

Das 804 crianças sinalizadas, 53,2% eram do sexo masculino. Mais de metade da amostra (68,3%) tinha idade inferior ou igual a 2 anos à data da sinalização. Aproximadamente 95% das crianças foram sinalizadas dentro do hospital (5,7% no Serviço de Urgência, 64,5% no Internamento do Serviço de Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia/Berçário,

Quadro I – Caracterização dos indivíduos sinalizados e do mau trato/risco a que foram sujeitos.

	n	%
Sexo		
Feminino	368	46,8
Masculino	419	53,2
Idade		
[0 – 28 dias]	330	42,6
[29 dias – 2 anos]	199	25,7
[3 anos – 7 anos]	91	11,7
[8 anos – 12 anos]	79	10,2
[13 anos – 18 anos]	76	9,8
Data da sinalização		
1º Trimestre de 2005	241	30,3
2º Trimestre de 2005	196	24,6
3º Trimestre de 2005	185	23,2
4º Trimestre de 2005	174	21,9
Local de Sinalização		
Serviço de Urgência	44	5,7
Internamento	496	64,5
Consulta Externa	188	24,5
Centro de Saúde	9	1,2
Escola/Infantário/Creche/ Instituição	8	1,0
Segurança Social/CPCJR/ EMAT/MP	22	2,7
Família Alargada	2	0,3
Sinalização Prévia	198	25,1
Tipo de mau trato/risco*		
Risco	638	79,4
Negligência isolada	165	20,5
Mau trato físico	43	5,4
Mau trato psicológico	30	3,7
Abandono	45	5,6
Abuso sexual**	28	3,5
Perpetrador***		
Mãe	706	88,2
Pai	442	55,2
Outro****	51	6,4
Desconhecido	19	2,4

* O total é superior a 100% porque diversas crianças sofreram mais do que um tipo de mau trato/risco (13,1% sofreram dois tipos, 2,1% três tipos e 0,2% quatro tipos);

** Suspeito ou confirmado;

*** O total é superior a 100% porque diversas crianças sofreram mau trato/risco perpetrado por mais do que um indivíduo (50,2% por dois indivíduos e 1,0% por três indivíduos);

**** Ama (n=1), família de acolhimento (n=1); namorado (n=1), professores/funcionários da escola (n=2), colega (n=3), vizinho (n=4), irmão (n=5), avó (n=8), próprio (n=8), padrasto/madrasta (n=9), tios (n=9).

24,5% na Consulta Externa). Um quarto das crianças incluídas neste estudo já tinha sido referenciado ao Serviço Social por suspeita de mau trato e/ou existência de risco. O número de episódios de sinalização descritos foi superior no primeiro trimestre de 2005 (Quadro I).

No que diz respeito ao motivo de sinalização verificou-se que 79,4% das crianças tinham sido referenciadas por se encontrarem em risco, 20,5% por terem sido vítimas de negligência, 5,4% por mau trato físico, 3,7% por mau trato psicológico, 5,6% por abandono e 3,5% por abuso sexual (suspeito ou confirmado). De salientar que 15,4% das crianças tinham sido referenciadas por dois ou mais tipos de mau trato/situação de risco (Quadro I).

Os perpetradores de mau trato ou risco mais frequentemente identificados foram os progenitores (a mãe em 88,2% e o pai em 55,2%). Cerca de 8% das crianças foram mal tratadas por outras pessoas, nomeadamente: ama, avós, tios, primos, padrasto, madrastra, irmãos,

Quadro II – Caracterização da família das crianças sinalizadas por mau trato ou risco.

	n	%
Tipo de família		
Monoparental	128	16,6
Nuclear	368	47,7
Reconstruída	30	3,9
Família alargada	182	23,6
Nuclear inserida em alargada	17	2,2
Monoparental inserida em alargada	3	4,9
Instituição*	9	1,2
Fratrã		
Número de irmãos		
Nenhum	278	36,2
Um	192	25,0
Dois	146	19,0
Três	85	11,1
Quatro	41	5,4
Cinco ou mais	25	3,3
Posição na fratria**		
Irmão mais novo	345	74,7
Irmão do meio	50	10,8
Irmão mais velho	67	14,5

* Quatro crianças estavam institucionalizadas com a mãe;

** aplicável apenas às crianças com irmãos.

vizinhos, família de acolhimento, namorado, professores, funcionários da escola, colegas (Quadro I). Em 50,2% dos episódios identificaram-se dois agressores.

