



PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS

GUIA DE ORIENTAÇÕES
PARA OS PROFISSIONAIS
DA SAÚDE NA ABORDAGEM
DE SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS
OU OUTRAS SITUAÇÕES DE PERIGO



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



GOVERNO DA
REPÚBLICA PORTUGUESA



QUADRO
DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL
PORTUGAL 2007-2013



PROGRAMA OPERACIONAL DE
ASSISTÊNCIA TÉCNICA
FUNDO SOCIAL EUROPEU



PROTEÇÃO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE
COMISSÃO NACIONAL



GENERALITAT
VALENCIANA



SEGURANÇA SOCIAL



ISS
INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

Edição: GENERALITAT VALENCIANA

© GENERALITAT VALENCIANA, 2004

Elaboração:

CONSELHARIA DE PROTECÇÃO SOCIAL

DIRECÇÃO GERAL DA FAMÍLIA, DO CRIANÇA E DAS ADOPÇÕES,

Sandra Simó Teufel

Ma José Martínez Fernández

Emilio Mas Banacloig

Coordenação:

F. Javier Romeu Soriano

Primeira edição revista: Junho de 2006

ISBN: 84-482-4361-7

Depósito legal: V-2756-2006

Impressão:

KOLOR Litógrafos, S.L.

Desenho e Maquetagem: Grua Gràfics

Tradução :Empresa Adverbium

Revisão da Tradução: COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS

E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) – Montano, Teresa (2010)

INDÍCE

APRESENTAÇÃO.....	7
NOTA INTRODUTÓRIA.....	9
0. INTRODUÇÃO	13
0.1 DESTINATÁRIOS.....	16
0.2 OBJECTIVOS.....	17
0.3 CONTEÚDOS.....	18
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REGIME JURÍDICO	23
1.1. AS NECESSIDADES DA CRIANÇA.....	25
1.1.1. <i>NECESSIDADES FÍSICO-BIOLÓGICAS</i>	26
1.1.2. <i>NECESSIDADES COGNITIVAS</i>	27
1.1.3. <i>NECESSIDADES EMOCIONAIS E SOCIAIS</i>	28
1.2. DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA DOS MAUS TRATOS.....	29
1.2.1. <i>MAUS TRATOS ACTIVOS</i>	31
1.2.2. <i>MAUS TRATOS PASSIVOS</i>	32
1.2.3. <i>OUTROS TIPOS DE MAUS TRATOS</i>	33
1.3. PORQUE OCORREM OS MAUS TRATOS.....	35
1.3.1. <i>FACTORES DE RISCO INDIVIDUAIS</i>	36
1.3.2. <i>FACTORES DE RISCO FAMILIARES</i>	37
1.3.3. <i>FACTORES DE RISCO SÓCIO-CULTURAIS</i>	38
1.4. MITOS E FALSAS CRENÇAS EM RELAÇÃO AOS MAUS TRATOS.....	39
1.4.1. <i>RELATIVAMENTE AOS MAUS TRATOS EM GERAL</i>	40
1.4.2. <i>RELATIVAMENTE AO ABUSO SEXUAL</i>	41
1.5. REGIME JURÍDICO QUE REGE OS MAUS TRATOS.....	42
1.5.1. <i>NORMAS APLICÁVEIS</i>	42

1.5.2. INTERVENÇÕES E MEDIDAS DE PROTECÇÃO.....	43
1.5.3. ENTIDADES PÚBLICAS COMPETENTES.....	44
1.5.4. ACERCA DA RESPONSABILIDADE PENAL.....	45
2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PROTECÇÃO À INFÂNCIA.....	49
2.1. EM QUE CONSISTE A PROTECÇÃO À INFÂNCIA.....	49
2.2. PORQUE É QUE É IMPORTANTE DETECTAR OS MAUS TRATOS?.....	51
2.3. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE OS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS.....	53
2.3.1. AS PRINCIPAIS FUNÇÕES NA ÁREA CLÍNICA.....	56
2.3.2. AS PRINCIPAIS FUNÇÕES NA ÁREA PSICOSSOCIAL.....	59
2.4. DIFICULDADES RELACIONADAS COM A DETECÇÃO DOS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS.....	60
3. DETECÇÃO DOS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	65
3.1. ANAMNESE CLÍNICA.....	65
3.2. RECOMENDAÇÕES PARA OS EXAMES MÉDICOS EM CASO DE SUSPEITA DE MAUS TRATOS.....	69
3.2.1. ATITUDE PERANTE A VÍTIMA.....	69
3.2.2. ATITUDE PERANTE OS PAIS.....	72
3.3. OBSERVAÇÃO DE INDICADORES.....	74
3.4. INDICADORES DE MAUS TRATOS: FORMAS DE APRESENTAÇÃO.....	79
3.4.1. LESÕES CUTÂNEAS.....	80
3.4.2. LESÕES ÓSSEAS.....	82
3.4.3. LESÕES INTERNAS.....	85
3.4.4. INTOXICAÇÕES.....	86
3.4.5. SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	87
3.4.6. INDICADORES DE NEGLIGÊNCIA.....	91
3.4.7. INDICADORES DE MAUS TRATOS EMOCIONAIS.....	93
3.4.8. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL.....	96
3.4.9. INDICADORES DE RISCO NO PERÍODO PRÉ-NATAL, NEONATAL	

<i>E DA PRIMEIRA INFÂNCIA</i>	102
3.5. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO PARA A COMPROVAÇÃO DOS MAUS TRATOS	107
3.6. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DETECTADA	109
3.6.1. CRITÉRIOS PARA UMA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE E DA PERIGOSIDADE	109
3.6.2. TRIAGEM DE SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS.....	111
4. INTERVENÇÕES EM RELAÇÃO AOS MAUS TRATOS	117
4.1. INTERVENÇÃO PREVENTIVA (PREVENÇÃO PRIMÁRIA).....	120
4.1.1. PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INSTITUCIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	122
4.2. INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE PERIGO (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA).....	125
4.2.1. PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS NA ETAPA PRÉ-NATAL E NEONATAL.....	129
4.3. INTERVENÇÃO NOS CASOS URGENTES (PREVENÇÃO TERCIÁRIA).....	131
4.4. A FORMA DE SINALIZAR.....	134
4.4.1. CONTEÚDO DO RELATÓRIO MÉDICO.....	134
4.4.2. CONTEÚDO DO RELATÓRIO DE LESÕES.....	134
4.4.3. CONTEÚDO DO RELATÓRIO SOCIAL.....	135
4.4.4. CONTEÚDO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO.....	136
5. BIBLIOGRAFIA	141
ANEXOS	147
1. NECESSIDADES DA INFÂNCIA.....	148
2. DEFINIÇÕES LEGAIS E CONCEITOS JURÍDICOS RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DE CRIANÇAS.....	153
3. LISTAGEM DAS NORMAS INTERNACIONAIS, ESTATAIS E AUTONÓMICAS..... EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES.....	161
4. SINALIZAÇÃO PELA SAÚDE	167
5. TELEFONES E ENDEREÇOS DE INTERESSE.....	173
6. INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DO BOM TRATO, SAÚDE E PROTECÇÃO DE CRIANÇAS	177

APRESENTAÇÃO

Não restam dúvidas de que a sensibilização social para as necessidades da infância e promoção do bem-estar infantil é cada vez maior na sociedade valenciana. A Generalitat está consciente disso e, por sua vez, colabora activamente na sua potenciação através de diferentes intervenções. Importa referir, como exemplo de destaque, o Plano Integral da Família e Infância da Comunitat Valenciana (2002-2005).

No âmbito de intervenção deste plano, as acções com vista à detecção e sinalização dos maus tratos às crianças têm uma relevância especial.

Desta vontade de intervenção coordenada nasceu o presente documento, cujo objectivo fundamental consiste em oferecer aos profissionais da saúde um instrumento que lhes permita conhecer a fundo os aspectos essenciais da intervenção perante as situações de maus tratos ou outras situações de perigo e orientá-los nos processos para a sua detecção e sinalização quando, no exercício do seu trabalho quotidiano, se apercebam das mesmas.

Ao mesmo tempo, o documento deve ser visto como um reconhecimento do papel activo e determinante que os referidos profissionais têm vindo a desempenhar na abordagem das problemáticas da saúde e de índole social que tanto preocupam a sociedade valenciana, entre outras, a da Protecção Integrada à Infância e a da Promoção da Saúde Infantil.

Conselheira de Protecção Social

Alicia de Miguel Garcia

Conselheiro de Saúde

Vicente Rambla Momplet

NOTA INTRODUTÓRIA

O reconhecimento, ao nível do direito internacional e nacional, da criança como Sujeito de direito - relevantíssima aquisição civilizacional – implica um esforço muito sério, empenhado e competente de todos os agentes dos Sistemas Nacionais de Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças com específicos deveres na prossecução do seu objectivo fundamental de concorrer para a interiorização e concretização dos direitos de todas e de cada uma das crianças. Assume particular responsabilidade a actuação relativa a crianças mais vulneráveis, por se encontrarem em situações de risco ou de perigo.

Para um correcto desenvolvimento dessa missão, assume relevo significativo a possibilidade de os vários intervenientes responsáveis disporem de acesso generalizado às aquisições científicas e técnicas mais actualizadas e às práticas que se mostrem mais adequadas às intervenções sistémicas e integradas que a actuação eficaz e eficiente reclama.

Por virtude do carácter universal do reconhecimento dos direitos das crianças, surpreendem-se, ao nível dos problemas, desafios e procura de respostas, aspectos comuns a diversos sistemas nacionais/regionais de promoção e protecção, sobretudo de países da mesma área civilizacional. Por isso, a troca de saberes e de experiências entre os respectivos agentes e a disponibilização do conhecimento dos instrumentos criados para efectivação de cada sistema constituem factores relevantes da qualidade da intervenção.

É nesta perspectiva que emerge o presente Manual, facultado no âmbito de um protocolo estabelecido entre a Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, o Instituto de Segurança Social, I.P., e a Generalitat Valenciana, Consejería de Bienestar Social.

O Manual que agora se apresenta consiste numa tradução do manual valenciano, adaptada à terminologia do sistema português.

Não se constitui como um guia orientador de intervenção no domínio do sistema português de promoção e protecção, considerando que, no âmbito da saúde, existem já orientações suficientemente sistematizadas e abrangentes, fundamentadas nas características específicas do sistema português.



VER

[Guia da Saúde: Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Fevereiro 2011.](#)

Confia-se, porém, que este Manual será, pela sua riqueza, uma referência bibliográfica de qualidade, para efeitos, nomeadamente, de formação e de reflexão crítica sobre os temas que engloba.

O Presidente da Comissão Nacional de
Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Armando Leandro



O Presidente do Conselho Directivo do
Instituto de Segurança Social

Edmundo Martinho





INTRODUÇÃO

0

- Destinatários
- Objectivos
- Conteúdos

0. INTRODUÇÃO

A maioria das crianças da nossa sociedade obtém no contexto que as rodeia a protecção e atenção de que necessitam para se desenvolverem adequadamente.

A família como agente de socialização primário é o eixo fundamental da protecção das crianças, uma vez que cobre as necessidades físicas, psico-afectivas e sociais dos seus filhos. Normalmente, os pais prestam cuidados adequados aos filhos, proporcionando-lhes uma formação integral e oferecendo-lhes relações seguras a partir das quais estes podem desenvolver uma visão positiva de si mesmos e dos outros, elementos fundamentais para enfrentar o mundo com confiança e competência.

Simultaneamente, constata-se uma maior sensibilização por parte da sociedade para as necessidades das crianças, através da adopção progressiva de um papel mais responsável e defensor do seu bem-estar. Direitos tão fundamentais como a integridade física e emocional da criança, a inclusão numa família que lhe dê afectos, segurança e cuidados e a abolição de tratamentos desumanos ou vexatórios, são amplamente reconhecidos pelo colectivo social.

Contudo, os pais, por factores de diferente natureza, podem deixar de ser agentes protectores impedindo, de forma mais ou menos grave, o desenvolvimento adequado dos filhos. É nesses casos que a protecção à criança se converte numa missão que, por imperativo legal, compete ao conjunto da sociedade e aos cidadãos que a integram. A cada um dos níveis de intervenção da sociedade cabem competências ou responsabilidades próprias na tarefa de protecção derivadas de normas específicas.

Nos casos mais graves, já de perigo, é necessário promoverem-se as medidas necessárias à protecção da criança, afastando-a do perigo, evitando-lhe possíveis danos., garantindo a sua segurança e desenvolvimento adequado, assegurando a prestação de alimentos.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, estabelece, no artigo 3º, que “em todas as medidas referentes às crianças que sejam tomadas pelas instituições públicas ou privadas de protecção social, os tribunais, as autoridades administrativas ou os organismos legislativos atender-se-á primordialmente ao



ALERTA

Ao longo de todo o documento, sempre que surja a palavra criança ou crianças, refere-se a qualquer pessoa com menos de 18 anos, ou seja, a todas as crianças, adolescentes e jovens

superior interesse da criança”. Este princípio já consagrado na lei de protecção de muitos países, teve a sua génese na Declaração dos Direitos da Criança de 1959 que define as bases para uma **protecção e promoção internacional dos Direitos da Criança**.

A Comunidade Autónoma Valenciana assume as competências em matéria de protecção da criança através do seu Estatuto de Autonomia aprovado pela Lei Orgânica 5/1982, de 1 de Julho. A toda a intervenção protectora desenvolvida pela Generalitat em prol das crianças, estão subjacentes os seguintes **princípios básicos de intervenção**:

- **Primazia do interesse superior do criança** sobre qualquer outro interesse digno de protecção.
- **Respeito pelos direitos reconhecidos às crianças nas leis, tratados e convénios internacionais.**
- **A prevenção** como elemento fundamental da intervenção protectora.
- **Prioridade à intervenção no âmbito familiar das crianças**, tentando evitar a separação dos mesmos, salvo quando esta for conveniente para o seu superior interesse.
- **Informar a família sobre cada uma das medidas de protecção que se adoptem.**
- **Promover a colaboração da criança e da família.**
- **A coordenação**, que permita articular uma resposta adequada perante a possível dispersão dos meios de que se dispõe.
- **Promover a solidariedade e sensibilidade social.**
- **Enfoque dos problemas de maneira global**, atendendo às diversas causas que dão lugar à marginalização do criança e oferecendo soluções concretas para cada problema.
- **Agilidade, objectividade, imparcialidade e segurança jurídica** na acção protectora.

As leis, reflexo de uma consciência social mais ampla, dotaram as crianças de um regime jurídico de protecção que começa na própria sociedade. Assim, todos os cidadãos que detectem uma situação de risco ou de perigo de um criança, são **obrigados** a prestar-lhe auxílio imediato e a comunicar o facto à autoridade ou aos seus agentes mais próximos.

Esta obrigação genérica converte-se em específica quando se refere ao **dever dos profissionais de saúde** de utilizarem os meios necessários para proteger a criança vítima de maus tratos, ou outra situação de perigo, e levar a situação ao conhecimento da autoridade competente (Lei Orgânica 1/1996, de 15 de Janeiro de Protecção Jurídica do Criança, artº. 13º e Código de Ética e Deontologia Médica, artº. 30.2). O incumprimento desta obrigação pode fazê-los incorrer em responsabilidade criminal.?

O **sector da saúde** tem um protagonismo especial na detecção precoce dos maus tratos às crianças, no seu tratamento e, sobretudo, na sua prevenção. Os contextos onde os profissionais de saúde exercem as suas funções, seja na consulta, através de exames de rotina, seja nos serviços especializados do hospital, nos serviços de urgência, ou na comunidade, convertem-se em **locais de observação privilegiados**. Por vezes é necessário intervir imediata e directamente nas lesões da criança e tomar decisões acerca da causa das mesmas; isto é, se são acidentais ou provocadas. Outras vezes, sem que seja necessário intervir directamente nos casos mais graves, o pessoal de saúde tem acesso, através do exame físico, da anamnese e da comunicação com os pais ou cuidadores, a uma série de sinais e indicadores físicos, emocionais e comportamentais das crianças e dos seus cuidadores, que podem levar a suspeitar da existência de maus tratos. Os profissionais da saúde podem aceder a informações que não estão disponíveis a outros profissionais. Além disso, praticamente toda a população recorre, num momento ou outro da sua vida, aos centros de saúde ou tem contacto com o pessoal de saúde. Sobretudo a população de crianças com **menos de cinco anos de idade**, que é extremamente vulnerável aos maus tratos, ou outras situações de perigo, é a que pode ser especialmente favorecida pela acção dos profissionais de saúde, porquanto os mais pequenos ainda não têm oportunidade de frequentar outros contextos normalizados, como por exemplo a escola.

0.1 DESTINATÁRIOS

Este guia sobre a detecção dos maus tratos às crianças é dirigido a todos os profissionais de saúde da Comunitat Valenciana que, no desempenho das suas funções, têm acesso a algum tipo de observação e informação acerca de possíveis casos de maus tratos ou outras situações de perigo.

Em geral, o guia destina-se tanto aos profissionais que estão em contacto directo e contínuo com as crianças e as suas famílias como àqueles cujo contacto é esporádico e com carácter de urgência.

Se bem que o colectivo de profissionais do sector da saúde seja muito heterogéneo, com funções altamente diferenciadas e específicas, no presente guia pretende-se oferecer uma visão unitária e complementar das acções que os serviços de saúde levam a efeito perante os casos de maus tratos.

No guia disponibiliza-se informação acerca de aspectos médicos e psicossociais para a detecção dos maus tratos que pode interessar sobretudo a pediatras, médicos de família, parteiras, pessoal de enfermagem, pedopsiquiatras e outros profissionais de saúde, como neurologistas, ginecologistas, urologistas, ortopedistas, psicólogos, psiquiatras, médicos forenses, dentistas, etc.

O guia também fornece informação sobre as intervenções a realizar nos casos de maus tratos e a sua sinalização e encaminhamento para as entidades competentes em matéria de protecção de crianças. Estes conteúdos dirigem-se fundamentalmente aos profissionais das unidades de trabalho social dos Centros de Saúde ou Hospitalares.

0.2 OBJECTIVOS

O objectivo geral que levou à elaboração de um guia com estas características corresponde à necessidade de melhorar a atenção que a administração, no seu conjunto, dispensa às crianças que vivem em situações de maus tratos, ou outras situações de perigo.

Além disso, pretende-se que o guia sirva de suporte à recolha de toda a informação que se considera útil para o profissional de saúde confrontado com uma problemática tão complexa.

Finalmente, enumeram-se os objectivos específicos a alcançar.

1. Facultar uma definição de maus tratos às crianças que permita aos profissionais reconhecer com relativa facilidade esta problemática e partilhar uma linguagem comum.
2. Identificar as necessidades básicas que todas as crianças apresentam.
3. Indicar alguns dos factores que se encontram subjacentes à problemática dos maus tratos às crianças.
4. Facultar indicadores para detectar os maus tratos às crianças.
5. Indicar os procedimentos a pôr em prática nos casos de maus tratos às crianças.
6. Alertar para as crenças que influenciam na detecção dos maus tratos às crianças.
7. Dar orientações para a intervenção perante os prestadores de cuidados suspeitos de terem mal-tratado a criança ou de não lhe proporcionarem os cuidados necessários.
8. Divulgar intervenções preventivas e protectoras que podem e devem ser levadas a cabo pelos profissionais da saúde.
9. Estabelecer critérios para os profissionais de saúde avaliarem a gravidade dos maus tratos e os riscos ou perigo a que a criança está exposta.

0.3 CONTEÚDOS

O presente guia enquadra-se **num conjunto de publicações** destinadas a otimizar o processo de detecção e abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo nos diferentes sectores (e.g. acção social, educação, saúde e forças de segurança) que, de uma forma ou outra, têm contacto com a as crianças da Comunitat Valenciana. Estes sectores profissionais, constituem **uma referência fundamental** no sistema global de cuidados e protecção à infância. Só nos seus contextos é possível identificar as situações que configuram incumprimento da satisfação adequada das necessidades dos crianças e que desrespeitam os seus direitos fundamentais. Além disso, somente a partir desses contextos é possível iniciar uma série de intervenções orientadas para a ajuda e protecção das crianças.

Ao longo do documento propõem-se **normas de intervenção e critérios de decisão** decorrentes da experiência dos profissionais de saúde, dos conhecimentos acumulados até ao momento em matéria de “maus tratos às crianças” e dos recursos legais e administrativos.

No primeiro capítulo do guia, começa-se por especificar as necessidades das crianças e o modo como a insatisfação das mesmas dá origem aos diferentes tipos de maus tratos. Seguidamente define-se o conceito de maus tratos e a sua tipologia. Por último, contemplam-se os factores de índole individual, familiar, social e cultural que estão mais habitualmente associados à problemática dos maus tratos e mencionam-se algumas falsas crenças que existem acerca do seu aparecimento e manutenção.

Neste mesmo capítulo faz-se referência às normas legais, assim como às principais situações e medidas de protecção que estão relacionadas com os maus tratos às crianças.

No segundo capítulo oferece-se uma visão geral das principais funções, vias e procedimentos dos profissionais do Sistema de Protecção às Crianças responsáveis, no seu desempenho profissional, pela protecção à infância. A seguir, especifica-se onde se localizam, neste esquema geral, as responsabilidades e as funções dos profissionais da saúde.

O terceiro capítulo centra-se basicamente no processo de detecção e nos componentes que permitem estabelecer um diagnóstico de maus tratos. Contempla

os indicadores físicos, emocionais e comportamentais observáveis nas crianças maltratadas e/ou nos seus familiares mais próximos e que permitem diferenciar a etiologia intencional ou acidental das lesões. Abordam-se igualmente aspectos concretos da atitude do pessoal de saúde que devem ser tidos em conta ao realizarem-se entrevistas, testes ou qualquer tipo de interacção com a vítima (a criança) ou com os agressores (pais/cuidadores). Por fim, estabelecem-se critérios mínimos para determinar a gravidade e o perigo das situações de maus tratos.

No quarto capítulo do guia contemplam-se as intervenções que podem realizar-se na área da saúde para intervir na problemática dos maus tratos. No contexto da saúde distinguem-se três âmbitos de intervenção que correspondem aos níveis de gravidade e perigo das situações de maus tratos. O primeiro nível refere-se às intervenções que o profissional de saúde pode realizar para transmitir práticas de “bom trato” das crianças. O segundo nível tem que ver com as intervenções destinadas a evitar que a criança seja vítima de maus tratos. O terceiro nível contempla as situações que impedem a repetição dos maus tratos à criança ou podem minimizar as consequências dos mesmos.