O modelo de família nuclear foi o mais frequentemente observado (47,7%) seguido da família alargada (23,6%) e da família monoparental (16,6%). Cerca de 1% das crianças estavam institucionalizadas, metade das quais com a mãe biológica. Aproximadamente 60% das famílias caracterizadas tinham um ou dois

Quadro III – Caracterização socio-económica da família das crianças sinalizadas por mau trato ou risco.

	n	%
Pai		
Idade (anos)*		
< 18	9	1,7
≥ 18	531	98,3
Escolaridade (nível máximo frequentado)		
Nenhum	10	2,4
1º Ciclo	228	55,8
2º Ciclo	99	24,2
3º Ciclo	51	12,5
Secundário	15	3,7
Universitário	6	1,5
Profissão		
Trabalho manual	365	69,7
Trabalho não manual	34	6,5
Sem profissão/desempregado	110	21,0
Reformados	15	2,9
Mãe		
Idade (anos)**		
< 18	83	11,7
≥ 18	624	88,3
Escolaridade (nível máximo frequentado)		
Nenhum	32	5,4
1º Ciclo	248	42,1
2º Ciclo	138	23,4
3º Ciclo	118	20,0
Secundário	47	8,0
Universitário	6	1,0
Profissão		
Trabalho manual	174	31,0
Trabalho não manual	36	6,4
Sem profissão/desempregado	342	60,9
Reformados	10	1,8
Rendimento social de inserção	187	27,0
Habitação social	100	14,2

* Mediana=32, percentil 25=26, percentil 75=39;

** Mediana=29, percentil 25=22, percentil 75=35.

filhos. Das crianças em risco ou maltratadas que tinham irmãos, 74,7% eram os últimos da fratria (Quadro II).

Relativamente às crianças sinalizadas, a mediana da idade materna foi de 29 anos (percentil 25-percentil 75: 22-35 anos) e da idade paterna de 32 anos (percentil 25-percentil 75: 26-39 anos). De salientar que 11,7% das mães e 1,7% dos pais eram menores de idade. Quanto à escolaridade, a maioria dos progenitores tinha frequentado apenas o 1º ou o 1º e 2º ciclos (60% das mães e 80% dos pais). Observou-se uma elevada percentagem de mães desempregadas e/ou sem profissão quando comparadas com os pais (60,9% vs 21,0%) e um predomínio de profissões manuais em ambos os progenitores. Das famílias caracterizadas, 27% beneficiava do rendimento social de inserção e 14,2% residia em habitação social (Quadro III).

O episódio de mau trato ou risco que motivou o pedido de colaboração esteve associado a patologia orgânica em 45,9% dos casos e a internamento hospitalar em 61,2%. Houve necessidade de prolongar o internamento, por motivo social, em 19% das crianças sendo a mediana de dias de protelamento de sete. A orientação dada foi de vigilância no Centro de Saúde (Serviço Social e/ou Médico Assistente) em 16,6% dos casos e no Hospital (Serviço Social, Pediatra, Psicólogo, Pedopsiquiatra) em 44,7%. Foi pedido o acompanhamento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR) em 30,1% e do Tribunal de Menores e outras instâncias judiciais em 14,5% dos episódios. O apoio da Segurança Social e das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) bem como de outras instituições de carácter beneficente foi solicitado em 26,4% e 19,1% das crianças, respectivamente. A criança sinalizada foi entregue à responsabilidade do núcleo familiar original na grande maioria dos casos (73,4%), contudo houve necessidade de a colocar à guarda de famílias de acolhimento e/ou centros de acolhimento em 9,6%. Duas crianças faleceram, nos primeiros dias de vida, durante o internamento por doença não relacionada com o mau trato, (Quadro IV).

No Quadro V é apresentada a frequência com que possíveis indicadores de risco foram observados nos pais das crianças sinalizadas. Por ordem decrescente de frequência foram registados a pobreza, o desemprego, a monoparentalidade e o isolamento social ou familiar. A existência de outros filhos previamente retirados foi referida em 3,5% dos casos (Quadro V).