Nas intervenções dirigidas tanto a crianças em risco como a crianças que sofreram maus tratos (segundo e terceiro níveis de intervenção), presta-se uma atenção especial às vias através das quais o profissional de saúde se articula com outros profissionais.

Por último, nos anexos inclui-se uma série de materiais que podem ajudar na abordagem das situações de maus tratos ou outras situações de perigo na saúde, designadamente um conjunto de definições legais e conceitos jurídicos relativos à protecção das crianças, uma listagem das necessidades básicas das crianças, uma ficha de sinalização dos casos identificados e uma lista de contactos telefónicos de interesse.



LEMBRE-SE

- Alguns casos de maus tratos, pelas suas características, como por exemplo quando se está em presença de lesões internas ou pouco visíveis, só podem ser detectados pelos serviços de saúde.
- Os serviços de saúde são um local privilegiado para a detecção dos maus tratos nas crianças com menos de cinco anos de idade ou nas que têm pouco contacto com outros membros da comunidade.
- Detectar e sinalizar os casos de maus tratos em crianças é uma obrigação legal e moral dos profissionais dos serviços de saúde.
- Só detectando e sinalizando os casos de maus tratos é possível intervir e prevenir sequelas físicas e sócio-emocionais importantes nas crianças.
- Qualquer intervenção por parte dos profissionais de saúde deve ter em vista garantir o interesse e o bem-estar da criança.



LEMBRE-SE

“CRIANÇA”
TODO O SER HUMANO COM MENOS DE 18 ANOS

Maus tratos, EM TERMOS GERAIS,
ENGLIBA SEMPRE A NEGLIGÊNCIA.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REGIME JURÍDICO

1

- As Necessidades da Infância
- Definição e Tipologia dos Maus tratos
- Porque ocorrem os Maus tratos
- Alguns Mitos e Falsas Crenças em relação aos Maus tratos
- Regime Jurídico que rege os Maus tratos ou outras Situações de Perigo

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REGIME JURÍDICO

Qualquer intervenção protectora deve nortear-se por uma série de **critérios** que sirvam de referência a todos os profissionais, sejam eles do sector da saúde, da educação, das forças de segurança ou dos serviços sociais. A utilidade de **critérios** ou **pilares conceptuais** é inquestionável para enquadrar as intervenções no âmbito da protecção e dos cuidados à infância e adolescência. Os profissionais devem partilhar conceitos básicos que os ajudem a identificar situações de risco e perigo para que as suas intervenções promovam mais eficazmente o desenvolvimento adequado das crianças que observam no seu ambiente social e profissional. Além disso, frequentemente, a **colaboração** dos diferentes profissionais é uma **premissa básica** para que as respostas oferecidas à criança e à família tenham êxito. A utilização de **critérios comuns** é um factor facilitador desse sucesso.

Para abordar a problemática dos maus tratos às crianças vamos partir do ponto de vista da criança e das suas necessidades. Ter em consideração as suas necessidades amplia a percepção dos adultos em relação aos maus tratos à infância, incluindo, como tal, todas as situações que, apesar de não terem ainda uma implicação legal ou médica evidente, podem constituir, do ponto de vista da criança, um risco ou, até, um perigo, para o seu desenvolvimento pessoal adequado e, portanto, um sinal de alarme que pode activar a intervenção ou o envolvimento de diferentes profissionais.

Para tal é necessário saber:

- Quais são as necessidades da criança e as consequências de não serem respondidas de forma adequada, o que pode significar maus tratos à criança;
- As diferentes formas de se manifestarem os maus tratos e as razões pelas quais ocorrem.

Também há que deitar por terra alguns mitos e crenças acerca do seu aparecimento e conhecer o regime jurídico que rege a protecção e o bem-estar da criança e as intervenções levadas a cabo pela administração pública nesta matéria.

Assim, as questões que necessitam de resposta são as seguintes:

- **Quais são as principais necessidades da criança?**

- Em que consistem os maus tratos e quais as suas diferentes formas de manifestação?
- Porque ocorrem os maus tratos? Quais são os factores psicossociais a eles associados?
- Que mitos ou falsas crenças acerca do aparecimento dos maus tratos dificultam a sua detecção?
- Qual é o regime jurídico que rege as diferentes situações de maus tratos e os diferentes níveis de intervenção do sistema de protecção às crianças e da administração pública?

1.1. AS NECESSIDADES DA CRIANÇA

Existem diferentes concepções de “necessidade humana”. No entanto, uma teoria das necessidades deve entender-se como uma teoria do desenvolvimento humano. Deste ponto de vista, as necessidades podem definir-se como as condições ou características comuns a todos os seres humanos que têm de se cumprir para potenciar e estimular o seu desenvolvimento. As necessidades humanas têm sido comuns ao longo da história, em todas as culturas e, no seio de uma mesma cultura, aos diferentes estratos sociais que a compõem.

O que mudou ao longo dos diferentes momentos históricos e depende de cada cultura é a forma ou os meios utilizados pelos grupos humanos para satisfazer as suas necessidades. É aquilo a que Max-Neef (1993) chama factores de satisfação. A relação entre necessidades e factores de satisfação não é biunívoca, já que um determinado factor de satisfação pode cobrir diversas necessidades ou, pelo contrário, uma determinada necessidade pode requerer diversos factores de satisfação.

Outro aspecto importante das necessidades é que não devem entender-se unicamente do ponto de vista das carências, porquanto são um motor do desenvolvimento que motiva e mobiliza as respostas. Isto implica conceptualizar as necessidades como recurso ou capacidade para além do puramente carencial.

Este enfoque universal nas necessidades ligadas ao desenvolvimento humano permite ter uma ideia da importância que estas adquirem durante a infância. As crianças encontram-se imersas num processo de desenvolvimento, ao longo do qual vão adquirindo capacidades e aptidões cada vez mais complexas. A aquisição de capacidades terá lugar, entre outros factores, em função das condições ou do modo como as suas necessidades são satisfeitas. Nesse sentido, poder-se-á acrescentar que os modos de resolver as necessidades na infância mudam consoante o momento ou etapa evolutiva em que a criança se encontre. Assim, por exemplo, as condições para a protecção da criança na primeira infância implicam um contacto quase permanente com os adultos que cuidam dela. Pelo contrário, os adolescentes recusam certos níveis de protecção e reclamam mais autonomia.

A satisfação adequada de necessidades básicas e universais estabelece o limite entre o “bom trato” e o “mau trato” e constitui a chave do bem-estar da criança. De facto, é a inexistência de respostas ou as respostas inadequadas às necessidades da

criança que dá lugar às diferentes modalidades de maus tratos ou outras situações de perigo. Embora seja claro que a carência de alimentação, afecto, redes sociais, etc. pode deixar graves sequelas e défices nas crianças, o excesso ou hiper satisfação de determinadas necessidades também não favorece um desenvolvimento adequado. Assim, pode observar-se, com relativa facilidade, formas de satisfazer necessidades que podem inibir a satisfação de outras. A título de exemplo, os pais super protectores podem satisfazer pontualmente a necessidade de segurança da criança, mas inibir a satisfação adequada da necessidade de participação e autonomia progressiva.

Outro aspecto a destacar nas necessidades é que estas permitem identificar nas crianças situações de risco ou perigo e avaliar as condições mínimas e elementares a serem cumpridas pelos diferentes contextos de criança (família, escola, etc.) para que o seu desenvolvimento seja adequado.

As necessidades humanas podem classificar-se segundo múltiplos critérios, existindo uma vasta literatura sobre a matéria. Entre outras, podemos destacar a classificação de Maslow (1987) e a de Max-Neef (1993).

No presente documento adoptou-se a classificação de López (1995), pela sua utilização generalizada entre os profissionais que se dedicam à protecção às crianças e pela relação que o autor estabelece entre as necessidades das crianças e as diferentes formas de maus tratos. Esta classificação distingue três grandes categorias: **necessidades físico-biológicas**, **necessidades cognitivas** e **necessidades sócio-emocionais**.

1.1.1. NECESSIDADES FÍSICO-BIOLÓGICAS

As necessidades de carácter físico-biológico dizem respeito às condições que devem existir para garantir a sobrevivência, um desenvolvimento físico saudável e o bem-estar. Este tipo de necessidades inclui a alimentação, a temperatura, a higiene, o sono, a actividade física, a protecção de riscos e a saúde.

Embora à medida que as pessoas crescem se encarreguem por si mesmas da satisfação dessas necessidades, a infância e a adolescência caracterizam-se, entre outros aspectos, pela necessidade da supervisão e cuidado por parte dos adultos para a satisfação das mesmas. Desta forma, os pais/cuidadores são responsáveis

por vigiar o estado de saúde dos filhos e proporcionar-lhes os devidos cuidados e responder, em geral, a todas as suas necessidades físicas e/ou de saúde. Efectivamente, as diferentes formas de maus tratos seja por acção ou omissão, implicam a falta de respostas adequadas à satisfação destas necessidades.

NECESSIDADES FÍSICO - BIOLÓGICAS	ALIMENTAÇÃO
	TEMPERATURA
	HIGIENE
	SONO
	ACTIVIDADE FÍSICA
	PROTECÇÃO CONTRA RISCOS REAIS
	SAÚDE

1.1.2. NECESSIDADES COGNITIVAS

As necessidades cognitivas estão associadas a condições especiais que vão permitir às pessoas conhecer e estruturar as experiências do mundo que as rodeiam. Estas necessidades cognitivas vão promover a aquisição de mecanismos de comunicação que as tornarão acessíveis aos adultos e que permitirão entendê-los.

A satisfação adequada destas necessidades através de processos cognitivos básicos como a atenção e a concentração, a memória, o raciocínio, as aptidões linguísticas e o desenvolvimento psicomotor são fundamentais para o crescimento adequado das crianças e para a sua evolução posterior como adultos autónomos. As crianças nascem com uma série de capacidades sensoriais, com um importante nível de curiosidade e com uma necessidade inata de compreender a realidade. Para satisfazer estas necessidades e permitir o desenvolvimento cognitivo óptimo da criança, os adultos responsáveis por cuidar dela devem proporcionar-lhe uma estimulação adequada, respostas adaptadas às suas capacidades de compreensão, bem como supervisão, em particular, na aquisição de conhecimentos e escolarização. O não cumprimento de qualquer uma destas condições constitui uma forma de mau trato.

NECESSIDADES COGNITIVAS	ESTIMULAÇÃO SENSORIAL
	ESTIMULAÇÃO FÍSICA E SOCIALIZAÇÃO
	COMPREENSÃO DA REALIDADE FÍSICA E SOCIAL

1.1.3. NECESSIDADES EMOCIONAIS E SOCIAIS

As necessidades emocionais e sociais estão relacionadas com as condições indispensáveis para que os indivíduos adquiram estratégias de expressão de sentimentos e comportamentos de interacção com os outros e tenham um desenvolvimento afectivo adequado e saudável.

Dentro desta categoria inclui-se a necessidade da pessoa se sentir amada, protegida, apoiada, aceite, motivada e valorizada, bem como a necessidade de estabelecer relações de confiança com os pais/cuidadores, relações de amizade e companheirismo com os seus pares, necessidade de brincar e participar em actividades comuns e jogos, necessidade de ser autónomo, de ser ouvido e obter respostas. A satisfação de todas estas necessidades é essencial ao desenvolvimento do auto-conceito, auto-estima e auto-controlo. Além disso, ajuda a moderar a expressão de sentimentos mais espontânea e egocêntrica da infância e a adquirir valores adequados e congruentes com um ambiente sócio-cultural normalizado.

Qualquer tipo de maus tratos, em particular os de cariz emocional, como o abandono e o abuso sexual, atenta de forma directa contra a satisfação adequada destas necessidades, dificultando a relação do criança com o seu meio mais imediato e com as suas próprias emoções.

LEMBRE-SE



- O grau de satisfação das necessidades da criança estabelece o limite entre o "bom trato" e o "mau trato".
- O conhecimento das necessidades da criança define e delimita o que se deve proteger e permite avaliar as condições mínimas a cumprir pelos adultos.

NECESSIDADES EMOCIONAIS E SOCIAIS	SEGURANÇA EMOCIONAL
	EXPRESSÃO EMOCIONAL
	REDE DE RELAÇÕES SOCIAIS
	PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA PROGRESSIVA
	SEXUALIDADE
	PROTECÇÃO DE RISCOS IMAGINÁRIOS
	INTERACÇÃO LÚDICA

1.2. DEFINIÇÃO E TIPOLOGIA DOS MAUS TRATOS

Os maus tratos a uma criança implicam uma situação de perigo porque os seus direitos básicos estão a ser violados e as suas necessidades mais fundamentais não estão a ser satisfeitas. **Estas situações, quando são detectadas, permitem accionar o processo de protecção.**

Os **maus tratos às crianças** podem definir-se como qualquer acção não accidental que comporte abuso (emocional, físico ou sexual) ou omissão (emocional ou física) para com um criança, menor de dezoito anos, perpetrada pelo seu progenitor ou cuidador principal, por outra pessoa ou por qualquer instituição, e que ameace o desenvolvimento adequado da criança.

Existem alguns aspectos que, pela sua relevância, convém destacar nesta definição de maus tratos, nomeadamente:

Carácter não accidental das situações de mau trato.

Na presença de sinais físicos na criança este critério é importante, sobretudo para se determinar se existem, ou não, maus tratos físicos.

Carácter intencional das acções maltratantes.

Normalmente, os maus tratos consideram-se uma acção intencional por causar dano à criança. No entanto, existem situações em que esta intenção não é clara. Por exemplo, alguns pais/cuidadores negligentes, sem querer ou por não saberem, não respondem ou esquecem necessidades importantes da criança. Outros pais/cuidadores que maltratam os filhos utilizando, por exemplo, castigos físicos, legitimam o seu comportamento acreditando que o fazem para o bem da criança e/ou para ela aprender e também porque foi a única forma de disciplina que estes pais/cuidadores aprenderam.

Repercussões físicas e emocionais dos maus tratos na criança.

Na maior parte dos maus tratos, as consequências para a criança são tanto físicas como emocionais, como por exemplo quando existe abuso físico.

Formas de perpetrar os maus tratos.

Os maus tratos podem resultar de uma acção, quando se trata de algum tipo de abuso, ou de uma omissão, quando se está em presença de uma situação de negligência.

Contexto onde ocorrem os maus tratos.

Pode ser familiar ou extra-familiar. Embora a maioria das crianças sofra maus tratos no seio da sua própria família de origem, há que ter presente que os maus tratos também podem ser infligidos por pessoas alheias ao contexto familiar e até mesmo por instituições que têm a seu cargo a protecção e/ou cuidados às crianças.

Consequências para o desenvolvimento da criança.

Dependem da idade, das características e da vulnerabilidade da criança. Alguns autores referem que um critério importante para se determinar se existem, ou não, maus tratos é avaliar – se a existência de potenciais danos para a criança.

Existem muitas tipologias de maus tratos que correspondem a diferentes critérios de classificação. A vantagem destas tipologias é que permitem **categorizar** a realidade, a fim de a tornar mais compreensível e promovem a utilização de uma **linguagem mais comum**. Entre as mais pioneiras pode citar-se a divulgada, em 1981, pelo NCCAN (Organismo Nacional da UE responsável pelo Estudo dos maus tratos às crianças).

Outra classificação possível, mais actual, é a que distingue entre maus tratos pré-natais, pós-natais e institucionais (Bringiotti, 2000).

Na classificação desenvolvida neste guia distinguem-se dois eixos: o tipo de mau trato, activo e passivo; e o dano que causa, emocional ou físico (Sánchez et al, 1993; Arruabarrena e de Paul, 1995). A adopção desta tipologia deve-se ao facto de, por um lado, ser amplamente aceite nos círculos profissionais de Protecção à Infância e, por outro, enfatizar a existência de maus tratos passivos (e.g. negligência), que também têm importantes repercussões nas crianças.

A esta classificação acrescentou-se a categoria “outros tipos de maus tratos”.

	FÍSICA	EMOCIONAL
MAUS -TRATOS ACTIVOS	Abuso Físico Abuso Sexual	Abuso Emocional
MAUS- TRATOS PASSIVOS	Negligência Física	Negligência Emocional
OUTROS TIPOS DE MAUS -TRATOS	Trabalho Infantil Maus tratos Pré-natais Maus tratos Institucionais	



CONSULTAR

O Guia Técnico de Qualidade – Módulos PROFISS (MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE - SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO E FORMAÇÃO, 2000)

Convém alertar que, frequentemente, as crianças maltratadas são vítimas de vários tipos de maus tratos ao mesmo tempo e não de um único exclusivamente. Assim, por exemplo, uma criança que é objecto de maus tratos físicos, frequentemente está a ser abusada emocionalmente e a sofrer mais algum tipo de negligência por parte dos seus pais/cuidadores.

Seguidamente apresentam-se as definições de alguns tipos de maus tratos e exemplos de cada um deles.

1.2.1. MAUS TRATOS ACTIVOS

ABUSO FÍSICO

Acção não acidental perpetrada pelos pais/cuidadores que provoca ou pode provocar dano físico ou doença na criança

Como exemplos deste tipo de mau trato podem citar-se os seguintes: o uso do castigo físico como método de disciplina habitual e a agressão física devido a falta de controlo ou a reacções de ira dos pais/cuidadores.

ABUSO SEXUAL

Utilização que um adulto faz de um criança menor de 18 anos para satisfazer os seus desejos sexuais, aproveitando-se de uma posição de poder ou autoridade sobre a criança. Também se incluem nesta categoria os abusadores crianças menores de 18 anos que abusam de crianças mais novas.

Podem distinguir-se os seguintes tipos de abuso sexual:

1. **Abuso sexual sem contacto físico.** Inclui os casos de sedução verbal explícita, a exposição dos órgãos sexuais a fim de obter gratificação ou excitação sexual e a masturbação ou realização intencional do acto sexual na presença da criança a fim de obter gratificação sexual.
2. **Contacto sexual sem penetração.** O contacto sexual realiza-se pelo toque intencional de zonas erógenas da criança ou por forçar, incentivar ou permitir

que esta o faça nas zonas erógenas do adulto.

3. Contacto sexual genital. Relação sexual com penetração digital ou com objectos (seja vaginal ou anal), sexo oral ou penetração com o órgão sexual masculino (seja vaginal ou anal).

ABUSO EMOCIONAL

Acções dos pais/cuidadores, tais como rejeitar, isolar, ignorar ou aterrorizar, que causam ou podem ter graves consequências para o desenvolvimento emocional, social e sexual da criança.

Algumas situações que podem caracterizar este tipo de maus tratos são:

- a presença da criança em situações frequentes de violência doméstica,
- impedir que ela se relacione com um dos seus pais/cuidadores e/ou com os seus pares
- insultá-la ou rejeitá-la por palavras e/ou actos.

De um modo geral, pode dizer-se que se está a abusar emocionalmente da criança sempre que ocorram situações de abuso físico ou sexual.

1.2.2. MAUS TRATOS PASSIVOS

NEGLIGÊNCIA FÍSICA

Quando os pais/cuidadores não respondem às necessidades básicas da criança a nível da sua alimentação, vestuário, assistência médica, segurança e educação.

Este tipo de maus tratos pode traduzir – se, entre outras formas, nas seguintes: a criança andar sempre pouco asseada, não usar a roupa adequada ou adoecer com frequência sem receber assistência.

NEGLIGÊNCIA EMOCIONAL

Falta persistente de respostas por parte dos pais/cuidadores à proximidade e interacção iniciadas pela criança. Falta de expressão de sentimentos de amor, afecto ou interesse pela criança.

Como exemplos destas situações podem identificar-se a falta de interesse pelas necessidades e reacções emocionais da criança, a ausência de supervisão dos comportamentos de um adolescente ou a não atenção às dificuldades de carácter emocional que possam surgir nesse período.

1.2.3. OUTROS TIPOS DE MAUS TRATOS

TRABALHO INFANTIL

Quando se obriga a criança a realizar trabalhos, sejam ou não domésticos, que excedem os limites do habitual, que deviam ser executados por adultos e/ou que interferem claramente com as actividades e necessidades escolares da criança. Estes trabalhos ou tarefas são atribuídos à criança com o objectivo fundamental de obter um benefício económico.

Alguns exemplos destas situações podem ser:

- Utilização da criança em tarefas domésticas.
- Utilização da criança em tarefas de recolha de sucata, cartão, etc.
- Utilização da criança em tarefas agrícolas.
- Utilização de crianças em actividades ilícitas.
- Utilização da criança na prática da mendicidade infantil.

Maus tratos PRÉ-NATAIS

O recém-nascido apresenta alterações, como crescimento anómalo, padrões neurológicos anómalos, síndromas de abstinência, etc., que são imputáveis ao consumo de drogas ou álcool ou à falta de cuidados durante a gravidez.

Maus tratos INSTITUCIONAIS

Qualquer legislação, procedimento, intervenção ou omissão procedente dos poderes públicos ou derivada da intervenção institucional e/ou individual dos profissionais que comporte abuso e/ou negligência, com consequências negativas para a saúde, segurança, estado emocional, bem-estar físico, desenvolvimento equilibrado da criança ou que viole os seus direitos básicos.

Segundo esta definição, os maus tratos institucionais podem ocorrer em qualquer instituição que tenha responsabilidade sobre as crianças, designadamente a escola, os serviços de saúde, os serviços sociais, a justiça e as forças de segurança. Os maus tratos institucionais podem ser perpetrados por pessoas relacionadas com a criança ou derivar dos procedimentos de intervenção, leis, políticas, etc.

Podem considerar-se **maus tratos institucionais** no domínio da saúde, as seguintes situações:

- A arquitectura hospitalar: quando as crianças não dispõem de locais de recreio para brincar, de espaço para receber a família, quando são incluídas em espaços de adultos, etc.
- Multiplicidade desnecessária de testes e análises.
- Limitação do horário de visitas dos pais/cuidadores.
- Descoordenação entre os diferentes serviços, originando, por exemplo, absentismo escolar, etc.
- Estadia prolongada em estabelecimentos hospitalares por atrasos em exames de diagnóstico, falta de decisão relativamente aos recursos de protecção, etc.
- Inexistência de informação ou comunicação adequada através de palavras/termos técnicos incompreensíveis e em locais inadequados.
- Internamento inadequado por pressão familiar ou insegurança do profissional.
- Ausência dos pais, fundamentalmente da mãe, em todos os períodos de desenvolvimento, em especial na fase neonatal.
- Priorização de funcionamentos rígidos em detrimento das necessidades da criança.
- Utilização reiterada de exames radiológicos sem justificação ou sem a protecção adequada.