A criança não desejada, a gravidez mal vigiada ou não vigiada, o absentismo à consulta de saúde infantil e a doença crónica e/ou malformação foram os parâmetros, relacionados com a criança, mais frequentemente assinalados, como possíveis factores associados a situações de risco e/ou mau trato (Quadro VI).

Quando se estudou a relação entre o tipo de mau trato e o sexo da criança não se observaram associações estatisticamente significativas, com excepção do abuso sexual, que foi mais frequente no sexo feminino (6,3% vs 1,2%, $p < 0,001$), e a existência do risco que foi mais frequente no sexo masculino (82,1% vs 76,4% $p = 0,047$). Não se verificou uma associação, com

significado estatístico, entre o sexo da criança e a ocorrência de mais do que um tipo de mau trato, o perpetrador do mau trato e a existência de mais do que um agressor.

Verificou-se um aumento progressivo da percentagem de crianças que já tinham sido sinalizadas à medida que a idade aumentava (4,3% dos 0 aos 28 dias, 38,1% dos 28 dias aos 2 anos, 35,2% dos 3 aos 7 anos, 38,5% dos 8 aos 12 anos e 54,7% dos 13 aos 17 anos).

A mãe foi a perpetradora mais frequentemente identificada nas crianças mais novas, diminuindo de importância o seu papel como agressora com o aumento da idade (97,3% dos 0 aos 28 dias, 91,4% dos 28 dias aos 2 anos, 82,0% dos 3 aos 7 anos, 70,5% dos 8 aos 12 anos e 63,2% dos 13 aos 17 anos). O pai foi identificado como perpetrador do mau trato/risco em 42,2% dos recém-nascidos, tendo uma frequência como agressor variável entre 61% e 65% a partir dos 28 dias. Os Desconhecidos (estranhos à criança) bem como os Outros (elementos da família

Quadro IV – Caracterização do episódio de sinalização.

	n	%
Patologia orgânica associada	316	45,9
Internamento	490	61,2
Protelamento internamento por motivo social*	92	19,0
Orientação**		
Centro de Saúde	132	16,6
Hospital	355	44,7
CPCJR	239	30,1
Tribunal de Família e Menores/MP/EMAT	115	14,5
IPSS/Instituições beneficentes	151	19,1
Segurança Social	209	26,4
PAFAC	8	1,0
Responsável pela criança após a sinalização		
Núcleo familiar original	579	73,4
Núcleo familiar alargado	129	16,4
Centro de acolhimento	57	7,2
Família de acolhimento	19	2,4
Hospital da área de residência	3	0,4
Não aplicável (criança falecida)	2	0,2

* Aplicável apenas às crianças que necessitaram de internamento; Duração mediana do protelamento do internamento: 7 dias (percentil 25=3, percentil 75=15);

** O total é superior a 100% porque diversas crianças tiveram mais do que um tipo de orientação.

alargada da criança e/ou pessoas que lhes são próximas) assumem um papel cada vez maior à medida que aumenta a idade. Os Desconhecidos agrediram 0% dos recém-nascidos, 1,5% das crianças com mais de 28 dias e menos de 2 anos, 3,4% das crianças com idades entre os 3 e os 7 anos, 7,7% das crianças com idade compreendida entre os 8 e os 12 anos e 7,9% dos adolescentes. Os Outros foram identificados como agressores em 0,3%, 3,5%, 14,6%, 17,9% e 21%, respectivamente nas faixas etárias dos 0 aos 28 dias, dos 28 dias aos 2 anos, dos 3 aos 7 anos, dos 8 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos.

Na relação existente entre o tipo de mau trato e o perpetrador do mesmo verificou-se que, comparativamente com os outros tipos de mau trato/risco, o abuso sexual foi mais frequentemente perpetrado por Desconhecidos (31,6% vs 2,8% $p < 0,001$) ou Outros (27,5% vs 1,9% $p < 0,001$). Os agressores responsáveis por mau trato físico foram mais frequentemente Desconhecidos (26,3% vs 4,9% $p < 0,001$) e Outros (21,6% vs 4,3% $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Apesar dos nossos conhecimentos actuais relativamente ao crescimento e desenvolvimento da criança, da consciencialização da necessidade de protecção à infância e à família, a violência sobre a criança perpetua-se na nossa sociedade.