LEMBRE-SE



- Os maus tratos entendem-se como a violação dos direitos fundamentais da criança e a não satisfação das suas necessidades universais e básicas.
- Os maus tratos não consistem apenas numa "acção", as "omissões" nos cuidados e protecção às crianças também podem constituir formas de maus tratos, designadas por negligência.

1.3. PORQUE OCORREM OS MAUS TRATOS

O objectivo deste capítulo é apresentar um modelo conceptual que explique os maus tratos infligidos contra as crianças e que possa promover ou facultar critérios para a intervenção.

Actualmente sabe-se que os maus tratos são determinados por múltiplos factores individuais, familiares e sócio-culturais que se inter-relacionam, potenciando e multiplicando os seus efeitos, e que podem afectar os pais/cuidadores na protecção e cuidados que dão aos seus filhos. Esta perspectiva concebe a problemática dos maus tratos como a expressão de uma perturbação no sistema pais-filhos-ambiente.

Não existe uma causa única que os explique e, de facto, os estudos que se centram em causas únicas e isoladas costumam oferecer escassa evidência e resultados pouco concludentes. Os factores que seguidamente são enunciados, denominados factores de risco, aumentam a probabilidade de ocorrência de episódios de maus tratos.

É importante alertar que a presença destes **factores de risco** não significa automaticamente a ocorrência de maus tratos ou de incapacidade para cuidar adequadamente da criança. Na verdade, há famílias que apresentam vários destes factores de risco e, no entanto, tratam bem dos seus filhos. O efeito dos factores de risco é **diferente** em cada família, consoante os recursos ou **factores protectores** ou compensatórios (“buffers”) de que esta disponha. Estes factores são também definidos a nível individual, familiar e sociocultural.

Mais abaixo apresentam-se os factores individuais, familiares e sócio-culturais, segundo a classificação do **modelo ecológico** (Belsky, 1993; Garbarino e Echenrode, 1999; Gracia e Musitu, 1993; Morales, 1997). Os factores do contexto familiar imediato da criança, como por exemplo as **dificuldades na relação pais-filhos**, **os problemas de disciplina e de competência parental**, são considerados os que estão mais directamente relacionados com a probabilidade de ocorrência de maus tratos (Browne, 1993; Cerezo, 1992).

1.3.1. FACTORES DE RISCO INDIVIDUAIS

Embora hoje em dia se saiba que as características individuais das pessoas maltratantes não são, por si só, causadoras de maus tratos, os estudos realizados demonstram que existe uma série de factores de ordem individual que podem afectar negativamente algumas pessoas na sua qualidade de cuidadores ou educadores. Por vezes, as características individuais podem impedir que o cuidador **responda ou perceba correctamente** os sinais (de atenção, ajuda, interesse, etc.) emitidos pela criança. Outras vezes existem características individuais que dificultam uma interpretação correcta das necessidades reais da criança ou a expressão de respostas adequadas à mesma.

Entre os **factores individuais dos pais/cuidadores** (Wolfe, 1987; Díaz Aguado *et al.*, 1995; Milner, 1990) destacam-se os seguintes:

- Ter sido vítima de abuso ou negligência na infância e carecer de modelos de educação adequados;
- Hiper-reatividade aos estímulos do ambiente, concretamente aos relacionados com o criança, como o choro ou a brincadeira, originando respostas desproporcionadas e impulsivas;
- Baixa tolerância ao *stress*, descontrolando-se facilmente com o comportamento dos filhos;
- Falta de capacidade para resolver conflitos, negação do problema, isolamento e/ou comportamentos agressivos;
- Défice de estratégias para resolver os problemas que surgem na educação das crianças;
- Perturbações emocionais (ansiedade, depressão, etc.), mentais ou físicas, que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança;
- Baixa auto-estima e grande dependência emocional de outras pessoas, dando prioridade às suas necessidades emocionais em detrimento das dos filhos;
- Problemas de ludopatia, toxicod dependência ou alcoolismo que os impedem de perceber e responder às necessidades dos filhos;
- Dificuldades em se colocarem no lugar dos filhos e falta de sensibilidade relativamente às suas necessidades;
- Estilo comportamental e conceptual rígido, baixo nível intelectual, que lhes dificulta a adaptação às necessidades das diferentes etapas de desenvolvimento dos filhos.

Quando se fala de factores de risco individuais também há que considerar a própria criança. Algumas características das crianças podem ser entendidas pelos seus pais/cuidadores como causadoras de stress e, portanto, estar associadas a uma maior probabilidade de ocorrência dos maus tratos, nomeadamente grande irritabilidade, hiperreactividade aos estímulos do ambiente, doenças ou deficiências, etc. Em geral, estas características requerem uma maior atenção e cuidados especiais.

Entre os **factores individuais da criança** podem destacar-se os seguintes:

- Nascimento prematuro, com baixo peso e temperamento difícil;
- Défice físico e/ou psíquico;
- Doenças neurológicas congénitas ou adquiridas;
- Problemas de saúde crónicos e/ou atrasos de desenvolvimento;
- Problemas de comportamento (agressividade, hiperactividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.);
- Características físicas que não satisfazem as expectativas dos pais (sexo, saúde, atractivos físicos, etc.).

1.3.2. FACTORES DE RISCO FAMILIARES

Entre os factores de risco familiares que estão associados aos maus tratos infligidos às crianças podem distinguir-se os relacionados com a própria **estrutura e composição familiar** e os que estão mais directamente ligados à **interacção familiar**, concretamente à **relação mãe/pai-filho**.

Os estudos realizados revelaram **factores de risco familiares** associados ao funcionamento familiar (De Paúl et al., 1988; Crittenden, 1985; Cerezo, 1992) nas seguintes dimensões:

- **Composição familiar**, quando se evidencia desestruturação e falta de coesão e quando os papéis e funções dos seus membros não estão delimitados, nem definidos. Em geral, detectou-se maior número de factores de risco associados a famílias monoparentais, a famílias com elevado número de filhos, a pais adolescentes ou excessivamente imaturos e a famílias reconstituídas.
- **Relação conjugal**, quando existem conflitos conjugais que podem culminar com episódios de violência dirigida contra a criança. A violência interparental

funciona como modelo para a resolução dos conflitos da criança com os outros e para a legitimação da violência como forma de resolver conflitos.

- **Estilo perceptivo dos pais/cuidadores em relação à criança**, quando está distorcido e tendem a entender o comportamento da criança de forma negativa, por exemplo, como sendo intencional e para os provocar. Por outro lado, esta distorção cognitiva implica frequentemente a existência de falta de expectativas realistas dos pais/cuidadores em relação ao comportamento e à capacidade da criança, atribuindo-lhe, por vezes, mais responsabilidades e capacidades do que as que consegue assumir, e outras vezes subestimando as suas capacidades.
- **Desconhecimento das necessidades da criança**, que gera frequentemente sentimentos de impotência ou incapacidade nos pais /cuidadores e gera conflitos com a criança.
- **Estilo de disciplina utilizado pelos pais/cuidadores**, quando é excessivamente permissivo ou punitivo e revela dificuldades em controlar o comportamento da criança.
- **Interacção e Comunicação**, quando existe, em geral, uma baixa frequência de comportamentos positivos dirigidos à criança, assim como uma fraca interacção e comunicação com a mesma.

1.3.3. FACTORES DE RISCO SÓCIO-CULTURAIS

O contexto extra-familiar e comunitário tem um papel importante no funcionamento familiar e pode converter-se numa fonte de *stress* significativa. Sobretudo quando o **nível de *stress* é elevado** e a família carece de recursos para enfrentar a situação, a resposta mais comum é a violência. Outro tipo de respostas também podem ser a passividade, a resignação ou o desenvolvimento de perturbações psicológicas (Gracia y Musitu, 1993; Garbarino *et al.*, 1986).

Algumas **situações geradoras de *stress*** podem ser:

- O desemprego, a pobreza ou os problemas laborais, na medida em que causam, entre outros, sentimentos de insegurança, temor, irritabilidade e falta de esperança no futuro.

- O isolamento social, porque implica que a família careça de fontes de apoio e de informação, assim como de modelos ou pontos de referência na área afectiva e económica.
- A família viver num bairro que carece de um sentimento de identidade e de responsabilidade colectiva e onde as condições de vida dominantes são a pobreza, a marginalização e a violência.
- Aprovação social da violência como método de resolver os problemas de relacionamento.
- A defesa extrema do valor da privacidade da família.
- Predominância de valores e atitudes negativos em relação à mulher, à infância e à paternidade.



LEMBRE-SE

- Os maus tratos às crianças são determinados por múltiplos factores individuais, familiares e sócio-culturais que se inter-relacionam, sem que exista uma causa única que os explique.
- Estes factores são denominados factores de risco, já que aumentam a probabilidade de ocorrência de episódios de maus tratos.
- A presença de factores de risco não significa automaticamente a ocorrência de maus tratos. De facto, há famílias que apresentam vários destes factores e, no entanto, tratam bem os filhos.
- O efeito dos factores de risco é diferente em cada família, consoante os seus recursos individuais, familiares e sociais.

1.4. MITOS E FALSAS CRENÇAS EM RELAÇÃO AOS MAUS TRATOS

Hoje em dia ainda persistem mitos ou falsas crenças na sociedade acerca do que são os maus tratos às crianças. Estas falsas crenças podem distorcer a percepção que se tem dos maus tratos às crianças e, conseqüentemente, dificultar a sua detecção precoce ao desviar a atenção apenas para as situações de maior gravidade e/ou maior impacto mediático.

Uma análise e reflexão crítica destas falsas crenças pode contribuir para identificar com maior eficácia os maus tratos às crianças e, desse modo, prevenir a sua incidência.

Abordam-se alguns mitos e falsas crenças relacionados com os maus tratos às crianças, em geral, e com o abuso sexual, em particular. Embora se considere que o abuso sexual também é um tipo de mau trato, faz-se esta distinção devido às características particulares que apresenta para a sua detecção, prevenção e tratamento/intervenção. Na realidade, existem profissionais que se dedicam especificamente à abordagem deste tipo de mau trato.

1.4.1. RELATIVAMENTE AOS MAUS TRATOS EM GERAL

É FALSO QUE...	É VERDADEIRO QUE ...
Os maus tratos às crianças são um fenómeno pouco frequente.	Os casos registados de maus tratos às crianças estão estimados em cerca de 1,5 e 2 por mil. Pensa-se que os valores reais sejam ainda mais elevados.
Só as pessoas alcoólicas, toxicodependentes ou mentalmente perturbadas podem praticar estas acções.	Nem todas as pessoas com este tipo de problemas agredem os filhos. As pessoas aparentemente normais, sem problemas de adição ou patologias mentais também podem maltratar.
Os maus tratos às crianças só ocorrem nas classes sociais baixas ou economicamente desfavorecidas.	Os maus tratos às crianças são um fenómeno que atravessa todas as classes sociais. Apesar de nas famílias mais desfavorecidas existir um maior número de factores de stress sociais que podem afectar directamente as relações pais-filhos, as famílias de recursos económicos e sociais mais elevados também podem maltratar.
Os pais podem fazer o que quiserem com os filhos e ninguém deve interferir.	Os filhos não são propriedade dos pais. Embora seja obrigação da família cuidar e proteger das crianças, a responsabilidade pelo bem-estar da infância recai sobre toda a comunidade.
Os filhos necessitam de mão de ferro, já que de outro modo não aprendem.	A utilização do castigo físico como método de disciplina provoca reacções agressivas que aumentam a frequência e gravidade dos conflitos familiares, de tal modo que são necessários cada vez mais castigos e de maior intensidade para controlar o comportamento da criança, produzindo-se uma escalada da violência entre pais e filhos. Pelo contrário, uma disciplina baseada em princípios democráticos e não violentos gera a cooperação dos mais pequenos.
Maltratar é causar dano físico a uma criança, deixando-lhe graves sequelas físicas.	Quando se fala de maus tratos a uma criança incluem-se tanto as acções abusivas como as situações de omissão ou negligência. Não obstante os maus tratos físicos terem grande impacto e visibilidade pública, pela indignação que geram, são mais frequentes os outros tipos de maus tratos que se caracterizam por não atenderem satisfatoriamente às necessidades emocionais ou físicas básicas para o desenvolvimento equilibrado da criança.
A natureza humana capacita os pais/ cuidadores para o cuidado e atenção aos filhos.	Algumas pessoas são incapazes de responderem adequadamente os filhos em determinadas condições. Ser pai/mãe não implica em todos os casos saber, querer ou poder fazer o mais adequado para os filhos. A parentalidade positiva compõe-se de uma série de comportamentos que se podem aprender e/ou melhorar.

1.4.2. RELATIVAMENTE AO ABUSO SEXUAL

É FALSO QUE...	É VERDADEIRO QUE ...
Os abusos sexuais não existem ou são muito pouco frequentes.	No nosso país, 20% da população diz ter sido vítima de algum tipo de abuso sexual.
As crianças inventam as histórias sobre abusos sexuais.	Quando uma criança denuncia um abuso sexual deve ser sempre ouvida. Quanto menor for a sua idade mais competências especializadas exigirá da parte do adulto para que a oiça adequadamente e no seu superior interesse.
As vítimas dos abusos sexuais costumam ser adolescentes.	O abuso sexual pode ocorrer em qualquer idade. Os casos com crianças mais pequenas são mais graves e difíceis de detectar, pela sua maior incapacidade em se defenderem e denunciarem a situação. Frequentemente, os abusadores conseguem que as vítimas não contem a ninguém (através de chantagens, proibições, ameaças, etc.).
O abusador sexual é normalmente uma pessoa alheia à família e considerada "sem escrúpulos".	A maior parte dos abusadores sexuais são familiares directos ou pessoas próximas da vítima (pai, tio, avô, irmão, vizinho, amigo da família, monitor, etc.) que apresentam uma imagem normalizada e socialmente aceite.
O abuso sexual é fácil de reconhecer.	A maioria dos casos de abuso sexual não é reconhecida, nem conhecida pelas pessoas próximas da vítima, porque é um problema que tende a ser negado ou ocultado.



LEMBRE-SE

- As falsas crenças que persistem acerca dos maus tratos às crianças podem dificultar a detecção precoce e, portanto, impedir ou retardar a aplicação de medidas de protecção para os crianças que os sofrem, culminando muitas vezes em situações mais graves e irreversíveis.
- A presença de alguma destas crenças faz com que os cidadãos não observem como inadequados muitos factos que devem ser denunciados.

1.5. REGIME JURÍDICO QUE REGE OS MAUS TRATOS

Nos últimos anos registaram-se avanços na legislação internacional, nacional e autonómica em matéria de protecção às crianças. O regime jurídico ajuda a compreender os processos e as intervenções realizadas pela Administração Pública, em matéria de protecção à infância.

1.5.1. NORMAS APLICÁVEIS

Neste capítulo referenciaremos directamente a legislação nacional e autonómica que rege a protecção à infância na Comunitat Valenciana.

A **Constituição Espanhola** estabelece os princípios nos quais assenta a política social e económica dos poderes públicos. Nela se consignam os direitos fundamentais e as liberdades públicas, também extensíveis às crianças. Além disso, a Constituição contempla a necessidade de protecção especial à família e aos filhos, dispondo, no artigo 39.4, que as crianças gozarão da protecção prevista nos acordos internacionais que zelam pelos seus direitos.

O **Código Civil** constitui a norma básica de âmbito estatal em matéria de instituições de protecção às crianças. Concretamente, esta matéria está regulada nos artigos 172.º e seguintes. Além disso, o citado Código enuncia, no artigo 154.º, as obrigações inerentes ao poder paternal.

O Código Civil, reformado pela **Lei n.º 21/1987, de 11 de Novembro**, e a **Lei Orgânica n.º 1/1996, de 15 de Janeiro, de Protecção Jurídica do Criança**, também estabelece as situações em que a Administração Pública deve intervir em benefício das crianças, definindo a situação de perigo. A Lei Orgânica n.º 1/1996, institui ainda os direitos das crianças que estão consignados na Constituição e na Convenção dos Direitos da Criança, e os princípios que regem a intervenção dos poderes públicos. Apresenta, como novidade, a nível estatal, a intervenção da Administração em situações de perigo. E determina que qualquer pessoa ou autoridade, especialmente as que, pela sua profissão ou função, detectem uma situação de perigo ou possível risco para uma criança, devem comunicar o facto à autoridade competente ou aos seus agentes mais próximos, sem prejuízo de lhe prestar o auxílio imediato de que necessite.

A Comunitat Valenciana possui competências exclusivas nesta matéria, segundo o artigo 31.º do Estatuto de Autonomia. Essas competências estão consignadas nos seguintes diplomas autonómicos:

Lei n.º7/1994, de 5 de Dezembro, da Generalitat Valenciana, sobre a Infância.

Regula integralmente a intervenção das instituições públicas valencianas, os agentes sociais e os cidadãos, em ordem a proporcionar a atenção e integração das crianças em todos as dimensões da sua vida.

Regulamento de Medidas de Protecção Jurídica da criança da Comunitat Valenciana, aprovado pelo Decreto n.º 93/2001, de 22 de Maio, do Governo Valenciano.

Nos anexos apresenta-se uma listagem de toda a legislação básica relacionada com a protecção de crianças.

1.5.2. INTERVENÇÕES E MEDIDAS DE PROTECÇÃO

A protecção de crianças integra um conjunto de intervenções cujo propósito é corrigir e prevenir uma grande diversidade de situações de perigo e de risco. A realidade obriga a distinguir entre situações de perigo de índole muito diversa, e situações de risco, que exigem, pela sua natureza, um tratamento diferenciado e uma pluralidade de respostas adaptadas às necessidades em cada caso.

Esta diversidade de situações de perigo e risco pode ser classificada segundo o **grau** e **intensidade** da intervenção administrativa. As normas jurídicas contemplam duas situações que implicam um grau de intervenção distinto da Administração Pública:

SITUAÇÃO DE RISCO: define-se como a que, por circunstâncias pessoais, interpessoais ou ambientais, pode vir a causar prejuízo para o desenvolvimento e bem-estar pessoal ou social da criança, sem que seja necessária a assunção da tutela nos termos da Lei para adoptar as medidas destinadas à sua correcção. Estas situações caracterizam-se pela existência de um prejuízo para a criança que não atinge a gravidade suficiente para justificar a sua separação do núcleo familiar.

SITUAÇÃO DE PERIGO: define-se como a que ocorre de facto devido a incumprimento ou ao exercício impossível ou inadequado dos deveres de protecção estabelecidos pelas leis para a guarda das crianças, quando estas ficam privadas da assistência moral/afectiva e/ou material necessárias. Estes casos caracterizam-se pela gravidade dos factos e sugerem, geralmente, a separação da criança da família.

Perante uma situação de perigo ou de risco, a Administração Pública pode aplicar uma série de medidas de protecção de acordo com a gravidade da situação:

- **AJUDA OU APOIO FAMILIAR EM SITUAÇÕES DE RISCO.** Esta medida consiste na prevenção e reparação de tais situações.
- **GUARDA DA CRIANÇA.** A entidade pública assume a guarda da criança quando esta tiver sido previamente declarada em situação de perigo, devido à existência de circunstâncias graves que impeçam os pais de cuidar dos filhos, e quando o juiz assim o determine.

Segundo o Código Civil, a guarda, com ou sem tutela, da criança, realizar-se-á através de alguma das seguintes medidas:

- **Acolhimento residencial da criança.** Implica o ingresso da criança num centro de protecção de crianças.
- **Acolhimento familiar da criança.** Implica a convivência da criança com outra família. Poderá ser simples, permanente ou pré-adoptivo.
- **ASSUNÇÃO DA TUTELA NOS TERMOS DA LEI,** após a declaração da situação de perigo da criança, que envolverá sempre a guarda desta.

Nos anexos desenvolvem-se algumas questões relacionadas com as diferentes medidas de protecção, assim como a explicação das figuras jurídicas associadas a estas matérias.

1.5.3. ENTIDADES PÚBLICAS COMPETENTES

A Generalitat, como entidade jurídico-pública, é o organismo que detém os poderes e facultades de protecção da criança na Comunitat Valenciana. Actualmente, cabe à Conselharia de Protecção Social exercer, entre outras, as competências relativas à protecção das crianças. Essas competências são assumidas a nível central, por meio

da instrução de acções, da programação e da coordenação dos serviços territoriais da Conselharia, através da Direcção Geral da Família, Criança e Adopções.

A nível territorial, as citadas competências são exercidas através da Direcção Territorial de Protecção Social. A esta cabe o exercício directo, dentro do seu âmbito territorial, das faculdades que, em matéria de protecção às crianças, são atribuídas à Generalitat e, em especial, a declaração de perigo e a assunção da tutela.

A legislação em vigor também prevê a participação das entidades locais, através das equipas municipais de serviços sociais das Câmaras Municipais ou dos serviços integrados de apoio à família. Estas entidades são competentes na prevenção de situações de perigo, na informação, orientação e aconselhamento às crianças e às famílias, na apreciação, intervenção e aplicação de medidas em situações de risco, na intervenção familiar, na detecção e no diagnóstico de situações de perigo e nas propostas de medidas de protecção ao órgão autonómico, na participação nos programas de acolhimento familiar e adopção e na concepção, implementação e avaliação de programas de reinserção social.

Além disso, as instituições devidamente habilitadas que cooperam na integração familiar (associações ou fundações sem fins lucrativos), podem colaborar na realização ou exercício de algumas intervenções de protecção. Assim, podem intervir em funções de guarda e mediação, com as limitações que a entidade pública imponha e sempre submetidas às directrizes, inspecção e controlo da autoridade que as tutela.

1.5.4. ACERCA DA RESPONSABILIDADE PENAL

A perspectiva legal da protecção à infância também prevê a responsabilidade penal dos autores ou responsáveis por delitos ou faltas que sejam cometidos contra as crianças.