O mau trato infantil constitui uma patologia preocupante não só pela sua frequência mas, principalmente, pelas consequências que pode provocar a curto e longo prazo. Sabe-se que pode ser fatal, causar sequelas físicas permanentes e que é responsável por uma elevada morbilidade com hospitalizações repetidas e prolongadas. A longo prazo, as principais sequelas descritas são: atraso de crescimento e desenvolvimento, alterações do comportamento, problemas cognitivos, insucesso escolar, perturbações da personalidade, comportamento social de risco, aumento da delinquência e criminalidade e a transmissão do mau trato de geração em geração.

Na suspeita de mau trato a criança deve ser internada visando o afastamento do presumível agressor. Perante esta

necessidade confrontamo-nos com a dificuldade em definir mau trato. Se há situações inequívocas como o mau trato físico outras exigem um olhar mais atento já que a fronteira entre o normal e o patológico é muitas vezes difícil de estabelecer tal como se verifica no risco.

Os diversos tipos de maus tratos podem ser identificados isoladamente sendo, no entanto, mais comum a associação de mais do que um tipo de agressão na mesma criança. No nosso estudo apenas 15,4% das crianças tinham sido vítimas de dois ou mais tipos de mau trato. Tal facto poderá ser justificado pela elevada percentagem de crianças sinalizadas por risco nesta amostra.

A tipologia dos maus tratos acompanhados pela rede de comissões de protecção da criança e jovem em risco, em 2003, que acompanhou 14256 crianças¹, é semelhante à identificada nesta amostra: negligência 20,5%, maus tratos físicos e psicológicos 9,1%, abandono 5,6% e abuso sexual 3,5%. Esta distribuição parece existir também noutros países^(2,3).

Tal como noutros estudos, não se encontrou predomínio de nenhum dos

Quadro V – Características dos pais da criança maltratada ou em risco.

	n	%*
Pobreza	424	57,4
Desemprego	250	34,7
Lar monoparental	180	23,6
Isolamento social/familiar	162	22,2
Debilidade mental	130	17,5
Violência doméstica	100	14,3
Alcoolismo	93	13,4
Pai e/ou mãe adolescente	92	12,2
Toxicod dependência	91	12,5
Pais/cuidadores com antecedente de mau trato	82	12,7
Doença psiquiátrica	82	11,2
Doença crónica	72	9,8
Trabalhadores do sexo	48	6,8
Antecedentes de institucionalização	36	4,9
Marginalidade	34	4,8
Outros filhos retirados	28	3,5
Imigrante em situação ilegal	24	3,2
Criminalidade	19	2,7
Progenitor falecido	10	1,2

* Percentagens calculadas considerando apenas os participantes para os quais existe informação para cada uma das variáveis.

Quadro VI – Características encontradas em crianças maltratadas ou em risco.

	n	%*
Criança não desejada	246	39,2
Gravidez não/mal vigiada	220	32,6
Absentismo à consulta de saúde infantil	113	15,3
Criança malformada ou com doença crónica	73	9,5
Separação mãe-filho nos primeiros dias de vida	57	7,7
Abandono escolar	32	4,3
Delinquência/mendicidade	17	2,2
Antecedente de institucionalização	15	2,0
Episódios ameaçadores à vida auto-infligidos	13	1,7
Toxicod dependência	7	0,9
Ingestão voluntária de álcool	6	0,8
Tentativa de abortamento	4	0,6
Trabalho infantil	2	0,3
Promiscuidade sexual	2	0,2

* Percentagens calculadas considerando apenas os participantes para os quais existe informação para cada uma das variáveis.

sexos^(4,5,6,7,8) entre as crianças maltratadas. A realidade é diferente no que diz respeito ao abuso sexual uma vez que, à semelhança de outras séries^(9,10), no nosso trabalho 82% das vítimas de abuso sexual eram do sexo feminino.