Assim, o Código Penal, no artigo 153º, tipifica como delito de maus tratos a prática habitual de violência física ou psíquica sobre uma pessoa que seja ou tenha sido cônjuge ou esteja ou tenha estado ligada ao perpetrador de forma estável por uma relação de afectividade análoga, ou sobre os filhos do cônjuge ou companheiro/a, pupilos, ascendentes ou deficientes que convivam com ele ou que estejam sujeitos ao seu poder, tutela, curatela, acolhimento ou guarda de facto.

LEMBRE-SE



- O regime jurídico enuncia as diferentes modalidades de protecção à infância, através dos conceitos de risco e perigo .
- A entidade pública contempla diferentes graus de intervenção consoante se trate de uma situação de risco ou de perigo .
- A entidade com competências em matéria de protecção às crianças na Comunitat Valenciana é a Generalitat.
- Além da protecção da criança, podem e devem implementar-se acções de apuramento da responsabilidade penal dos autores de delitos ou infracções cometidas contra as crianças.

Não obstante, também é objecto de intervenção judicial qualquer delito ou transgressão, tipificada no Código Penal, de que as crianças sejam vítimas, mesmo que a relação entre a vítima e a agressor não esteja definida nesse artigo. Assim, uma lesão, física ou psíquica pode ser considerada um delito ou uma infracção. É igualmente caracterizado como transgressão o acto de agredir fisicamente ou maltratar outrem sem lhe causar lesão. Em qualquer caso, se a vítima tiver uma relação de parentesco com o agressor a pena é agravada.

Além disso, o Código Penal tipifica como delito as agressões sexuais, o abuso sexual, o assédio sexual, o exibicionismo e provocação sexuais, a prostituição e a corrupção de crianças. São ainda consideradas delituosas as lesões ou doenças que prejudiquem gravemente o desenvolvimento normal do feto ou lhe provoquem uma grave deficiência física ou psíquica.



OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PROTECÇÃO À INFÂNCIA

2

- Em que consiste a Protecção à Criança?
- Porque é importante detectar os Maus tratos
- Intervenções e Competências dos Profissionais de Saúde perante os Maus tratos às Crianças
- Dificuldades relacionadas com a detecção dos Maus tratos em Crianças

2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PROTECÇÃO À INFÂNCIA

2.1. EM QUE CONSISTE A PROTECÇÃO À INFÂNCIA

A protecção à infância consiste em garantir a integração das crianças nos seus grupos de convivência naturais, em condições que possibilitem a sua participação na vida familiar, social, cultural e económica, potenciando o seu desenvolvimento como indivíduos.

O Sistema de Protecção à Infância, inclui um amplo espectro de pessoas, desde os pais e os cidadãos, em geral, até às instituições com competências em matéria de protecção à infância.

A **detecção e sinalização** das situações de maus tratos contra as crianças constituem **o início do processo de protecção**, que envolve um conjunto de profissionais bastante heterogéneo, designadamente técnicos dos serviços sociais, profissionais de saúde, psicólogos, fiscais, juizes, professores, educadores, etc., e com funções bem diferenciadas.

Uma vez identificada, analisada e avaliada, pelos serviços de saúde, a situação de maus tratos ou de perigo para a criança, compete ao Departamento do Serviço Social do Centro de Saúde sinalizar a criança à **entidade competente**, em matéria de protecção à infância.

Estas entidades são responsáveis por efectuar uma avaliação e análise do caso, incluindo a recolha e/ou análise da informação clínica e psicossocial proveniente dos serviços médicos e também de outras áreas, como da educação/escola, polícia, psicologia, sócio-laboral, penitenciária, saúde mental, etc., de acordo com cada situação. O **objectivo** é diagnosticar a situação de maus tratos sobre a criança, as razões/causas que despoletaram, mantiveram ou agravaram o problema, bem como avaliar as necessidades da criança e da família e o prognóstico de mudança da situação familiar.

Esta informação serve de **ponto de partida** para **orientar** a intervenção no sentido de responder às necessidades da criança e da família e desta forma garantir à criança um ambiente estável e seguro.

Com a informação disponível e a participação de diferentes profissionais realiza-se, o **planeamento do caso**, que se entende como uma **projectão** dos objectivos a alcançar para a criança e família para restaurar o seu **bem-estar e segurança**.

Nas situações de risco ou perigo, em que se reconheça que a situação familiar e social da criança não promove o seu desenvolvimento equilibrado e não cobre adequadamente as suas necessidades, mas identificam-se **factores de protecção** suficientes por parte dos pais/cuidadores, a intervenção preventiva e protectora centralizar-se-á na Equipa Municipal de Serviços Sociais. As acções previstas para este tipo de problemáticas psicossociais que podem afectar a criança são, entre outras: as ajudas económicas, os apoios domiciliários, as intervenções de natureza educativa dirigidas aos pais e as intervenções familiares de carácter especializado.

Nos casos mais urgentes, o Serviço Territorial com competências em matéria de Protecção de Crianças ² pode, através de uma resolução administrativa, tutelar a criança e protegê-la ou encaminhá-la para um centro de acolhimento de crianças ou uma família de acolhimento. Uma vez assegurada a protecção da criança dá-se início a uma segunda fase de investigação e avaliação do caso, que permita a planificação de intervenções mais concretas e inclua também a respectiva família.

² No momento da edição deste manual, o citado serviço é a Secção da Criança da Direcção Territorial da Conselheira de Protecção Social.



FASES DO PROCESSO DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.

O seguimento do caso será efectuado conjuntamente pelo Serviço Territorial com Competências em matéria de Protecção de Crianças e a Equipa Municipal de Serviços Sociais, não se excluindo em caso algum os âmbitos de detecção (saúde, educação, forças de segurança, acção social, etc.).

Os profissionais dos serviços de saúde são fundamentais em todo o processo de protecção à infância. As suas funções ultrapassam a detecção dos casos de maus tratos e são determinadas em articulação com outros profissionais também envolvidos. Além disso, ao colectivo dos profissionais de saúde compete o diagnóstico das lesões por maus tratos, o que é fundamental para a investigação criminal e avaliação do caso. Às vezes também participa na elaboração do plano de intervenção e contribui para a intervenção psicossocial, motivando os pais/cuidadores e facilitando a comunicação com eles. A sua participação na monitorização dos casos também é fundamental para verificar se a criança está a evoluir adequadamente.

2.2. PORQUE É QUE É IMPORTANTE DETECTAR OS MAUS TRATOS?

Os maus tratos contra as crianças em todas as suas formas constituem um **problema de saúde pública** que tem origem em múltiplas causas: psicológicas, familiares, económicas e sociais. A sua **incidência é semelhante** à de outras causas de mortalidade e morbilidade infantil, como o cancro ou os acidentes, mas produz diversas sequelas físicas e psíquicas.

Em Espanha, os estudos disponíveis indicam uma incidência de maus tratos às crianças da ordem dos 2%. Neste momento **não existe** um conhecimento exacto dos casos reais de maus tratos às crianças. Estudos levados a efeito em diferentes comunidades autónomas do Estado espanhol indicam que os dados conhecidos dos maus tratos podem representar 10-20% dos dados reais, assemelhando-se assim aos números obtidos por outros países comparáveis. Isto significa que só se responde e acompanha uma **pequena parte** das crianças que vivem uma situação de perigo ou de maus tratos. Por outro lado, está demonstrado que estas últimas percentagens aumentam à medida que os serviços comunitários relacionados com a infância se **especializam e se tornam mais sensíveis** à detecção dos casos.

A mortalidade ocorre quer como consequência directa dos maus tratos, quer indirectamente na adolescência e na idade adulta, pelas suas graves consequências psicossociais de longo prazo, nomeadamente através de lesões, complicações, ou



LEMBRE-SE

- Quando os pais não cumprem a sua função de protecção, torna-se necessária a participação de outros agentes sociais.
- O objectivo de qualquer intervenção protectora é garantir que a criança se desenvolva num ambiente estável e seguro.
- A detecção faz parte do processo de protecção que implica a identificação de situações de maus tratos às crianças e do não cumprimento da satisfação das suas necessidades.
- A sinalização faz parte do processo de protecção que consiste na comunicação/sinalização de situações de maus tratos às entidades competentes.
- As intervenções dos profissionais dos serviços de saúde em relação aos maus tratos às crianças não se resumem à detecção e sinalização dos casos, estão também integradas num processo de intervenções mais amplo, que abrange igualmente a investigação, o tratamento e a monitorização dos casos.
- A eficácia da intervenção protectora depende da coordenação entre os agentes sociais envolvidos na protecção, entre os quais se incluem os profissionais de saúde.
- O tratamento dos casos de maus tratos envolve um número vasto e heterogéneo de profissionais. As iniciativas pessoais não são suficientes para a sua solução.

suicídio (Cerezo, 1995; Finkelhor, 1985). Os adolescentes que sofreram maus tratos estão 3 a 5 vezes mais em risco de tentativas de suicídio do que os outros (Riggs, 1990; Rutter, 2000).

Também se sabe que as crianças vítimas de maus tratos estão sujeitas a um risco de morte, desde o nascimento até à adolescência, três vezes superior ao da população infantil em geral (Sabotta, 1992).

Entre as **sequelas a curto prazo** podem-se enumerar: as lesões, as respostas emocionais e comportamentais desajustadas, como consequência do stress sofrido e de um modo geral, qualquer resposta física e psíquica ao stress, resultante de situações de maus tratos, que envolva um fracasso adaptativo, como o atraso de crescimento e de desenvolvimento de etiologia não orgânica, o atraso psicomotor e cognitivo, as perturbações sócio-emocionais e de aprendizagem, etc.,

Entre as **sequelas a longo prazo**, encontram-se as sequelas anatómicas (cicatrizes, próteses, amputações, etc.), as funcionais (perda de sensibilidade, perda de alguma das funções viscerais, claudicação, etc.), e as emocionais (distorções cognitivas)) que costumam afectar negativamente a percepção que o indivíduo tem da sua saúde, beleza, harmonia ou auto-estima.

Entre as **sequelas a longo prazo** destacam-se igualmente os transtornos psicossomáticos, somatomorfos e psicológicos, os comportamentos aditivos, as alterações do sono, os problemas sexuais, alimentares, etc.

Convém recordar que os maus tratos referem-se não só às situações extremas e pontuais que podem causar danos físicos e/ou emocionais à criança, mas também às que estão intimamente relacionadas com **dinâmicas familiares específicas** e, por vezes, já **crónicas**. Estas últimas são frequentes e complexas, pelo facto de os membros da família as considerarem a forma “normal” de relacionamento entre eles.

Os dados, nesta área, evidenciam que as várias formas de maus tratos apresentam **padrões regulares de manifestação** e que a **probabilidade de repetição** dos factos que estão na sua génese é, por vezes, bastante elevada. Trata-se igualmente de um fenómeno cuja **frequência** e **intensidade** podem aumentar com o tempo a não ser que se intervenha atempadamente na problemática e factores subjacentes. Também se sabe que a probabilidade de os maus tratos afectarem outros membros da família

– irmãos ou outras pessoas vulneráveis – é elevada (72-98% são igualmente vítimas de maus tratos; Wolfe, 1987).

A identificação dos **sinais de alarme** de um possível mau trato à criança é um passo prévio e imprescindível para a intervenção e orientação relativamente ao problema. **A detecção deve ser o mais precoce possível.** Só assim se pode evitar a gravidade das consequências dos maus tratos para um criança e garantir o êxito da intervenção.

2.3. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE OS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS

As intervenções e as funções dos profissionais de saúde na problemática dos maus tratos às crianças são múltiplas e todas elas têm como objectivo comum contribuir para a satisfação das necessidades da criança e para garantir a sua segurança e bem estar.

Nem todos os profissionais de saúde têm as mesmas responsabilidades nos cuidados e intervenção prestados em casos de maus tratos e nem todos os profissionais têm de actuar de igual modo. Tal dependerá, não só do nível de resposta profissional prestada, seja hospitalar ou de intervenção primária em centros de saúde, mas também das diferentes especialidades envolvidas, conforme se trate de médicos de família, pediatras, pessoal de enfermagem, funcionários dos serviços sociais, etc.

Basicamente, **as responsabilidades dos serviços de saúde** nesta área podem resumir-se a:

- Detecção e sinalização dos casos de maus tratos ou suspeita dos mesmos.
- Diagnóstico e administração de tratamento médico às crianças vítimas de maus tratos.
- Monitorização de crianças em perigo e de famílias vulneráveis com dificuldades na relação com os filhos.
- Ensinar aos pais modelos adequados de educação infantil.
- Elaboração de **relatórios devidamente documentados e fundamentados** que possam ser utilizados para a avaliação do caso pelo Serviço Territorial com competência em matéria de Protecção à Infância e pelo Tribunal.



LEMBRE-SE

- As implicações dos maus tratos na saúde das crianças levam os profissionais de saúde a ter um papel fundamental na sua detecção, prevenção e intervenção.
- O modelo de saúde actual também tem em consideração a saúde psicológica da criança e as características do ambiente que o rodeia.

Antes de começarmos a definir as responsabilidades dos diferentes serviços de saúde relacionados com os maus tratos é conveniente ter em conta um conjunto de **recomendações**:

Formação especializada e experiência comprovadas dos profissionais na área específica da infância. A formação no domínio dos maus tratos é **necessária**, na medida em que sensibiliza para a detecção dos casos e oferece ao profissional ferramentas para a compreensão e a abordagem destas situações.

O profissional de saúde deve **actuar em relação à problemática dos maus tratos numa perspectiva integral**. Isto é, deve considerar a criança, tal como os restantes doentes, como um **todo biopsicossocial**, imerso num meio familiar, ambiental e social que é fulcral para o seu desenvolvimento e bem-estar.

Entender que os maus tratos têm origem psicossocial. Os maus tratos ocorrem em consequência de disfunções nas dinâmicas das relações criança-pais/prestador de cuidados. É muito frequente **os sintomas** que a criança apresenta, como comportamentos de oposição ou estados de “nervosismo”, deverem-se à situação sócio-familiar que está a viver e às relações em que se encontra imersa. Por isso, é conveniente uma abordagem ecossistémica considerando não só os sintomas que a criança apresenta, mas também as suas circunstâncias familiares e sócio-culturais. O aconselhamento, nestes casos, parece ser uma resposta importante (Pedreira, 1990).

Ter presente que o objectivo fundamental é a protecção da criança. A criança deve ser protegida, atendendo-se a uma das suas necessidades básicas que é a de poder **estabelecer laços seguros e saudáveis** com os seus cuidadores num ambiente familiar.

A criança é um indivíduo com direitos e as intervenções devem ser vocacionadas para a prevenção de todas as situações que sejam susceptíveis de violar os seus direitos e prejudicar o seu desenvolvimento.

Criar desde o princípio uma **relação de confiança com os pais/cuidadores e motivá-los para uma intervenção do tipo psicossocial**. A **confiança** e a **motivação** dos pais/cuidadores são factores imprescindíveis para reconhecerem o problema de relação e abuso com os filhos e para aceitarem a ajuda psicossocial.

Fomentar a coordenação com outros profissionais através de um enfoque interdisciplinar e intersectorial para evitar a falta de respostas e/ou a duplicidade de intervenções.

Facilitar a transmissão de informação integrando, sempre que possível, dados complementares recolhidos por outros profissionais. A informação transmitida deve ser fundamentada em afirmações precisas, apoiadas em dados médicos, e incluir uma avaliação dos factores de risco psicossociais.

Dispor de **instrumentos** que permitam recolher de forma ordenada e sistemática as características dos maus tratos, bem como **protocolos de intervenção** que facilitem e sistematizem o tratamento destas situações.

Dispende tempo e tomar as precauções necessárias para estudar o caso (e.g.: reacções da criança, da família, da relação pais-filhos) com objectividade e profundidade.

Entender que a criança maltratada tem **necessidades emocionais** importantes e requer uma atenção, cuidados e apoio especiais.

O tratamento dos maus tratos no domínio da saúde processa-se em **duas áreas complementares**; uma **clínica** e a outra **psicossocial**. Esta **dupla orientação** permite **definir**, de uma maneira geral, as **funções** dos profissionais envolvidos nos casos de maus tratos.



LEMBRE-SE

- O tratamento dos maus tratos às crianças pelos serviços de saúde faz-se na área clínica e psicossocial.
- Os maus tratos às crianças são um problema que se verifica no contexto familiar e que afecta toda a família, pelo que as soluções também devem passar por esta.

2.3.1. AS PRINCIPAIS FUNÇÕES NA ÁREA CLÍNICA

Seguidamente especificam-se algumas tarefas protagonizadas pelo pessoal da área clínica em geral:

- Tratamento das crises (lesões, problemas de saúde associados, possíveis sequelas, repetição dos maus tratos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, etc.), comprovação diagnóstica e validação das declarações.
- Acompanhamento emocional da criança durante a intervenção. O apoio emocional é imprescindível nos casos de maus tratos, já que as consequências psico-emocionais vão estar presentes quer a curto, como e médio e a longo prazo.
- Recorrer sempre que necessário à ajuda de outros profissionais (por exemplo, psicólogos, pedopsiquiatras ou psiquiatras, profissionais da área social, etc.).
- Registar na história clínica todos os dados relevantes, tanto da anamnese e do exame físico, como das respostas às medidas terapêuticas e preventivas.
- Efectuar um controlo periódico ou monitorização da situação familiar para prevenir ou detectar possíveis recaídas. Estima-se que o risco de recidiva ao regressar ao ambiente familiar é de 55% a 69%. Além disso, as sequelas físicas e psíquicas dos maus tratos surgem ou ressurgem frequentemente em algum momento do desenvolvimento da criança. Assim, o que no princípio parece não a afectar pode converter-se em algo realmente problemático numa etapa posterior do seu desenvolvimento ou em determinadas circunstâncias sócio-familiares.

Concretamente, as funções dos diferentes profissionais da área clínica são:

Pessoal de obstetrícia e ginecologia

O pessoal de obstetrícia e ginecologia atende as mães durante a gravidez, no parto e nos meses imediatamente a seguir, isto é, durante um período de tempo de vulnerabilidade especial, em que a mãe se encontra numa situação crítica que envolve mudanças na sua vida e requer a utilização de recursos pessoais, familiares e sociais. Por outro lado, durante esta etapa crítica, as fontes de apoio

social costumam diminuir e a mãe vê-se num certo isolamento em relação ao seu ambiente.

Estes profissionais têm um papel relevante:

- Na prevenção através da preparação e apoio dos pais para o cuidado do bebé e a satisfação das suas necessidades básicas.
- Na detecção de situações de risco e de perigo através da observação de condições de stress familiar (doenças, problemas na relação, ambiente sócio-laboral, etc.), das expectativas dos pais em relação ao bebé e do tipo de interacção e vinculação dos pais ao filho.
- Na promoção e facilitação do planeamento familiar.

Pessoal de pediatria e enfermagem nos Centros de Saúde

Mantém um contacto periódico e estreito com os pais e a criança durante a infância, efectuando um acompanhamento do desenvolvimento físico da criança, do seu nível de desenvolvimento geral e dos cuidados que recebe. Esse contacto próximo também permite aos profissionais observar disfunções nas relações pais-filho e investigar as situações em que existe suspeita de maus tratos.

Estes profissionais têm uma função privilegiada na:

- Sensibilização sócio-educativa dos pais/cuidadores para estabelecer bases de educação adequadas e promover relações pais-filhos positivas.
- Detecção de algum tipo de lesão ou sequelas resultante de abusos ou negligências.
- Detecção de atrasos de desenvolvimento ou problemas comportamentais que não tenham uma etiologia orgânica diagnosticada.
- Detecção de risco ou perigo devido à incapacidade temporária ou permanente dos seus pais/cuidadores, seja por abuso de substâncias ou devido a perturbações psicopatológicas, elevado nível de stress, problemas físicos ou comportamentais significativos na criança, etc.

- Atenuação das crises de origem ambiental, encaminhando os pais/cuidadores para a Equipa Municipal de Serviços Sociais, que pode prestar ajuda económica, psicoterapêutica, habitacional, laboral, etc.
- Colaboração na acção protectora dirigida por outros profissionais:
 - Facultando **relatórios documentados** sobre o estado de saúde da criança, informando sobre a origem das lesões, etc.
 - Proporcionando **informação periódica** acerca da evolução da saúde do criança ao Serviço Territorial competente em matéria de Protecção de Crianças.
 - Participando na concretização dos objectivos da acção protectora, nomeadamente apoiando e ensinando os pais/cuidadores a satisfazer as necessidades físicas e emocionais do filho e reforçando o seu envolvimento nos cuidados a prestar a este último, etc.

Pessoal de saúde hospitalar

A intervenção destes profissionais nos casos de perigo ou maus tratos centra-se na:

- Detecção precoce de situações de abuso ou abandono de crianças através da observação e recolha de informação sobre a criança e os seus acompanhantes.
- Detecção de situações de risco e perigo em crianças hospitalizadas através da observação do tipo de interacção pais/cuidadores-filho e dos comportamentos e atitudes individuais dos pais/cuidadores e dos filhos.
- Elaboração de relatórios documentados sobre o estado de saúde da criança e a etiologia das suas lesões, dirigidos aos serviços territoriais competentes em matéria de protecção de crianças e aos tribunais.

Pessoal de saúde mental

Estes profissionais são responsáveis pelo tratamento psiquiátrico de crianças e adultos. Nos casos de maus tratos às crianças a sua função é especialmente relevante ao nível:

- da detecção precoce de maus tratos ao tratar crianças com problemas

emocionais ou psicopatológicos.

- do diagnóstico e tratamento de perturbações emocionais e psicopatológicas na criança em consequência de maus tratos sofridos.
- da detecção de maus tratos, tendo em consideração as características comportamentais ou psicológicas dos pais/cuidadores, que os incapacitam ou limitam para responder adequadamente às necessidades do filho.
- da prestação de informação periódica ou relatórios aos serviços territoriais com competência na área da protecção de crianças ou ao Juiz quando está em causa o estado de saúde psíquica da criança.
- da participação na formulação dos objectivos da intervenção, no desenho do plano de intervenção do caso e na avaliação dos resultados.
- da preparação dos pais/cuidadores para responderem adequadamente às necessidades emocionais dos filhos.
- do ensino e promoção dos recursos pessoais da criança que lhe permitam detectar e defender-se do abuso dos adultos.

2.3.2. AS PRINCIPAIS FUNÇÕES NA ÁREA PSICOSSOCIAL

Entre as principais funções dos profissionais do Departamento de Serviço Social do Centro incluem-se:

- Facultar dados que contribuam para certificar a veracidade de maus tratos notificados pelo pessoal médico através, por exemplo, de entrevistas com a criança e os seus principais cuidadores, da consulta de outros profissionais, etc. Fazem-no quer nos casos que recorrem ao Serviço de Urgência, como nos casos que dão entrada devido a outro diagnóstico e que, na opinião do médico ou enfermeiro do serviço que os atende, sejam suspeitos de maus tratos.
- Acompanhar os casos confirmados ou suspeitos que sejam referenciados por outros Centros da Área da Saúde.
- Determinar a gravidade da situação de perigo a que a criança está sujeita,

assim como avaliar até que ponto as suas necessidades básicas estão a ser satisfeitas.

- Actuar em articulação com as equipas municipais de serviços sociais ou outros profissionais envolvidos no caso, participando na análise e proposta da resolução do caso.
- Elaborar relatórios sociais.

Nos casos em que não exista um Departamento de Serviço Social no centro, o pessoal de saúde que detecte os maus tratos notificará o caso às instituições competentes, como as equipas municipais de serviços sociais, ou aos serviços territoriais com competência em matéria de protecção de crianças.

2.4. DIFICULDADES RELACIONADAS COM A DETECÇÃO DOS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS

Se bem que a probabilidade de detectar os maus tratos às crianças no âmbito da saúde seja elevada, não deixa de ser uma tarefa difícil que, além do mais, suscita uma série de conflitos e de dúvidas pessoais ao profissional, principalmente porque muitas vezes receia cometer erros na identificação e diagnóstico dos maus tratos.

Assim, entre os factores que mais podem contribuir para não reconhecer os maus tratos está, por exemplo, a **falta de formação** acerca dos seus indicadores.

Outras razões mais comuns que impedem a detecção dos maus tratos às crianças são algo mais complexas e prendem-se com **questões pessoais** dos profissionais. Diagnosticar uma situação de maus tratos implica “desvendar” uma situação familiar conflituosa e responsabilizar alguém pelo dano e, em última instância, provocar mudanças numa dinâmica familiar consolidada, que vitimiza o mais vulnerável, frequentemente a criança. Esta situação está normalmente associada ao temor de cometer alguma falha e diagnosticar como maus tratos algo que não o é, de ser injusto com os pais/cuidadores ou com a criança, das reacções dos pais e da sua própria segurança pessoal, de estar a desrespeitar o princípio da confidencialidade, etc.

Outros possíveis receios do profissional que dificultam a identificação dos maus

tratos estão relacionados com a desconfiança e/ou o desconhecimento relativamente a outras instituições sociais, outros profissionais, outras possibilidades de intervenção e medidas de apoio à família ou à criança. Isto é, teme-se que “*o remédio seja pior do que a maleita*”. Este receio baseia-se na ideia, e às vezes na experiência, de que a sinalização de um caso de maus tratos de nada serve, na medida em que as intervenções institucionais posteriores à sinalização são ineficazes e até nocivas para a criança.

Estes hesitações são de certo modo compreensíveis, não obstante a maioria basear-se em falsas crenças ou na falta de conhecimentos sobre o assunto.

Por isso, cabe a cada um a responsabilidade de reflectir sobre as suas dúvidas, partilhá-las e procurar soluções para poder dar uma resposta profissional ou o mais adaptada possível às necessidades da criança e da família.

Os falsos positivos no diagnóstico de maus tratos às crianças são possíveis. Contudo, não devem levar o profissional a desistir da detecção dos maus tratos, reforçando os possíveis medos de cada um, porque quando existe suspeita de maus tratos, de qualquer tipo, **o mais provável é que efectivamente eles existam**. Não reconhecer o problema implica ser injusto com a criança, deixá-la sozinha com as suas necessidades, abandonada perante o risco ou até perigo de lesões mais graves, atrasos de desenvolvimento ou perda da sua própria vida.



LEMBRE-SE

- Os profissionais são influenciados por falsas crenças e expectativas cuja consciencialização pode facilitar a detecção e intervenção nos casos de maus tratos a crianças.
- Quando se suspeita de maus tratos de qualquer tipo, o mais provável é que eles já existam ou possam vir a ocorrer.



DETECÇÃO DOS MAUS TRATOS ÀS CRIANÇAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3

- Anamnese Clínica
- Recomendações para os Exames Médicos em caso de suspeita de Maus tratos
- Observação de Indicadores
- Indicadores de Maus tratos: Formas de Apresentação
- Exames Complementares de Diagnóstico
- Avaliação da Situação Detectada

3. DETECÇÃO DOS Maus tratos ÀS CRIANÇAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os maus tratos às crianças constatarem-se e comprovam-se com base na **observação de múltiplos dados e indicadores** obtidos através da anamnese (história clínica e sócio-familiar), dos exames físicos (lesões, queimaduras, etc.), dos exames complementares de diagnóstico (análises laboratoriais e rádio-diagnóstico), da observação do comportamento da criança e do seu prestador de cuidados ou acompanhante, do diagnóstico diferencial e da informação facultada por outros profissionais.

Os dados obtidos a partir destas **fontes** permitem estabelecer um diagnóstico de maus tratos. O objectivo do diagnóstico é:

- Permitir afirmações fundamentadas que expliquem a etiologia das feridas, fracturas, doenças, atraso de desenvolvimento, etc.
- Proporcionar as bases para o prognóstico e tratamento do caso.

3.1. ANAMNESE CLÍNICA

O objectivo da anamnese consiste em **recolher a informação relevante** sobre a situação de maus tratos existente, a história de lesões anteriores, o desenvolvimento social e comportamental da criança e a situação familiar.

Seria conveniente realizar a anamnese em entrevistas com a mãe, com o pai e com a criança **separadamente**, nos primeiros momentos, após o incidente ter ocorrido, em que informação dos diferentes membros da família é **mais divergente e antagónica e está menos manipulada**.

Alguns aspectos a ter em conta na entrevista com a mãe

- Começar pelos antecedentes fisiológicos, indagando acerca da gravidez, do parto e do desenvolvimento da criança.
- As perguntas formuladas de forma **neutra e aberta** podem revelar-se muito úteis, por exemplo: O que é que a mãe considera ser mais importante? Quais são as suas preocupações, etc.

- Ao chegar ao tema da lesão, fazer perguntas **pouco incisivas**: o que é que lhe aconteceu, o que é que ele/ela lhe disse, etc.
- É conveniente observar e anotar as reacções emocionais durante a entrevista.

Na entrevista com o pai

- Perguntar sobre o estado de saúde da criança.
- Anotar as possíveis discrepâncias e rivalidades com a mãe.

Na entrevista com a criança

- Observar se a criança está adequadamente desenvolvida para a idade e se o seu nível de desenvolvimento físico e cognitivo lhe permite realizar as acções que os pais relatam (por exemplo: Consegue meter-se sozinha na banheira e abrir a torneira de água quente?).
- Fazer-lhe as perguntas quando estiver mais tranquila e for capaz de contar o sucedido, sem a forçar nem induzir nas respostas.
- Fazer as perguntas, assinalando as partes do corpo. Perguntar se alguém lhe tocou de maneira a causar-lhe dor ou incómodo.
- Em função do nível de desenvolvimento linguístico da criança é aconselhável perguntar-lhe: O que é que aconteceu e quem o fez?. Eventualmente pode utilizar-se um exemplo “conheço um/a menino/a que tinha o mesmo que tu...”.

Anamnese específica para acidentes

- O que é que aconteceu **antes** do “acidente”?
- Os pais ou cuidadores da criança devem contar pormenorizadamente o que sucedeu antes do aparecimento das feridas, etc., quando é que estas foram detectadas, como os sintomas se desenvolveram e qual foi ordem pela qual surgiram.
- Quem esteve com a criança antes de ocorrer a lesão? Quem estava a cuidar dela? Quem pode ter observado a situação quando a lesão ocorreu?
- Em que situação surgiu a ferida, fractura, etc.? Era à hora da refeição, de mudar a fralda, etc.?

- Que características é que a criança apresenta? Tem cólicas, chora com frequência? Trata-se de uma criança difícil de acalmar? Encontra-se numa fase de desenvolvimento problemática? Como é a relação da criança com os pais? Tem alguma doença crónica? Alguma deficiência?
- Como reagiram os pais perante a situação? Tomaram alguma medida de urgência ou tentaram reanimar a criança? Procuraram cuidados médicos imediatamente ou desleixaram-se?
- Antecedentes pessoais da criança. A gravidez foi problemática? Houve complicações perinatais? E outros dados como o peso ao nascer, aleitamento materno, internamentos hospitalares, intervenções, desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento pondero-estatural, tipo de medicação. Houve separações precoces e prolongadas entre mãe e filho? Está vacinada? Vai regularmente às consultas médicas?
- Se houve outras crianças como testemunha, é importante recolher a sua versão, através da narração ou da observação de jogos.

A anamnese familiar conteria a seguinte informação:

- Como é a dinâmica familiar? Quem vive no domicílio da família? Como são as relações de parentesco? Como é o ambiente familiar? Existe a possibilidade de receber ajuda ou apoio de outras pessoas? A casa é frequentada por amigos ou outras pessoas?
- Existem factores de stress na família, como por exemplo, pobreza, ameaça de desemprego, conflitos familiares, separação ou divórcio, violência doméstica, comportamentos aditivos (consumo de álcool ou drogas), relações anteriores com os serviços sociais, doenças físicas ou mentais relevantes, etc.
- Antecedentes pessoais dos pais. Algum dos progenitores tem antecedentes de maus tratos infligidos pela sua família de origem?
- Quais são as práticas disciplinares dos pais?
- A preocupação que os pais mostram é compatível com a gravidade dos danos na criança?

10 “Na verdade, a intervenção estadual representa, normalmente, uma restrição dos direitos fundamentais da criança ou do jovem (nomeadamente o seu direito à liberdade e autodeterminação pessoal), e direitos fundamentais dos seus progenitores (e.g. o direito à educação e manutenção dos filhos). Por isso e, atendendo ao disposto no artigo 18.º/2 da Constituição, não pode essa intervenção deixar de obedecer aos princípios da necessidade e proporcionalidade”
Conforme, Ramião, Tomé d’Almeida, *in* Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Anotada e Comentada, Editora Quid Juris

Outros aspectos a ter em conta na anamnese são a análise e avaliação das **condições** em que a lesão ocorreu. Embora esta não seja uma tarefa propriamente dita do profissional de saúde dependendo, por vezes, do tipo de lesão que a criança apresente, é uma informação que pode ajudar a decidir se a ferida foi acidental ou é consequência de maus tratos. A organização geral e as condições de segurança da casa também podem dar uma ideia do risco ou perigo e do grau de stress a que a criança está, ou esteve exposta.

Assim, por exemplo, em casos de queimaduras por imersão, é importante saber quanta força é necessária para abrir a torneira, como se fecha o tampão da banheira, se é possível a criança chegar lá sozinha, etc. Nas quedas, convém documentar a altura da queda e a superfície sobre a qual a mesma ocorreu (alcatifa, pedra, etc.), que outros objectos se encontravam no local, como é que os móveis estão distribuídos no compartimento, etc. Nas quedas em escadas, perguntar a altura dos degraus, etc.

Por rotina, para avaliar o risco de abuso a que uma criança está sujeita, o profissional pode ainda fazer as **seguintes perguntas** aos pais/cuidadores:

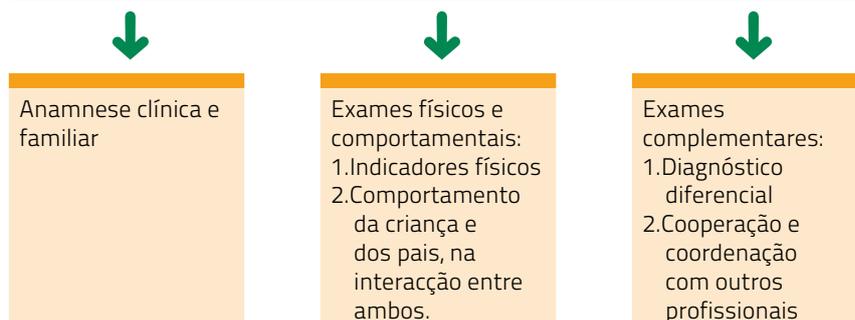
- Do que é que gosta mais ao cuidar do seu filho? E menos?
- Quem o/a ajuda a cuidar do seu filho?
- Tem tempo para si mesmo/a?
- O que é que faz quando o comportamento do seu filho o/a descontrola?
- Tem problemas com o seu filho às refeições ou para se deitar?
- O seu filho frequenta o jardim infantil?
- Como estão a correr as coisas entre si e o seu companheiro/a?

LEMBRE-SE



- O diagnóstico de maus tratos às crianças estabelece-se a partir da avaliação conjunta dos indicadores físicos e comportamentais da criança e dos pais/cuidadores.
- A história clínica e familiar, os exames físicos e comportamentais e os exames complementares são instrumentos indispensáveis para o diagnóstico dos maus tratos às crianças.

COMPONENTES PARA EFECTUAR O DIAGNÓSTICO DE MAUS TRATOS



3.2. RECOMENDAÇÕES PARA OS EXAMES MÉDICOS EM CASO DE SUSPEITA DE MAUS TRATOS

Quando se realizem exames médicos a crianças que foram vítimas de maus tratos, há que ter em conta uma série de aspectos referentes ao **local**, ao **momento** e à **atitude do profissional**.

Em relação ao **local** em que o exame se realiza, é conveniente que seja o mais acolhedor possível. Deve estar bem iluminado, ser confortável, tranquilo e dispor dos meios adequados (colheita de amostras, instrumentos, etc.). Convém não fazer o exame em esquadras de polícia ou em instalações judiciais, porque estes locais são pouco adequados para examinar qualquer criança. Além disso, o exame deve respeitar o direito à privacidade e confidencialidade e, portanto, ser efectuado a sós (profissional e criança), sempre que esta não solicite a presença dos pais/cuidadores.

Em relação ao **momento** para efectuar o exame, é conveniente que seja o mais próximo possível dos factos. Isto permite **obter mais provas**, tratar melhor os danos resultantes dos maus tratos, (ex.:complicações infecciosas, lesões, etc.), dar mais apoio psicológico à criança e aos pais, etc. Uma grande desvantagem é, no entanto, o facto de a criança estar normalmente assustada.

3.2.1. ATITUDE PERANTE A VÍTIMA

Regra geral, as crianças que são vítimas de abusos apresentam uma série de medos e atitudes justificados pelas situações que viveram e que as impedem, muitas vezes, de pedir ajuda ou reconhecer abertamente o abuso. Algumas crianças não falam dos maus tratos de que estão a ser, ou foram, vítimas porque:

- Têm medo das represálias do agressor se este vier a saber que a agressão foi revelada.
- Podem sentir vergonha ou humilhação, pensando que são as únicas a viver este tipo de situações, e/ou que foram elas que provocaram a violência e/ou que merecem os maus tratos ocorridos.
- Podem querer proteger os pais/cuidadores, pois sentem e acreditam que a sua vida depende inteiramente deles.

- Não entendem o que se está a passar.
- Podem pensar que as outras pessoas não se interessam por elas, não acreditam nelas, nem as podem compreender e ajudar, incluindo o profissional que as atende.

A atitude do profissional de saúde repercute-se na percepção que a criança tem do problema e no seu grau de colaboração no exame. Por isso, é conveniente ser –se cuidadoso para que o desenlace da situação seja o mais positivo possível para a criança e não se produza uma revitimização. A criança deve sentir e perceber que o médico está preocupado com o que se passa com ela e tem o máximo interesse em ajudá-la.

Para isso, convém ter em conta as seguintes recomendações:

- Adoptar uma atitude profissional e não actuar com ligeireza ou levado por um zelo imprudente ou precipitado.
- Conhecer a etapa de desenvolvimento da criança, quais são as suas características psíquicas, intelectuais, emocionais, psico-sexuais e corporais.
- Evitar repetições de actos já praticados e testes/provas desnecessárias para minimizar o risco de vitimização secundária. Por isso, é fundamental dispor de uma boa recolha de dados/documentação desde a detecção da situação e manter uma boa coordenação com outros profissionais.
- Dispende o tempo necessário para observar a vítima, mostrar tranquilidade e um mínimo de organização. As crianças percebem rapidamente quando há tensão no ambiente e deixam-se facilmente “contagiar”.
- Mostrar segurança/credibilidade e evitar revelar desconfiança em relação às explicações da criança.
- Aceitar o seu relato de uma forma neutra. Evitar emitir juízos acerca da situação de maus tratos e não se deixar levar pela indignação moral, sob pena de poder causar danos adicionais à criança.
- Não manifestar sentimentos contra os pais, não os criticar e não fazer a criança sentir-se culpada.

- Assegurar-lhe que não é culpada pelo que aconteceu.
- Mostrar-se extremamente sensível e empático em relação aos medos da criança. Reconhecer os sentimentos dela e aceitá-los. Responder às suas preocupações e necessidades.
- Adaptar a linguagem ao nível da compreensão, idade e grau de desenvolvimento da criança. Quaisquer perguntas devem ser simples, abertas e directas. Só assim a criança entende a necessidade da sua colaboração e pode iniciar uma relação de confiança com o profissional que a atende.
- Inculcar-lhe confiança e proporcionar-lhe segurança e apoio.
- Facultar informações, explicar o que se pode fazer e como se pode ajudá-la.
- Assegurar e tranquilizar a criança quanto à sua integridade física e psíquica. Muitas crianças desenvolvem ideias irracionais e medos em relação ao seu corpo (“o meu corpo está aleijado, doente, é asqueroso, está a apodrecer”).
- Informar sobre a confidencialidade e indicar os seus limites em caso de situações que configuram crime.
- Em casos de abuso sexual, ter um conhecimento específico da anatomia ano-genital, das suas variações e alterações ao longo do desenvolvimento, assim como do processo de exame. Em qualquer caso deve-se assegurar a participação de um médico forense ou outro especialista.

Seguem-se algumas recomendações para os casos de crianças hospitalizadas que foram vítimas, ou que estão em perigo de virem a sofrer, de maus tratos:

Tratá-las como a qualquer outra criança doente, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

- **Promover e facilitar** a relação da criança com os pais/cuidadores. O pessoal de saúde não deve substituir-se aos pais/cuidadores.
- Fazer com que os pais/cuidadores se sintam bem-vindos no hospital e reforçar as actividades de educação em que se sintam competentes.

- **Registar e recolher todos os dados** relativos aos comportamentos dos pais/cuidadores, da criança e da interacção entre eles.
- **Proteger a criança** contra a continuação dos maus tratos, proporcionando-lhe um ambiente seguro e tranquilo.
- Fazer os possíveis para que o pessoal que cuida da criança **seja sempre o mesmo**.
- Mostrar e expressar aceitação da criança sem esperar o mesmo em troca.
- Prestar atenção, sem reforçar os comportamentos inadequados da criança.
- Elogiar os aspectos positivos do seu comportamento a fim de promover a sua auto-estima.
- Saber lidar com a frustração pessoal quando a criança adopta comportamentos negativos para chamar a atenção.
- Planear actividades adequadas com outras crianças e adultos.

3.2.2. ATITUDE PERANTE OS PAIS

Embora a própria situação dos maus tratos seja moralmente inaceitável e suscite uma série de reacções emocionais negativas (e.g.: zanga, rejeição, agressividade, etc) é necessário **manter uma atitude profissional e honesta** com os pais/cuidadores da criança maltratada, independentemente dos pais/cuidadores reconhecerem, ou não, o problema e aceitarem, ou não, as propostas de intervenções ou as actuações posteriores para o resolver.

Os **maus tratos físicos** ocorrem, frequentemente, em situações de **grande tensão** e **conflito familiar**. No entanto, os pais/cuidadores das crianças maltratadas fisicamente, paradoxalmente, manifestam, muitas vezes, preocupação com o estado de saúde das crianças e têm grandes sentimentos de culpa pelo seu próprio comportamento. Por isso, é conveniente:

- Criar nos pais/cuidadores um sentimento de confiança.

- Comunicar-lhes o motivo da entrevista.
- Mostrar-se directo, empático e compreensivo.
- Explicar aos pais/cuidadores o estado em que a criança se encontra.
- Ouvir os pais/cuidadores.
- Não censurar, acusar, nem recriminar os pais/cuidadores.
- Oferecer ajuda.
- Informar sobre a confidencialidade e indicar os limites da mesma.
- Quando existir reconhecimento dos maus tratos por parte dos pais/cuidadores, indicar-lhes os profissionais a quem se dirigirem.
- Fazer uma descrição da problemática, mas não os rotular como “maltratantes”.
- Não abordar temas familiares que não tenham a ver com a situação específica.
- Quando chegar o momento, informar os pais/cuidadores sobre os direitos legais referentes ao caso.

Há que ter em conta que uma comunicação demasiado precoce da suspeita de maus tratos aos pais/cuidadores pode provocar reacções defensivas e confrontos desnecessários e, por conseguinte, a recusa em cooperar na resolução do problema e em intervenções posteriores. Portanto, **em certas situações** convém não falar directamente dessa suspeita, **mas referir que não há correspondência entre as lesões que a criança apresenta e a situação que os pais/cuidadores asseguram ter provocado o acidente** e que, por isso, a criança terá de ser vigiada para se detectar mais indícios que esclareçam a situação.



LEMBRE-SE

- É muito importante ser cuidadoso no exame da criança para não criar uma segunda vitimização.
- É conveniente que o exame seja realizado por um especialista na matéria e, sobretudo, que se tenha em conta um determinado perfil que responda a um mínimo de características. Uma delas é ser sensível e empático com os sentimentos e medos da criança.
- A criança vítima de maus tratos necessita de um ambiente seguro, organizado e tranquilo.
- A intervenção e reabilitação dos pais/cuidadores é mais fácil se estes tiverem estabelecido desde o início uma relação de confiança com os profissionais.
- Alguns profissionais têm dificuldade em reconhecer situações de maus tratos, porque consideram que se trata de assuntos privados que não lhes dizem respeito. Estas crenças pessoais devem ser consciencializadas e reflectidas em benefício dos Direitos da Criança e, concretamente, da criança maltratada.