A grande maioria das crianças (68%) tinha idade inferior ou igual a dois anos; o que pode ser explicado pelas características de maior vulnerabilidade dos mais jovens, particularmente dos lactentes, considerando-os desta forma o grupo de maior risco. Estes resultados são coincidentes aos encontrados noutras séries^(8,9,10,11,12).

Os perpetradores do mau trato/risco mais frequentemente identificados, no nosso estudo, foram os progenitores; tal facto poderá dever-se à elevada percentagem de crianças com menos de dois anos já que à medida que a idade aumenta os Desconhecidos e os Outros assumem um papel preponderante como agressores.

Observou-se uma elevada percentagem de crianças maltratadas/em risco integradas em famílias não nucleares (51,2%) provável reflexo das profundas mudanças sociológicas que têm vindo a ocorrer e para as quais os profissionais de saúde têm de estar preparados no sentido de compreender a nova dinâmica familiar em que a criança está inserida e ajudá-la a tirar o maior partido da mesma.

Os autores dividem-se quanto à maior frequência dos maus tratos infantis segundo a ordem de nascimento da criança. Alguns afirmam que são mais frequentes nos primogénitos^(6,9,13) e outros consideram de maior risco os que nascem depois de uma segunda gestação, principalmente se existir uma prole numerosa^(14,15). Na nossa série 39% tinham dois ou mais irmãos e em 75% a criança maltratada ou em risco era o último da fratria. De referir que 3,5% tinha irmãos que já tinham sido retirados da tutela dos progenitores.

O mau trato pode existir em todos os estratos socio-económicos e culturais embora seja mais frequentemente diagnosticado nas classes sociais desfavorecidas. Os nossos resultados são concordantes; salienta-se o baixo grau

de escolaridade, o predomínio das profissões manuais dos progenitores e a elevada taxa de desemprego e/ou ausência de profissão. Um quarto da amostra beneficiava do rendimento social de inserção à data da sinalização.

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (lei nº 147/99, de 1 de Setembro, alterada pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto) determina que a intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças e jovens e, apenas em última instância, pelos tribunais. A elevada percentagem de crianças orientadas para as CPCJR e para o Tribunal de Menores ou outras instâncias judiciais reflecte a gravidade das agressões atentadas, contudo a grande maioria permaneceu no seu núcleo familiar original. Acresce o facto de um quarto das crianças já terem sido previamente sinalizadas. Estas constatações devem-nos fazer reflectir sobre a eficácia da orientação e apoio dados.

Durante a realização deste estudo deparámo-nos com algumas limitações – a ausência de colaboração de alguns hospitais, a falta de registos de caracterização da família nos processos clínicos e/ou sociais, a valorização dos factores de risco em função do mau trato identificado e mesmo a sua confusão com a definição de risco, o facto da amostra ser um reflexo das diferentes sensibilidades dos profissionais que pediram a colaboração do Serviço Social em particular nas situações de risco e o desconhecimento do meio sócio-económico e cultural em que estas crianças estão inseridas – que dificultaram a extrapolação dos resultados encontrados para a população.

CONCLUSÃO

O nosso estudo permitiu conhecer algumas das características sócio-demográficas das crianças em risco ou maltratadas que foram orientadas nas instituições hospitalares participantes bem como caracterizar os maus tratos a que elas foram sujeitas.

A elevada percentagem de crianças referenciadas ao Serviço Social por suspeita de se encontrarem em risco encontrada neste estudo provavelmente traduz uma maior consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática bem como o seu esforço no sentido de intervir antes do mau trato ocorrer, prevenindo-o. Contudo a disparidade verificada nas diferentes instituições alerta para a necessidade de se uniformizarem os critérios de referência por risco.

A baixa escolaridade dos progenitores, a elevada percentagem de mães adolescentes bem como de desemprego e emprego precário relembra-nos a necessidade de se implementarem, de forma mais eficaz, os dispositivos de apoio social.

O facto de 25% das crianças deste estudo já terem sido previamente referenciadas ao Serviço Social bem como 3,5% terem irmãos que já tinham sido retirados aos progenitores (provavelmente também eles vítimas de maus tratos) chama-nos a atenção para a importância de se reorganizar e articular os organismos existentes de modo a melhorar o funcionamento das equipas de intervenção social e permitir que as medidas de protecção à criança instituídas sejam cumpridas.