3.3. OBSERVAÇÃO DE INDICADORES

Os indicadores de maus tratos consistem num **conjunto de sinais**, comportamentos ou circunstâncias, através dos quais se pode reconhecer uma situação de maus tratos.

Uma **característica comum** aos indicadores é que são **observáveis**. Podem dizer respeito quer a sinais físicos/corporais, quer a comportamentos das crianças afectadas e dos adultos responsáveis por cuidar delas.

- Indicadores físicos na criança.
- Indicadores comportamentais da criança.
- Indicadores comportamentais dos pais.
- Indicadores da interacção ou da relação pais/criança.

Os **indicadores** podem ser reconhecidos **em qualquer contexto de saúde**, por exemplo, na “vigilância”/acompanhamento da gravidez, no momento do parto, no programa de controlo médico da saúde do lactente e da criança, no planeamento familiar, na consulta médica, no posto de enfermagem, no hospital, no serviço de urgência, na consulta de saúde mental, no dentista, etc.

Os **indicadores físicos de maus tratos nas crianças** são os sinais que podem observar-se em qualquer parte do corpo, como as lesões, contusões, fracturas, atraso de desenvolvimento, etc., ou as manifestações físicas como o peso, a altura, a dor, etc. que, não se devendo especificamente a uma acção de mau trato activa, podem resultar do comportamento negligente dos cuidadores, nomeadamente a falta de uma alimentação adequada, ou de afecto ou carinho de uma forma apropriada, etc.

Os **indicadores comportamentais das crianças** referem-se às suas reacções comportamentais e emocionais, como consequência imediata ou a longo prazo do **stress sofrido** na situação de mau trato, designadamente, reacções de ansiedade, stress pos-traumático, etc. Também se incluem **os comportamentos e as estratégias emocionais** estreitamente ligados às expectativas que a criança tem de si mesma, dos outros e da relação. Estas expectativas fazem parte do **quadro de referência** da criança que é produto de experiências anteriores, significativas e consistentes ao longo do tempo. Assim, por exemplo, uma criança que evite o contacto corporal de forma persistente ou exagerada e se sinta incomodada com a proximidade de

outras pessoas, provavelmente tem a expectativa de que o contacto físico é nocivo e repugnante.

A expectativa da criança pode estar muito relacionada, por exemplo, com experiências abusivas por parte de certos adultos. Outros comportamentos como as birras ou os comportamentos agressivos podem obedecer a um tipo de expectativa diferente, como por exemplo, conseguir chamar a atenção ou dominar um contexto relacional habitualmente caótico ou inconsistente.

As expectativas em relação a si próprio, geradas pelas experiências de maus tratos, são geralmente negativas para o desenvolvimento do auto-conceito. Muitas vezes as crianças que sofrem castigos físicos frequentes, vêem-se como “más” e até sentem que merecem ser castigadas. As reacções posteriores podem ser muito díspares; desde a submissão, inibição e apatia até à agressividade e raiva extremas dirigidas contra si mesmas ou contra os outros. As crianças que não receberam os cuidados ou atenções adequados costumam considerar-se “não dignas de carinho”, etc.

Entre os indicadores comportamentais da criança incluem-se igualmente as perturbações e sintomas, produtos da **somatização** do conflito, como perturbações do sono, distúrbios alimentares, falta de controlo dos esfíncteres, etc.

Alguns **indicadores comportamentais** que podem observar-se nas crianças vítimas de maus tratos **durante as consultas de saúde** são:

- Pudor inexplicável e inadequado durante o exame genital.
- Medo injustificado ou desmesurado no momento da consulta médica.
- Movimentos de defesa quando os adultos se aproximam.
- Rosto inexpressivo, impressão de indiferença e cansaço.
- Reacção paradoxal de facilidade na adaptação à hospitalização.
- Hospitalismo inverso: a criança que em casa se mostra apática, pouco comunicativa, irritável e triste e que no hospital adopta uma atitude positiva.

Os indicadores comportamentais dos pais ou cuidadores principais referem-se ao comportamento ou atitudes que manifestam perante o pessoal de saúde acerca dos filhos, à sua reacção perante as lesões ou doenças da criança, à quantidade e qualidade das visitas que fazem e ao seu envolvimento emocional com a criança, aos comportamentos que têm entre eles no hospital, etc.

Alguns **indicadores dos pais/cuidadores** são:

- Queixam-se do comportamento da criança (agressividade, negativismo: não quer comer, não quer dormir, etc.).
- Culpabilizam a criança pelo problema existente.
- Discutem no hospital, rivalizam entre si pela criança, insultam-se, etc.
- Não dão importância às lesões ou doenças da criança. Não se preocupam com a evolução das mesmas.
- Mostram-se despreocupados em relação à administração das vacinas.
- Revelam uma supervisão inadequada das doenças agudas ou crónicas da criança.
- Incumprem os tratamentos médicos prescritos.
- Não comparecem às visitas ou fazem visitas de curta duração e com escassa dedicação à criança.
- Insistem em internar a criança num centro hospitalar sem justificação médica.
- Revelam hábitos de higiene, hábitos alimentares e de saúde pouco adequados.
- Dificuldades dos profissionais em estabelecer uma relação de sintonia com os pais.
- A criança é levada ao estabelecimento de saúde por outra pessoa que não os pais, por falta de vontade destes.
- Indiferença emocional em relação à criança.

Os indicadores da interacção ou relacionais entre pais/filho são extremamente importantes para a detecção dos maus tratos, uma vez que estes aparecem basicamente no contexto da relação. Contudo, o reconhecimento de problemas na relação é difícil, porque podem mascarar-se sob uma aparência de “normalidade” e comportamentos socialmente “aceitáveis”.

A relação pais-filhos constitui a base do desenvolvimento sócio-emocional das crianças, sobretudo na primeira infância, altura em que a criança desenvolve o seu primeiro vínculo com outras pessoas e as primeiras estratégias emocionais e comportamentais para se adaptar ao seu contexto interaccional mais imediato. O reconhecimento atempado das dificuldades da relação pode ajudar imenso as famílias e sobretudo as crianças, evitando-se assim que surjam problemas secundários e mais graves, como os de comportamento, nomeadamente, o recusar-se a comer, as dificuldades relacionadas com o sono, enurese, etc.

Assim, por exemplo, para detecção de eventuais problemas de maus tratos seria importante que o pessoal médico e de enfermagem, reflectisse as seguintes questões para o respectivo diagnóstico:

É possível que os comportamentos “disruptivos e/ou difíceis” da criança não sejam mais do que uma percepção distorcida dos pais/cuidadores e não um problema neurológico ou hereditário? A criança é capaz de “se portar bem” noutros contextos e com outras pessoas? Só lhe acontece em determinadas situações e não noutras? As medidas educativas utilizadas pelos pais/cuidadores são as adequadas para lidar com estes comportamentos ou potenciam-nos?

As atitudes que os pais adoptam na interacção com os filhos podem ser:

Atitude carinhosa e afectiva:

- Pais sensíveis que estão atentos, interpretam correctamente e respondem de forma imediata, contingente e adequada aos sinais ou à iniciativa de comunicação da criança.
- Reconfortam e acalmam a criança. Transmitem-lhe segurança. Estão animados e mostram um estado de espírito positivo.
- Contacto físico apropriado. Manifestam afecto através de carícias e abraços.

LEMBRE-SE



- Os indicadores físicos nas crianças são os sinais ou sintomas que podem observar-se em qualquer parte do corpo, devido a acções abusivas ou negligentes.
- Os indicadores comportamentais das crianças consistem nas suas reacções comportamentais e emocionais como consequência imediata ou a longo prazo do stress sofrido na situação de mau trato.
- Os indicadores comportamentais dos pais ou cuidadores principais referem-se aos comportamentos ou atitudes que os pais têm em relação ao filho.
- Os indicadores da interacção pais-filho têm que ver com os comportamentos que impedem ou dificultam uma relação pais-filho adequada.

- Aceitam as propostas da criança. Deixam-na decidir o conteúdo e o ritmo das interacções.
- Enriquecem o contexto de brincadeira da criança com experiências positivas, interessantes e estimulantes.

Atitude passiva-negligente:

- Pais pouco sensíveis e atentos às solicitações e necessidades da criança
- Não reconfortam nem acalmam a criança quando está aborrecida, irritável ou preocupada. Expressões indiferentes, apáticas, rígidas ou emocionalmente neutras.
- Quase não existe contacto físico. Indiferença na manifestação de afecto.
- Ignoram as propostas que a criança inicia. Não prestam atenção nem se adaptam ao conteúdo ou ao ritmo das interacções propostas pela criança.
- As experiências que proporcionam à criança são neutras, aborrecidas, monótonas, estereotipadas ou não se envolvem na estimulação do ambiente.

Atitude intrusiva-ansiosa:

- Pais insensíveis.
- Não conseguem reconfortar e acalmar a criança. Mostram-se preocupados, ansiosos ou impacientes e manifestam um estado de ânimo neutro ou hostil.
- Contacto físico inapropriado; costumam ser bastante intrusivos.
- Não aceitam as propostas e comportamentos autónomos da criança. Impõem-lhe o conteúdo e o ritmo das interacções e brincadeiras.
- Convertem as brincadeiras com a criança numa situação tensa. A criança sente-se sobrestimulada, em stress e às vezes assustada.

3.4. INDICADORES DE MAUS TRATOS: FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Os maus tratos podem apresentar-se sob a forma de:

- lesões cutâneas (hematomas, equimoses, contusões, mordeduras, queimaduras, etc.);
- lesões ósseas (fracturas e traumatismos nos membros inferiores e superiores, traumatismo craniano, etc.);
- lesões internas (em órgãos dos sentidos, lesões neurológicas, viscerais, etc.);
- intoxicações;
- doenças sexualmente transmissíveis;
- gravidez;
- síndrome de Münchhausen por procuração;
- sintomas de abandono;
- sintomas de maus tratos emocionais;
- etc.

Nos capítulos seguintes especificam-se as circunstâncias que rodeiam o aparecimento das lesões e que podem ajudar a invalidar a sua acidentalidade.

A maior parte dos indicadores de maus tratos que aqui se apresentam pode observar-se **unicamente** nos **serviços de saúde** e, às vezes, a sua constatação como indicadores só é possível **depois de realizados os exames complementares suficientes** (Casado *et al*,1997; Diaz Huertas *et al*, 1998).

É necessário realizar um **diagnóstico diferencial** que permita determinar se nos encontramos, ou não, perante uma constelação de sintomas susceptíveis de serem confundidos com maus tratos. Para tal há que determinar a **intensidade, natureza, forma e localização da lesão ou traumatismo**.

CRITÉRIOS DE Mau trato:

- As lesões localizam-se em “zonas de castigo”.
- Observam-se lesões em diversos estadios evolutivos. Existem lesões em diferentes fases de cicatrização.
- Podem reconhecer-se, para além da lesão principal, outras menos importantes.
- Associação frequente de fracturas com lesões cutâneas, oculares ou viscerais.
- Podem reconhecer-se as marcas do objecto que provocou a lesão.
- O padrão evolutivo das lesões não coincide com o relato apresentado pelos

LEMBRE-SE



- A intensidade, natureza, forma e localização da lesão são aspectos que permitem distinguir entre uma situação provocada por maus tratos e uma situação acidental.

- pais/cuidadores.
- As lesões são de tal gravidade que não podem ter sido causadas pela força de uma criança.
 - As explicações que os pais apresentam para as lesões são contraditórias, incoerentes, imprecisas ou não há explicação.
 - A idade da criança não corresponde à natureza das lesões, p.ex. o profissional deve estar atento à existência de hematomas múltiplos num bebé que ainda não anda.
 - Existem traumatismos repetidos, tratados em diversos hospitais.
 - Verifica-se um atraso injustificado na procura de ajuda médica ou a lesão é descoberta por casualidade.
 - Observa-se um hematoma subdural e fracturas múltiplas.
 - A criança apresenta equimoses e hematomas.
 - A criança apresenta um aspecto descuidado, está desnutrida, assustada ou não procura o apoio dos pais/cuidadores.
 - A criança apresenta características de risco. Encontra-se numa fase evolutiva especialmente conflituosa para os pais, tem alguma deficiência ou doença crónica.
 - Os pais/cuidadores apresentam sinais de stress, por circunstâncias pessoais ou familiares.
 - Os pais/cuidadores sentem-se sobrecarregados e cansados (“não posso mais”, “a criança é difícil”, “chora continuamente”, “está sempre suja”, etc.).
 - Existem processos instaurados por outras instituições que informam sobre maus tratos anteriores.

3.4.1. LESÕES CUTÂNEAS

Englobam todas as lesões que se localizam na pele, como hematomas, contusões, mordeduras, queimaduras, etc.

HEMATOMAS, EQUIMOSSES, CONTUSÕES E MORDEDURAS

Indicadores que permitem determinar se este tipo de lesões é consequência de maus tratos:

A lesão está situada em:

- Zonas não proeminentes.
- Zonas protegidas pela roupa (p.ex. tórax, costas, órgãos genitais, glúteos, parte dorsal dos músculos).

- Orelhas e rosto devido a bofetadas ou lacerações.
- Parte ventral dos antebraços na tentativa de se proteger dos murros.
- Pescoço por asfixia.
- Parte exterior das mãos, lábios e cavidade bucal (p.ex. obrigar a comer).

Hematomas múltiplos em zonas suspeitas.

Reconhecem-se marcas da mão/dedo do agressor: beliscões, etc.

Reconhecem-se marcas de objectos como cinto, fivela, pau, tábua, cabo eléctrico, etc.

Reconhecem-se marcas de mordeduras humanas: mais de 3cm de separação entre a marca dos caninos, arcada dentária.

Hematomas em diferentes fases de cicatrização.

As **lesões acidentais** localizam-se normalmente nas zonas de proeminência óssea, como a testa, o nariz, o queixo, a anca, o joelho, a face anterior da perna, o cotovelo, a parte dorsal do antebraço, a palma da mão, etc.

As **lesões cutâneas provocadas por um suposto mau trato** devem distinguir-se de doenças como a hemofilia, leucemia, olheiras devido à rinite, manchas mongólicas, impetigo, varicela ou qualquer doença ou mancha na pele que se assemelhe aos sintomas de maus tratos físicos.

QUEIMADURAS

Os seguintes indicadores podem conduzir à suspeitar de maus tratos:

Reconhecem-se os sinais claramente definidos dos maus tratos que provocaram a queimadura por contacto (cigarro, ferro de engomar, etc.).

Os bordos da ferida, quer seja causada por escaldão quer por contacto, são nítidos e precisos, quase geométricos.

Queimaduras que apontam para a imersão em água quente, cobrindo toda a superfície da mão (como uma luva) ou dos pés (como uma meia) ou queimaduras sob a forma de um churro (nas nádegas ou nos órgãos genitais).

Queimaduras nos braços, pernas, pescoço, ou tronco, provocadas pelo facto de a criança ter estado fortemente atada com cordas.

Presença de diversas zonas queimadas em diferentes fases de cicatrização.

As queimaduras acidentais costumam ser menos homogéneas, menos graves e mais difusas e regulares porque a criança tenta afastar-se ou proteger-se. Nestes casos, as zonas envolvidas são os membros inferiores ou superiores ou as mãos.

3.4.2. LESÕES ÓSSEAS

As lesões ósseas incluem as entorses, deslocações e fracturas dos membros inferiores e superiores e os traumatismos cranianos.

As **fracturas causadas por maus tratos** observam-se mais frequentemente em crianças pequenas (**com menos de três anos**).

55% a 70% das fracturas são detectadas em crianças **com menos de um ano** e **80%** em crianças com **menos de 18 meses**.

A probabilidade de fracturas **por acidente** é maior nas crianças com **mais de 5 anos** (85%).

Caso se suspeite da existência de alguma destas lesões é necessário fazer radiografias adequadas e que estas sejam interpretadas por um médico especialista.

TRAUMATISMOS NOS MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES: ENTORSES, DESLOCAÇÕES E FRACTURAS

Os seguintes indicadores podem levar a suspeitar de maus tratos:

Fracturas diafisárias em espiral ou oblíquas dos ossos longos, especialmente em **crianças com menos de 3 anos**.

Metafisárias em “asa de balde” ou em “ângulo” secundária a mecanismo de torção e tracção simultâneo dos membros superiores ou inferiores.

Descolamento subperióstico por hemorragia subperióstica.

Formação de novo osso subperióstico que aparece aos 7-10 dias em forma de calcificação linear.

Fractura, luxação e deslocamento epifisário.

Coxear, encurtamento, deformação e desvio dos membros superiores ou inferiores.

Fracturas das costelas e das clavículas, múltiplas, adjacentes, por compressão do tórax ou por embate contra um objecto duro.

Fracturas ósseas em diferentes estadios de cicatrização.

Fracturas ósseas múltiplas e simétricas.

É conveniente distinguir os **traumatismos causados por maus tratos** daqueles que são provocados por algumas **anomalias orgânicas** como a sífilis congénita, hiperostose cortical infantil (doença de Caffey), osteogénese imperfeita, osteomielite, raquitismo, escorbuto, etc.

LESÕES NA CABEÇA E NO SISTEMA NERVOSO

Existem **dois tipos de lesões** na cabeça: o traumatismo craniano com manifestações externas como fractura dos ossos do crânio, e as lesões intracranianas causadas por movimentos de aceleração-desaceleração (sacudidela) ou quando a cabeça é empurrada contra um objecto parado (impacto). A lesão cerebral também pode ocorrer por envenenamento ou asfixia.

O **traumatismo craniano** representa o **mau trato mais frequente** em crianças **de um ano (80%)** e com maior probabilidade de causar a morte (75%) ou de **provocar défices neurológicos**.

Os acidentes ou as quedas **não costumam provocar lesões intracranianas**. É estranho que um criança caia de alturas tais que provoquem este tipo de lesões **(mais de 90 cm)**.

Lesões intracranianas que podem levar à ruptura de veias cerebrais, causando hemorragias retinianas ou hematomas subdurais ou subaracnóideias. As hemorragias retinianas podem afectar as funções de alguns órgãos e provocar cegueira total ou parcial ou atraso mental e epilepsia.

A lesão intracraniana em bebés denomina-se “*Síndrome da criança sacudida*”. A cabeça do bebé, ao ser “abanada”, move-se bruscamente para a frente e para trás fazendo com que o cérebro choque contra as paredes do crânio. Nos bebés, a proporção da cabeça em relação ao corpo é muito grande, a proporção de líquido é elevada e a posição do cérebro é relativamente alta. Além disso, a musculatura do pescoço é débil e o bebé tem pouco controlo sobre os movimentos da cabeça. As sacudidelas podem provocar facilmente hemorragias, hematoma subdural sem fractura concomitante ou lesão externa aparente. Estas hemorragias são mais habituais na zona parieto-occipital posterior entre ambos os hemisférios. Por vezes podem observar-se também hematomas nos membros superiores ou inferiores ou no peito. **A maior incidência ocorre em bebés entre a sexta semana e o quarto mês de idade**, que se encontram ainda na “fase do choro”.

Lesões das vértebras cervicais, luxação e fractura vertebral, assim como lesões medulares em consequência das **sacudidelas do tronco do lactente**, que podem provocar **danos no sistema nervoso e paralisia muscular**.

Traumatismos simples do couro cabeludo: edema, alopecia traumática, cefalo hematoma, laceração do couro cabeludo.

Convém distinguir as hemorragias retinianas causadas por maus tratos das outras hemorragias que podem ser visíveis em crianças recém-nascidas devido a traumatismo no parto. As intoxicações por monóxido de carbono e a hipoxia severa após uma paragem cardio-respiratória também causam hemorragias retinianas.

Em geral, as fracturas do crânio em diferentes estadios de consolidação, por terem sido provocadas em momentos diferentes ou acompanhadas de outras lesões cutâneas, podem ser uma **indicação de maus tratos**.

As lesões internas, como as lesões dos órgãos dos sentidos e viscerais podem ser causadas por maus tratos nomeadamente, sacudidelas nos ombros, cabeça, pescoço ou tronco.

3.4.3. LESÕES INTERNAS

As lesões viscerais (intestino, fígado, rim, pâncreas, baço e diafragma) não são muito frequentes (5-8% dos casos de maus tratos), mas normalmente estão associadas a uma elevada letalidade (40-50%). A razão é que neste tipo de lesões as pessoas costumam dirigir-se ao médico ou ao hospital **relativamente tarde**, por medo ou porque não atribuem importância aos sintomas. Por outro lado, perante este tipo de lesões não é habitual fazer-se uma anamnese detalhada, já que os primeiros indícios não fazem pensar em maus tratos e, por isso, o diagnóstico e a terapêutica costumam atrasar-se. Algumas características das crianças tornam-nas mais vulneráveis a este tipo de lesão, como por exemplo se o abdómen for pequeno, tiver pouco tecido adiposo e pouca musculatura e todos os órgãos se encontrarem muito juntos, fazendo com que uma pancada afecte vários deles.

As lesões orgânicas por maus tratos costumam afectar os órgãos ocos e ser acompanhadas de lesões cutâneas ou fracturas costais baixas. **Quando resultam de maus tratos ocorrem normalmente em idades precoces**, sendo que a **média etária se situa nos dois anos e meio**.

LESÕES NOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Lesões oculares que podem provocar hemorragias e descolamento da retina.

Hemorragia ou desvio do septo nasal.

Tumefacção dos lábios e perda de dentes.

Laceração do lóbulo da orelha, hemorragias e perda de audição.

LESÕES VISCERAIS: ABDOMINAIS E TORÁDICAS

Contusões intra-abdominais: os traumatismos em órgãos sólidos causam hematomas e ruptura hepática, pancreática, esplénica ou renal. Podem ocorrer sem uma lesão externa que aponte para uma etiologia traumática. Ocorrem por traumatismo directo dos órgãos sólidos ou indirecto por compressão destes entre o objecto agressor e a coluna vertebral.

Obstrução gastro-intestinal: causada por lesões de vísceras ocas como o duodeno. O hematoma intra-mural pode provocar obstrução e manifesta-se passadas horas ou dias por vômitos biliares e distensão abdominal.

A contusão pancreática pode dar origem a pancreatite aguda, manifestada por abdómen agudo, com aumento das enzimas pancreáticas.

As fracturas de costelas são as lesões torácicas mais frequentemente causadas por maus tratos nas crianças. Ocorrem pela compressão violenta antero-posterior do tórax. Causam desconforto e perturbações respiratórias.

3.4.4. INTOXICAÇÕES

Uma intoxicação pode definir-se, em princípio, como qualquer **acção intencional** ou **resultante de negligência** dos pais/cuidadores, que cause dano físico e psíquico, em consequência da ingestão ou inalação de substâncias químicas pela criança, como medicamentos, produtos químicos no estado líquido, etc. A **intoxicação é frequente nas crianças com menos de 4-5 anos.**

TIPO DE INTOXICAÇÃO:

- Intoxicação intra-uterina pela ingestão de substâncias tóxicas para o feto pela grávida.
- Intoxicação pela ingestão de substâncias tóxicas pela mãe no período de aleitamento.
- Intoxicação passiva por negligência dos pais/cuidadores através da inalação ou consumo de substâncias tóxicas (medicamentos de consumo familiar como antidepressivos, sedativos, etc.).
- Envenenamento ou intoxicação deliberada da criança ou administração de um medicamento, droga ou outro produto.
- Envenenamento ou inalação de produtos tóxicos, como o sulfumán, etc., por negligência.

INDICADORES QUE MAIS APONTAM PARA UMA INTOXICAÇÃO INTENCIONAL:

Presença de sintomas e sinais, geralmente de tipo neurológico, “pouco explicáveis” e que não se enquadram nas doenças habituais (coma,

obnubilação, agitação, delírio, convulsões generalizadas, hiperventilação, arritmias, vómitos, etc.).

Quadro clínico que não responde como seria de esperar ao tratamento habitual.

Intoxicações repetidas na mesma criança, nos irmãos ou noutros familiares ou antecedentes de outro tipo de maus tratos.

Falta de concordância entre o que os pais/cuidadores dizem e o que se observa.

Dados laboratoriais não coerentes entre si.

Intoxicação numa criança que **pela sua idade ainda não desenvolveu capacidade psicomotora suficiente** que possa explicar a intoxicação ocorrida.

3.4.5. SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO

O **síndrome de Münchhausen** consiste no facto de os pais, frequentemente a mãe, provocarem ou inventarem sintomas orgânicos ou psicológicos nos filhos, **que induzem a submetê-los** a exames médicos, tratamentos e internamentos hospitalares desnecessários e, às vezes, prejudiciais. Em certas situações podem agravar doenças ou sintomas pré-existentes na criança. O propósito de tais comportamentos é fazer com que a criança pareça doente por meio da simulação ou indução real de determinados sintomas, ou seja, assumir o papel de doente através da criança.

Já foi sugerido que um dos incentivos dos pais/cuidadores para ter este tipo de comportamento é chamar à atenção e obter apoio do pessoal de saúde. Geralmente, este tipo de perturbações ocorre nas mães (85%-98%). O pai nunca ou quase nunca está presente. O progenitor (mãe) envolvido tenta estabelecer uma relação próxima com uma figura respeitável, de apoio e com autoridade, como a que o médico pode representar. Chega a utilizar a criança como instrumento para estabelecer e manter essa relação. A relação entre o pai/mãe perpetrador e a criança afectada é patológica.

Os pais/cuidadores que provocam este tipo de mau trato nos filhos, parecem não

querer intencionalmente mal tratar a criança porque revelam uma perturbação grave da personalidade, uma necessidade psicológica de atenção e o desejo obsessivo de consultar o médico e/ou uma incapacidade para distinguir entre as necessidades da criança e as suas próprias necessidades. Costumam manifestar características de dramatização e emotividade exageradas. A relação com o casal e outros membros da família é normalmente conflituosa e ambivalente. Observou-se que as mães que sofrem deste síndrome tem tendência, por exemplo, para o abuso de drogas e para a automedicação.

Alguns indicadores deste tipo de mau trato são (Delgado,1997):

SINTOMAS DO SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN

Os sintomas que a criança apresenta abarcam, em 50%, o sistema nervoso central (apneia, estado letárgico) e aproximadamente 30% o sistema gastro-intestinal (vómitos, diarreias, hemorragias, febres, erupções cutâneas, infecções bacterianas, etc.).

Costumam ser sintomas recorrentes, inexplicáveis, que desaparecem quando a criança é separada da família e reaparecem ao contactar de novo com a mãe no domicílio ou no próprio hospital.

O quadro neurológico ou metabólico que a criança apresenta é normalmente grave.

Os casos clínicos costumam caracterizar-se por uma evolução atípica.

Os resultados dos exames complementares de diagnóstico não esclarecem o quadro clínico. Frequentemente, as amostras das análises evidenciam um caos bioquímico e mistura de substâncias estranhas.

ATTITUDE E CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA

As crianças pequenas apresentam normalmente muita dependência da mãe.

Às vezes têm comportamentos agressivos.

No entanto, durante os exames médicos mostram-se extremamente passivas e colaboradoras.

A partir dos 12-14 anos é provável que colaborem com a mãe na invenção de sintomas.

ATTITUDE E CARACTERÍSTICAS DO PROGENITOR ENVOLVIDO

Nega qualquer conhecimento da etiologia dos sintomas. As respostas que dá são imprecisas.

Pode mentir patologicamente ao relatar experiências diárias e ao descrever a situação da vítima ao especialista.

Os sintomas que este tipo de abuso gera podem causar sentimentos de culpa, com os consequentes comportamentos de sobreprotecção, veneração e visitas muito frequentes à criança.

Mostra-se amável, atento/a, colaborador/a na realização do falso diagnóstico, inventando sintomas cada vez mais sofisticados que confundem os médicos.

Dá uma atenção profissional mas não afectiva ao filho, apesar da gravidade da sua patologia.

Assume o papel dos enfermeiros.

A reacção da mãe à doença é paradoxal. Por um lado, parece estar menos preocupada com a doença do filho do que o pessoal que o atende. Por outro, queixa-se de que se está a fazer muito pouco para diagnosticar a doença da criança.

A mãe participa no diagnóstico e no tratamento do filho, o que contrasta com a falta de interesse pelo prognóstico.

Na presença destes sintomas raros, inexplicáveis ou “nunca vistos” na criança e perante a pouca eficácia dos tratamentos, é frequente o envolvimento de muitos profissionais no caso que requer muita atenção.

Por isso, **recomenda-se** ao pessoal de saúde que:

- Preste atenção à relação que se estabelece com a mãe para não ser seu cúmplice no abuso.

- Investigue se existe uma **relação temporal** entre os sinais e sintomas da criança e a presença da mãe. **Evite deixar a criança sozinha.**
- Se **articule** com outros profissionais para evitar a possível manipulação por parte da mãe.
- Constatou-se que o **tipo e a gravidade** dos sintomas que a vítima apresenta estão condicionados pelo grau de sofisticação médica e a margem de acção que o perpetrador tenha.
- É possível **surpreender a mãe** no momento de causar os sintomas à criança.
- Conseguiram-se detectar alguns casos através da **consulta sistemática** da documentação dos internamentos da criança no centro (fichas Clínicas resumidas dos Serviços de Urgência ou de outros centros).
- Verifique se um irmão da criança também sofre, ou sofreu, alguma doença rara, acidentes frequentes ou morte súbita.

É imprescindível **actuar urgentemente e assegurar a protecção** da criança:

- Perante qualquer abuso que tenha implícita uma tentativa de asfixia ou a administração de veneno.
- Perante a existência da morte inexplicada de um membro da família.
- Quando se tratar de **crianças com menos de 5 anos.**
- Quando se souber que a mãe sofre ou já sofreu do síndrome.
- Quando existirem outros factores sociais de risco (comportamentos aditivos, isolamento social, conflito conjugal, etc.).
- Quando a mãe continuar a inventar doenças, mesmo depois de ser confrontada com a situação e a sua problemática.

Uma vez detectada a situação e depois de se ter confrontado a mãe com a mesma, **há que continuar a tomar precauções**, dado que:

- Podem surgir quadros depressivos e ideias de suicídio nos perpetradores. Alguns negam qualquer acusação.
- Tentam que a vítima saia do hospital contra a opinião médica.
- Procuram ajuda médica noutros estabelecimentos.
- O perpetrador costuma centrar-se numa única vítima, embora possam existir irmãos ou outras pessoas que também tenham sido ou possam vir a ser afectadas.

3.4.6. INDICADORES DE NEGLIGÊNCIA

A presença das seguintes circunstâncias pode levar a **suspeitar de abandono ou falta de atenção/cuidado adequada(o)**:

INDICADORES FÍSICOS

- Infecções ligeiras, recorrentes ou persistentes.
- Atraso de crescimento, raquitismo, desnutrição.
- Atraso ponderal-estatural.
- Atraso em todas as áreas da maturação.
- Atraso de desenvolvimento intelectual imputável a uma falta de estimulação cognitiva e afectiva.
- Atraso nas áreas de aprendizagem (linguagem, capacidade de atenção, psicomotricidade, etc.).
- Cáries precoces e extensas.
- Falta de asseio e higiene, dermatite da fralda, alterações dérmicas inespecíficas.

- Roupa inadequada para as condições climáticas.
- Falta de reacção da criança aos estímulos externos.
- Consultas frequentes aos serviços de urgência.
- Problemas físicos ou necessidades médicas não atendidas (feridas não curadas ou infectadas) ou ausência dos cuidados médicos de rotina necessários (vacinações e cuidados de saúde básicos).
- Existência de perturbações psicossomáticas.
- Doença crónica que não foi objecto de nenhuma consulta médica.

O comportamento mais frequentemente observado nas **crianças** vítimas de abandono ou negligência são:

INDICADORES COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS

- Adaptação paradoxal a pessoas desconhecidas.
- Baixa auto-estima.
- Comportamentos extremos (agressividade ou rejeição extremas).
- Tristeza intensa, mutismo, indiferença e inexpressão, inibição ou isolamento. Cansaço ou apatia permanentes.
- Atitude defensiva e temerosa perante os adultos.
- Labilidade afectiva e perturbações do comportamento: alternância entre agressividade-passividade, dificuldade no controlo de impulsos, frieza afectiva.

Os comportamentos mais frequentemente observados nos pais/cuidadores são:

INDICADORES COMPORTAMENTAIS DOS PAIS/CUIDADORES

- Falta constante de supervisão, especialmente quando a criança está a realizar acções perigosas e/ou durante **longos períodos** de tempo.

- Têm um funcionamento deficiente no dia a dia, são incapazes de se organizar e distribuir racionalmente o tempo e as obrigações, pelo que a alimentação e os hábitos diários são inadequados.
- Valores educativos permissivos.

3.4.7. INDICADORES DE MAUS TRATOS EMOCIONAIS

A identificação de sintomas causados por maus tratos psicológicos é mais difícil do que a dos outros tipos de maus tratos, visto que muitos dos sintomas são semelhantes aos que se podem observar noutras etiologias (Martínez et al. 1988; Manly et al. 1994). Além disso, os maus tratos psicológicos costumam ocorrer a par de outros tipos de maus tratos. Uma maneira de determinar se os sintomas se devem a maus tratos consiste em estudar o ambiente relacional mais imediato da criança e o tipo de reacções que os pais/cuidadores manifestam na interacção com ela.

INDICADORES COMPORTAMENTAIS NA CRIANÇA QUANDO HÁ ABUSO EMOCIONAL

Cognitivos:

Baixo quociente intelectual, estagnação nas aquisições cognitivas, atraso nas capacidades linguísticas.

Baixo rendimento académico, inadaptação escolar.

Considera-se culpada da situação e merecedora de castigo.

Faz atribuições depressogénicas dos factos. As suas atribuições podem expressar-se como: “Eu faço sempre tudo mal”.

Sociais:

Tem comportamentos extremamente adaptativos, complacentes, passivos, nada exigentes, demasiado “adultos”, como fazer o papel de pai ou mãe de outras crianças, ou demasiado infantis, como chupar o polegar, etc. em certas situações pode adoptar o papel de cuidadora dos pais.

Comportamentos extremamente agressivos, exigentes ou irados.

Mostra-se cautelosa em relação ao contacto físico com adultos. Excessiva rigidez e conformismo.

Atitude temerosa e defensiva perante outros adultos. Dificuldades na relação com os seus pares.

Mostra-se apreensiva quando vê outras crianças a chorar.

Emocionais:

Dificuldade de reconhecimento das emoções.

Depressão ou ideação suicida.

Baixa auto-estima.

Parece aborrecida, queixosa, isolada e triste.

Medo e angústia. Manifesta medo dos pais ou de ir para casa.

Perturbações comportamentais como: crises de birras, angústia de separação, perda do controlo dos esfíncteres, regressão nos hábitos de higiene e medos fóbicos.

Sinais de perturbações emocionais, como movimentos rítmicos repetitivos, ausência de comunicação verbal e física ou atenção excessiva aos detalhes.

Manifesta pouca ou nenhuma ansiedade perante a separação dos pais.

INDICADORES COMPORTAMENTAIS DOS PAIS/CUIDADORES

Por sua vez, nos pais ou prestadores de cuidados à criança pode observar-se qualquer uma das seguintes características:

Atenção nula ou deficiente às necessidades emocionais da criança (carinho, estabilidade, segurança, estimulação, apoio, reforço, protecção, auto-estima, etc.).

Atenção nula ou deficiente às necessidades cognitivas e intelectuais (escolarização, socialização, formação profissional, etc.).

Expectativas desajustadas em relação ao nível de maturidade da criança.

Percepção bastante negativa da criança (como má, perversa, um monstro, um fardo, etc.).

Conhecimento nulo ou inadequado dos cuidados a facultar às crianças, o que dificulta o reconhecimento das suas necessidades.

Valorização excessiva de necessidades supérfluas ou não fundamentais da criança (ex: não se sujar enquanto brinca, etc.).

Justificação frequente dos maus tratos com o argumento da rebeldia dos filhos.

Manifestação de elevado grau de stress nas situações de contacto quotidiano com a criança.

Recriminação e culpabilização da criança em situações pelas quais ela não é responsável.

Violência conjugal de que a criança é testemunha.

Valores educativos autoritários e rígidos. Práticas disciplinares com castigos excessivos como forma de controlar o seu comportamento.

Recusam, ameaçam, aterrorizam, ignoram ou isolam a criança.

Tratam os irmãos de forma desigual.

Utilizam a criança como cúmplice e veículo de acusações em situações de separação, ignorando o seu próprio sofrimento e convertendo-a em objecto passivo.

Descarregam as suas próprias frustrações na criança.

3.4.8. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

O abuso sexual é um problema mais frequente do que se pensa. Chega a afectar **uma em cada quinze** pessoas do sexo feminino e **uma em cada dez** do sexo masculino (López, 1995). Apesar de ser uma forma de mau trato frequente, é **difícil de diagnosticar**. Ao contrário do que habitualmente se pensa, as crianças **negam-no frequentemente**, por diversas razões, principalmente pelo facto de, em geral, **serem obrigadas a manter silêncio, terem medo, sentirem vergonha, culpa ou a obrigação de proteger o perpetrador**. Este é, normalmente, um conhecido da criança, que inclusivamente às vezes a criança está vinculada e de quem depende. O abusador sexual não é um doente mental, mas tem dificuldades emocionais, afectivas e sexuais, assim como total incapacidade para se colocar no lugar da vítima. A maioria tem aparência e inteligência normais.

INDICADORES FÍSICOS DE ABUSO SEXUAL

Gerais

Gravidez em raparigas menores ou maiores de 13 ou 14 anos.

Presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) a partir dos 2 meses de idade.

Indicadores de elevada probabilidade

Sémen na boca.

Hímen perfurado ou rasgado.

Contusões ou hemorragia nos órgãos genitais externos, na zona vaginal ou anal.

Abertura vaginal com mais de 5 mm.

Lesões no pénis ou no escroto.

Lacerações e dilatação anal.

Escoriação perianal.

Qualquer tipo de doença sexualmente transmissível na zona bucal.

Presença de corpos estranhos na uretra, bexiga, vagina ou ânus.

Indicadores de menor probabilidade

Eritema vaginal ou perianal.

Aumento da vascularidade.

Adesões labiais.

Vulvovaginite.

Infecções urinárias frequentes.

Dificuldade em andar e sentar-se.

Roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada.

Colo do útero ou vulva inchados ou vermelhos.

Perturbações do sono e alimentares.

Perturbações psicossomáticas: dores abdominais, cefaleias, distúrbios neurológicos, respiratórios, esfinterianos, sem causas claras.

Atraso no desenvolvimento físico, social e emocional.

Aumento da pigmentação perianal.

Alargamento das veias perianais.

Dilatação do reflexo anal.

Entre os **indicadores comportamentais** da criança, quando existe abuso sexual, podem distinguir-se os **comportamentos sexuais** que sugerem uma **elevada probabilidade** de ter ocorrido abuso sexual e os **comportamentos não necessariamente sexuais** que apontam para uma criança que apresenta probabilidade da sua ocorrência.

No que se refere à **conduta sexualizada**, convém advertir que a sua etiologia não está exclusivamente ligada ao abuso sexual. Este tipo de comportamentos

sexuais também pode ter sido aprendido a partir de experiências não abusivas. Os comportamentos sexualizados costumam estar sujeitos ao **momento evolutivo** da criança. Em **idades mais precoces** é comum as crianças expressarem a sua sexualidade mais espontaneamente. À medida que crescem vão-se tornando mais conscientes da resposta social que os seus comportamentos sociais provocam, pelo que a expressão espontânea destes se vai exprimindo até fazer parte da privacidade.

COMPORTAMENTOS SEXUAIS QUE PODEM LEVAR A SUSPEITAR DE ABUSO SEXUAL

Gerais

A criança diz ter sido abusada sexualmente por um progenitor/cuidador.

Comportamentos ou conhecimentos sexuais detalhados, estranhos, sofisticados ou invulgares para a idade.

Crianças com menos de 10 anos

Desenham explicitamente actos ou órgãos sexuais.

Têm interacções sexuais com outras pessoas (agressões sexuais contra crianças mais pequenas, actividade sexual com companheiros).

Têm interacções sexuais com animais ou brinquedos.

Masturbam-se excessivamente (não conseguem parar, introduzem objectos na vagina ou no ânus, fazem movimentos ou emitem sons sexuais enquanto se masturbam).

Crianças com mais de dez anos

Promiscuidade sexual.

Probabilidade de serem sexualmente vitimizadas por colegas. Intercâmbio sexual a troco de dinheiro, presentes ou carinho.

Podem tentar que outras crianças mais pequenas ou vulneráveis realizem actos sexuais.

COMPORAMENTOS NÃO SEXUAIS QUE PODEM LEVAR A SUSPEITAR DE ABUSO SEXUAL

Gerais

Medos invulgares em relação a pessoas ou locais.

Escassas relações com outras crianças e problemas de relacionamento.

Dificuldades na escola.

Mudanças de comportamento bruscas.

Crianças com menos de 10 anos

Manifestações somáticas (enurese, encoprese, dores, alterações dos padrões de sono e alimentação).

Problemas de desenvolvimento cognitivo (dificuldades de concentração, atrasos da fala, etc.).

Comportamentos regressivos (levar o “ursinho” para as aulas).

Atitude de rejeição ou fantasias ou comportamentos infantis. Parecem reservadas e até podem parecer atrasadas.

Comportamentos de risco, com comportamentos auto-lesivos.

Medo de estarem sozinhas e/ou de pessoas de determinado tipo ou género.

Crueldade com os animais (mais frequente nas crianças do sexo masculino).

Tendência para atear fogos (mais frequente nas crianças do sexo masculino).

Inversão de papéis na família ou excesso de maturidade para a idade.

Extremamente agressivas.

Impulsivas, distraem-se com facilidade, dificuldade de concentração.

Parecem excessivamente complacentes, passivas, nada exigentes.

Crianças com mais de 10 anos

Comportamentos auto-lesivos, mutilações, tentativas de suicídio.

Desvalorização corporal e/ou perturbações alimentares (e.g.:obesidade, anorexia).

Abuso de substâncias tóxicas (álcool, drogas, colas, etc.). Comportamentos de risco e destrutivos.

Actividades criminosas, delinquência, violência.

Problemas de comportamento: fugas, abandono ou insucesso escolar, “bullying”.

Depressões crónicas.

Adaptação paradoxal a pessoas desconhecidas.

Impulsividade e dificuldade de atenção e concentração.

Excesso de complacência, passividade, e/ou ausência de exigência.

REACÇÕES EMOCIONAIS que podem levar a pensar em abuso sexual:

Reserva e relutância em revelar o abuso.

Sentimentos de vergonha.

Sentimentos de raiva.

Sentimentos de ansiedade, frequentemente em adolescentes do sexo feminino.

Sentimentos de repulsa. Reacção típica quando houve sexo oral.

Depressão. Surge frequentemente em vítimas que “cuidam” dos seus abusadores ou que se sentem responsáveis por eles.

Sentimento de medo. Reacção característica quando a criança é ferida ou ameaçada ao longo do processo de vitimização.

Excitação sexual. É uma resposta que por vezes se observa em crianças perturbadas ou em crianças mais pequenas.

COMPORTAMENTO DOS PAIS/CUIDADORES QUE PODE LEVAR A SUSPEITAR DE ABUSO SEXUAL

Extremamente protectores ou zelosos da criança.

Têm dificuldades no casamento.

Abusam de drogas e/ou álcool.

Estão frequentemente ausentes de casa. Culpam ou desprezam a criança.

Parecem não se preocupar com os problemas da criança.

Pouca capacidade empática.

Além disso, verifica-se uma série de factores associados à dificuldade na detecção do abuso sexual:

- Em geral, as crianças pequenas **não conseguem recordar** o acontecimento com muita clareza e, por conseguinte, normalmente não fornecem tantos detalhes.
- Às vezes a sua resposta emocional **não corresponde** ao acontecimento.
- As consequências do abuso sexual frequentemente sobrepõem-se às do abuso físico ou emocional. Por isso podem passar despercebidas.
- Por vezes, as crianças abusadas chegam a **dissociar-se** do facto. Uma razão pode ser o facto de o terem relatado muitas vezes.
- O abuso pode ter sido **esquecido ou reprimido**.
- Às vezes, a **incapacidade para falar** do abuso não significa que este não tenha ocorrido.