CHILDREN AT RISK OF MALTREATMENT – A MULTICENTRIC STUDY

Objectives: The aims of the present study were to characterize the children at risk or maltreated identified in hospitals from the north of Portugal and to describe the child protection mechanisms available in these institutions.

Material and methods: All children aged 0 to 17 years evaluated by the Social Services during 2005, were eligible for this study. Data was obtained from retrospective consultation of the social and medical files. The proportion of children abused or at risk of maltreatment was calculated. The characteristics of individuals suffering different types of abuse or at risk of maltreatment were compared using χ^2 and Fisher exact tests.

Results: Fifteen hospitals participated in this study; five of them had

Children Protective Committees (Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco). Information was obtained for 804 children (53.2% male; 68.3% aged less than 3 years). Referral to Social Services was due to: risk of maltreatment (79.4%), child neglect (20.5%), physical abuse (5.4%), emotional abuse (3.7%), abandonment (5.6%) and sexual abuse (3.5%); 25% had had a previous referral to the Social Services.

Follow-up by Children Protective Services and Family Court were solicited in 30.1% and 14.5% of the cases respectively.

The mother (88.2%) and the father (55.2%) were the most usual perpetrators of child abuse or risk of maltreatment. Compared to other types of abuse/maltreatment, sexual abuse was more frequent among females (6.3% vs 1.2%, $p < 0,001$), and more frequently perpetrated by strangers or other persons besides the parents (27.5% vs 1.9% $p < 0,001$).

Conclusion: The high detection of children at risk of maltreatment probably reflects the health professionals concern about this subject. However it's necessary to establish uniform referral criteria to the Social Services to standardize procedures and to maintain records regarding reports and families. It's urgent to improve the coordination of Children Protective Services, law enforcement, schools, mental health and other institutions.

Key-words: maltreatment, child, risk.

Nascer e Crescer 2006; 15(4): S255-S261

REFERÊNCIAS

1. Escobar G. III Relatório sobre direitos humanos da Federação Ibero-Americana de Ombudsman (FIO). Infância e adolescência. O caso português: enquadramento normativo geral e actuação do Provedor da Justiça. Ed. Trama Editorial, Madrid, 2005.
2. May-Chacal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of the child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29(9): 969-84.
3. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006; 118(3): 933-42.
4. Taitz LS, King JM, Kussel M. Unemployment and child abuse. *Br Med J* 1987 294: 1074-6.
5. Christoffel KK. Violent death and injuries in US Children and adolescents. *Am J Dis Child* 1990; 144: 697-706.
6. Meadow R. Epidemiology. In: Meadow R. Ed. ABC of Child Abuse. London: Br Med J 1989: 1-4.
7. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995; 95: 259-62.
8. Galvão E, Ângelo MC, Alexandrino AM. Maus tratos infantis: dois anos de experiência no Hospital Maria Pia. *Nascer e Crescer* 1998; 7(1): 48-52.
9. Barroso Z. Contribuição para uma Tipologia de Maus Tratos Infantis: Síntese dos resultados obtidos num Hospital Público de Lisboa. <http://www.ces.uc.pt>.
10. Canha J. Criança Maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2000.
11. Martins P, Loureiro HC, Brito A et al. A criança maltratada e negligenciada – a experiência de um hospital distrital. *Acta Pediatr Port* 1996; 2(27): 489-92.
12. Cruz ME, Gonçalves E, Barbosa MC et al. Crianças maltratadas: a ponta do iceberg. *Acta Pediatr Port* 1997; 1(28): 35-9.
13. Hobbs CJ, Hanks H, Wyme JM. Physical abuse. In: Hobbs CJ, Hanks HGI, Wyme JM, eds. *Child Abuse and Neglect: a clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993: 47-75.
14. Wolfner GD, Gelles RJ. A profile of violence toward children: a national study. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 197-212.
15. Sharma A, Sunderland R. Increasing medical burden of child abuse. *Arch Dis Child* 1988; 63: 172-5.

CORRESPONDÊNCIA

Maria José Vale
Serviço de Pediatria
Hospital Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães
Rua dos Cutileiros – Creixomil
4800-055 Guimarães.
E-mail: mizevale@msn.com