3.4.9. INDICADORES DE RISCO NO PERÍODO PRÉ-NATAL, NEONATAL E DA PRIMEIRA INFÂNCIA

No período pré-natal podem reconhecer-se alguns comportamentos da mãe que são susceptíveis de pôr em risco a saúde e integridade do feto e a possibilidade de estabelecer uma relação adequada com o filho. Nesses casos, a acção preventiva é normalmente eficaz.

INDICADORES COMPORTAMENTAIS DA FUTURA MÃE

Primeira consulta médica já **depois da 20ª** semana de gestação.

Falta de controlo médico.

Vai ao médico sem marcar consulta.

Tem um **funcionamento deficiente** no dia-a-dia, sendo incapaz de se organizar e de distribuir racionalmente o seu tempo e obrigações, faltando-lhe hábitos e rotinas.

É jovem, adolescente ou imatura.

Tensões com o companheiro durante a gravidez.

Ausência do pai ou de qualquer pessoa que a possa ajudar.

Acontecimentos desfavoráveis que geram ansiedade.

Negligência pessoal: alimentação, higiene, etc.

Doenças sexualmente transmissíveis.

Toxicodependências e/ou alcoolismo.

Problemas psiquiátricos ou psicológicos durante a gravidez.

Carências afectivas, baixa auto-estima ou indiferença emocional.

Atitude negativa em relação à gravidez.

Gravidez inicialmente votada à interrupção voluntária, filho não desejado ou falta de aceitação do papel de mãe.

Intenção de ceder a criança para adopção.

Algumas consequências destes comportamentos maternos no feto são:

- Atraso no crescimento intra-uterino.
- Diminuição da resposta à luz.
- Alterações dismórficas.
- Aumento de resposta por surpresa.
- Tremor.

No período do puerpério destacam-se alguns factores da criança, da mãe e do próprio ambiente do parto que podem levar a pensar que as necessidades da criança não vão ser satisfeitas.

CARACTERÍSTICAS DO LACTENTE

Estado de saúde do recém-nascido: entrada para a UCI, infecção, síndrome de abstinência, etc.

Malformações.

Alterações do desenvolvimento psicomotor.

Baixo peso à nascença.

Prematuridade.

Doenças neurológicas.

Doenças congénitas ou adquiridas.

Deficiência mental.

Perturbações do ritmo de sono/vigília.

CARACTERÍSTICAS DO PARTO

Parto difícil.

Separação precoce da mãe no período neo-natal.

Impossibilidade de aleitamento na 1ª semana de vida.

CARACTERÍSTICAS DA MÃE

Dificuldades em criar o vínculo mãe-filho.

Atitude de rejeição do recém-nascido.

Ignora as necessidades de alimentação e de cuidados da criança.

Sente repulsa pelos cuidados da criança (alimentação, mudança de fraldas, etc.).

Mostra-se decepcionada com as características da criança.

Incapacidade de proporcionar cuidados e afecto ao recém-nascido.

Falta de conhecimentos sobre as normas adequadas de educação ou dos cuidados a dispensar à criança.

Atitude negativa em relação ao aleitamento materno.

Estado de espírito deprimido: fala com tristeza e pessimismo do seu novo filho.

Condições de habitação não adaptadas às necessidades da criança.

Tem antecedentes de maus tratos com outros filhos.

Trata-se de uma mãe adolescente com falta de recursos materiais e de apoio familiar.

Tem dificuldades sócio-familiares (falta de recursos humanos, afectivos, materiais, etc.).

Sofre de doenças infecciosas.

Tem antecedentes psiquiátricos de qualquer natureza, em especial, depressão pós-parto.

Consome habitualmente ou tem dependência de álcool ou drogas.

Carece de apoio familiar.

Na **primeira infância** podem reconhecer-se alguns aspectos do desenvolvimento afectivo e psicomotor da criança que levem a pensar que, por qualquer razão, os pais/cuidadores não estão a prestar aos filhos os cuidados necessários, incluindo os afectivos.

INDICADORES RELATIVOS À INTERACÇÃO COM A CRIANÇA

Aos 2-3 meses não presta atenção ou não se interessa pelo rosto de quem está com ela. Não sorri.

Aos 4-5 meses não tenta brincar nem balbuciar sons com as pessoas que a rodeiam. Não volta a cabeça para quem está a falar com ela ou a tentar chamar a sua atenção. Deixa-se pegar e não interage nem facilita que a peguem. Permanece passiva, inexpressiva, apática e não pede atenção. Tem um choro débil, hipotonia, pouca mobilidade espontânea, sono excessivo, falta de interesse pelo ambiente, sinais de malnutrição, etc.

Depois dos 8 meses, se surgir um quadro semelhante ao do ponto anterior, é caso para **suspeitar de uma depressão**.

Na **idade pré-escolar** surgem **diferentes quadros de ansiedade**, como angústia extrema de separação do ambiente familiar, timidez excessiva no contacto com pessoas desconhecidas, medos, tanto em situações específicas, como imprevistas, etc.

Aos **dois anos** a criança recusa-se a falar (mutismo) e não se lhe reconhece outro tipo de deficiências. Comunica por sinais (afirmação e negação) ou monossílabos. O mutismo pode surgir associado à timidez, enurese ou encoprese, traços compulsivos e temperamento instável, etc. O mutismo antes dos 5 anos pode ser breve ou prolongar-se por uma longa etapa de desenvolvimento, dependendo de se detectar e de se atender correctamente o problema.



VER

Anexo D

Aos **três anos** mostra-se desobediente, opõe-se aos pais e a tudo o que representa autoridade. O seu comportamento pode adquirir matizes de obstinação, resistência passiva, ameaças, coerção, etc. Não se deve confundir com o negativismo normal dos 18 aos 36 meses de vida.

Na **idade escolar**, podem surgir perturbações comportamentais, que incluem a violação sistemática das normas sociais do ambiente e falta de compreensão dos sentimentos, interesses e estados de espírito das outras pessoas. Estas perturbações comportamentais podem manifestar-se através de comportamentos agressivos ou manipuladores.

INDICADORES GERAIS DA CRIANÇA

A criança apresenta **défices de atenção e de aprendizagem**. Não pára quieta, passa de um brinquedo para outro, não consegue concentrar-se em nada. Às vezes estes problemas estão associados a **um excesso de estimulação** (demasiados brinquedos, demasiadas ordens, demasiadas exigências, etc.) por parte do ambiente mais imediato.

A interacção mãe/pai-filho é negativa ou indiferente e nenhuma das duas é adequada. A mãe está “irritada” e expressa-o dizendo que o filho é difícil. O filho, por sua vez, demonstra-o não comendo, não obedecendo, rejeitando ou esquivando-se ao contacto, etc.

A mãe **não consegue** tranquilizar a criança, mas esta tranquiliza-se com outras pessoas.

A criança não brinca bem com os outros meninos. Aborrece-se e briga com facilidade. Outras vezes prefere estar sozinha e retraindo-se do contacto com os outros. Tem problemas de ciúmes.

Tem comportamentos estranhos: auto agride-se, balança-se, tem birras exageradas e frequentes, morde-se a si própria, puxa pelo seu próprio cabelo, etc.

Exige demasiada atenção ou, pelo contrário, evita chamar à atenção de qualquer maneira.

É cruel com os outros. Ataca ou agride crianças que estejam a chorar ou sejam mais vulneráveis do que ela.

LEMBRE-SE



- Deve ter-se presente que “pequenas forças” não podem causar “grandes traumas”.
- O diagnóstico diferencial consiste em determinar se as causas das lesões são acidentais ou intencionais.
- Um bom tratamento é aquele que se obtém a partir de um bom diagnóstico. Muitos problemas que as crianças apresentam, sobretudo na primeira infância (hiperactividade, distúrbios alimentares, sono, ciúmes, enurese, etc.) têm origem nas dificuldades de relação pais-filhos e só se resolvem enfrentando essas dificuldades.
- As crianças têm razões para não falar abertamente do abuso sofrido.
- Para além dos indicadores físicos, o comportamento e as atitudes da criança e da família, podem fornecer informações muito valiosas acerca da existência de maus tratos.

3.5. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO PARA A COMPROVAÇÃO DOS MAUS TRATOS

Os **exames complementares de diagnóstico** realizam-se para que nenhuma lesão passe despercebida e/ou para **confirmar a suspeita** de uma intoxicação, fractura, etc., **causada por maus tratos**.

Os **exames complementares de diagnóstico** dependem do **tipo de lesão** e consistem em:

- Medições relacionadas com os **parâmetros de crescimento** como o peso, a altura, o perímetro craniano, etc.
- **Reconhecimento físico** dos irmãos ou de outros membros da família com alguma **característica de vulnerabilidade**.
- A documentação pode incluir fotografias, vídeo e/ou um desenho do esquema corporal.
- Exame radiográfico ósseo antero-posterior dos braços, antebraços, mãos, músculos, pernas, tórax e pélvis antero-posterior, lateral da coluna e do crânio em dupla projecção. **É aconselhável fazer uma radiografia óssea em todas as crianças pequenas até aos 2 ou 3 anos para comprovar a existência de fracturas antigas e recentes**. Nestas idades precoces, as fracturas metafisárias não impedem o andar ou gatinhar. **Não é aconselhável** utilizar esta técnica como diagnóstico primário, dado ser agressiva para a saúde das crianças.
- A **cintilografia óssea** serve para demonstrar as alterações ósseas apenas umas horas depois da agressão e quando estas **ainda não são visíveis** na radiografia esquelética, pelo que **ambas as técnicas devem ser complementares**.
- A **ecografia** é útil quando a situação clínica da criança não é muito concludente, sobretudo nos **bebés com menos de um ano** ou quando **existem lesões intracranianas** (fontanela aberta), **intra-torácicas ou viscerais**.
- A **tomografia computadorizada (TAC)** utiliza-se nos casos em que **existam lesões cranianas**, para a detecção de hemorragia subaracnoideia e avaliação das lesões da abóbada craniana que não tenham uma disposição axial. Também é útil para detectar lesões viscerais.

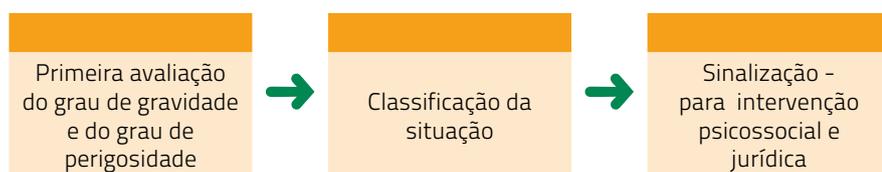
- A **ressonância magnética (RM)** utiliza-se para **avaliar lesões medulares** em caso de fracturas vertebrais e lesões articulares. É sensível na identificação e caracterização das sequelas neurológicas e alterações do sistema nervoso central.
- Exame do fundo do olho. As hemorragias da retina podem ser indicativas de lesões e hemorragias intracranianas.
- **Análises convencionais.**
- **Análises laboratoriais** (níveis séricos de fármacos) de apoio para diagnosticar intoxicações ou o Síndrome de Munchausen por Procuração.
- **Colheita de amostras** em caso de **abuso sexual**. Recolha de matérias estranhas, de roupa interior e raspagem das unhas, que se guardam num envelope identificado. Esfregaço faríngeo e rectal. Exsudado vaginal: EMD, cultura.

3.6. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DETECTADA

Uma vez detectado um caso de maus tratos numa criança dá-se início a toda uma série de **intervenções de carácter multidisciplinar** cujo objectivo é:

- Proteger o criança;
- Proporcionar-lhe um contexto de desenvolvimento seguro e saudável.

Uma das **principais avaliações** que o profissional de saúde deve efectuar é a gravidade e o grau de perigosidade a que a criança está sujeita. A partir desta avaliação tomam-se as medidas necessárias e determina-se o tratamento e intervenção psicossocial e jurídica posteriores.



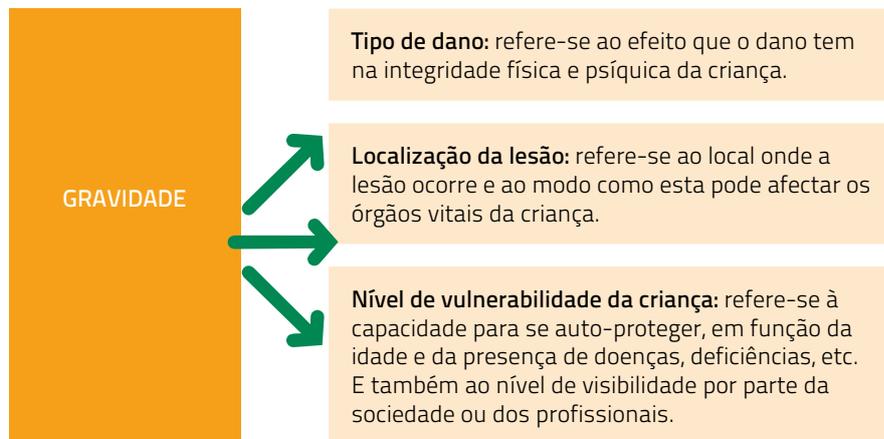
CADEIA DE DECISÕES A TOMAR PELO PESSOAL DE SAÚDE DEPOIS DE DETECTADA A SITUAÇÃO DE Maus tratos

3.6.1. CRITÉRIOS PARA UMA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE E DA PERIGOSIDADE

Após se terem **detectado** os indicadores que levem a suspeitar da existência de maus tratos ou tratamento inadequado à criança, deve-se fazer uma primeira avaliação da situação tendo em conta os parâmetros de gravidade e do grau de perigosidade.

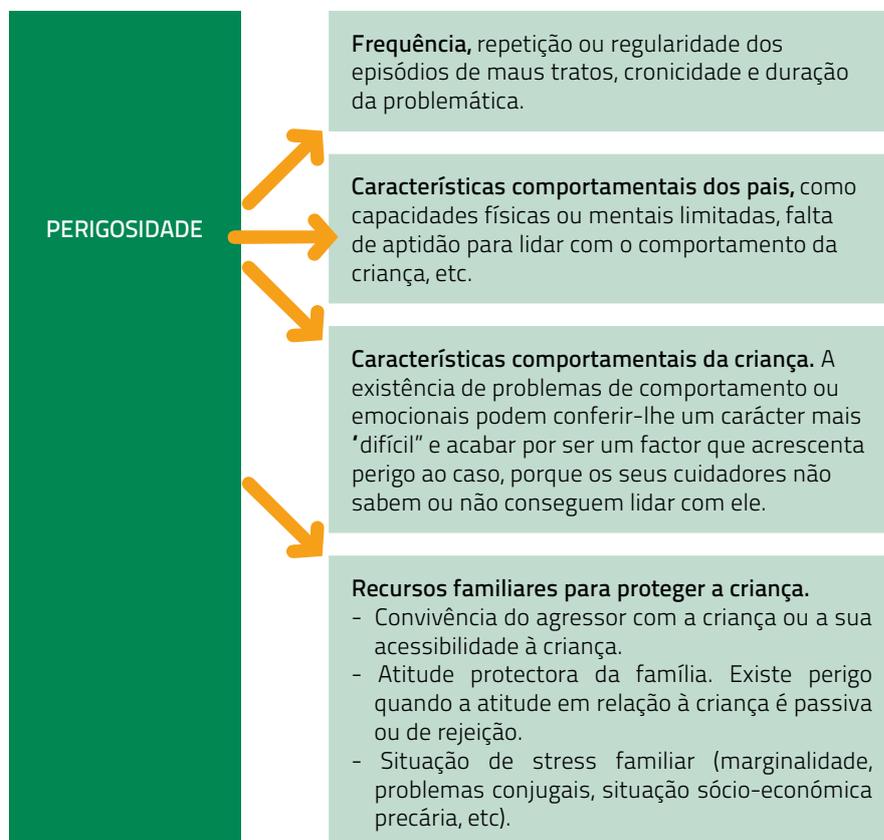
A gravidade refere-se à intensidade ou severidade do dano sofrido pela criança numa situação de abandono ou abuso. Em definitivo, prende-se com a dimensão da lesão ou da negligência exercida contra a criança e as consequências visíveis nela.

Para avaliar o grau de gravidade, podem considerar-se os seguintes factores:



A **perigosidade** indica a **probabilidade** de uma situação, ou incidente de perigo, com dano para a criança, **ocorrer ou voltar a ocorrer**, podendo pôr em perigo **o seu desenvolvimento integral**. Indica a circunstância, sobretudo **familiar**, que identifica a probabilidade de ocorrerem situações em que a segurança, os direitos e as necessidades básicas da criança sejam descurados.

Para avaliar o grau de perigosidade, podem considerar-se os seguintes factores:



3.6.2. TRIAGEM DE SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS

O objectivo da **primeira avaliação** de suspeita de maus tratos (gravidade e perigosidade) consiste em **fazer a triagem da situação da criança** e da família, de acordo com aqueles parâmetros, para actuar de forma adequada. A **triagem** da situação pode passar pela seguinte classificação dos casos:

- Inexistência de maus tratos;
- Perigo de maus tratos (baixo, moderado, elevado);
- Maus tratos (**perigo de recidiva**: baixa, moderada e elevada);
- Procedimento de urgência.

	GRAVIDADE nula/baixa	GRAVIDADE moderada	GRAVIDADE elevada
PERIGOSIDADE nula/baixa	NÃO EXISTE Mau trato Não existe dano nem perigo eminente da sua ocorrência		
PERIGOSIDADE moderada/elevada		PERIGO MODERADO Não existe dano evidente, mas as circunstâncias que rodeiam a criança levam a pensar que o mesmo pode ocorrer	
PERIGOSIDADE elevada			SITUAÇÃO DE URGÊNCIA Existe dano evidente e a gravidade é elevada. O perigo é alto ou desconhece-se a sua dimensão.

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO CONFORME A SUA GRAVIDADE OU PERIGOSIDADE VER ESPANOL?????????

INEXISTÊNCIA DE Maus tratos. Trata-se da situação em que não se regista gravidade, nem se reconhece perigosidade ou em que se exclui a hipótese de o dano sofrido ser consequência de maus tratos. Também pode acontecer em maus tratos pontuais ou esporádicos numa família funcional, sem factores de risco, na qual a criança tem claramente uma pessoa que a protege.

A PERIGOSIDADE MODERADA/ELEVADA DE Maus tratos é uma situação que apresenta uma **gravidade baixa a moderada**, ou seja, em que se detecta que algumas necessidades da criança **não estão** a ser devidamente satisfeitas, mas **não se evidencia um dano claro e evidente**. No entanto, reconhecem-se **indícios de que a probabilidade de ocorrer** um episódio de maus tratos ou outra situação de perigo é **moderada ou elevada**.

A **URGÊNCIA** é determinada principalmente pela avaliação das situações que podem constituir um **perigo eminente** para a saúde e a vida da criança. Em última instância, uma situação será **urgente** quando a **gravidade das lesões ou abusos de que a criança é vítima for elevada** e a probabilidade de os episódios de abuso se repetirem **for alta ou muito alta**.

Numa **situação de urgência** pode existir suspeita de maus tratos ou a certeza de que as lesões se devem a maus tratos.

- Há **SUSPEITA DE ABUSO OU Maus tratos** quando tiver ocorrido uma lesão ou dano e existirem alguns indícios que levem a pensar que a mesma pode dever-se a maus tratos. Trata-se de uma situação de gravidade moderada a alta, mas em que se desconhece o grau de perigosidade de o episódio voltar a acontecer. Nestes casos, **os factores de risco** podem fornecer informação muito valiosa. Algumas situações de maus tratos, pela própria **complexidade** que apresentam, **requerem uma análise mais aprofundada**. Quando existir suspeita de maus tratos é conveniente incluir no processo outros especialistas e efectuar os exames e análises complementares que possam ajudar a estabelecer a **etiologia das lesões e comportamentos** da criança.

- Há **CERTEZA DE Maus tratos** quando o resultado das análises clínicas e o conjunto de variáveis assim o determinem. Nesses casos, é possível precisar a gravidade dos factos, mas é necessário continuar a investigar o caso para poder determinar o grau de perigosidade a que a criança está sujeita na sua situação actual, sendo imprescindível a intervenção de outros profissionais.

Se existir a certeza de maus tratos é importante, para além da protecção da criança, **denunciá-la** para que se possa avaliar a **responsabilidade penal dos autores**, de forma a não ficarem impunes. **A denúncia pode ser formalizada no Ministério Público, nos Tribunais ou na Esquadras de Polícia.**

Sem esgotar as **possíveis situações de urgência**, podem citar-se como exemplos:

- Não existe nenhum adulto disposto a cuidar da criança e esta apresenta sinais de abandono evidente.
- A criança recusa-se a voltar ao domicílio.
- Existem provas médicas de que os maus tratos físicos ou a negligência alimentar são suficientemente graves para pôr em perigo a vida da criança.
- Existem provas médicas ou psicológicas de que, a não existir intervenção, a situação de maus tratos ou abandono pode ameaçar a vida da criança e os pais/cuidadores recusam qualquer tipo de ajuda.
- A criança sofreu um dano emocional grave em consequência dos maus tratos ou abuso infligidos pelos pais/cuidadores e estes rejeitam-na, recusam-se a cuidar dela ou são incapazes de o fazer.
- O pai ou a mãe ameaçou verbalmente matar a criança ou tentou fazê-lo. As provas médicas apontam para uma tentativa de envenenar deliberadamente a criança ou existem marcas no seu corpo que indicam que foi agredida com uma arma mortal ou repetidamente agredida com um objecto pesado.
- A criança foi abusada sexualmente por um familiar ou por um conhecido da família e os pais/cuidadores não fazem nada para a proteger, mostram-se ambivalentes ou consideram que ela própria pode ter provocado a situação.



LEMBRE-SE

- Na tomada de decisões, a segurança e o bem-estar da criança devem sobrepor-se a qualquer outra consideração.
- Qualquer intervenção deve ser sempre precedida de uma avaliação da gravidade e da perigosidade da situação do criança.
- A gravidade tem que ver com a intensidade ou severidade do dano sofrido, como por exemplo quando a criança corre perigo de vida, a sua integridade física ou psicológica está seriamente comprometida ou existem suspeitas fundadas de abuso sexual. A criança é muito pequena, está doente ou tem alguma deficiência. Tem pouca capacidade para se auto-defender.
- A perigosidade indica a probabilidade de ocorrência ou recidiva de uma situação de perigo para a criança. É provável que a situação detectada se repita quando: o autor ou responsável tem fácil acesso à criança; a família tem uma atitude passiva ou rejeita-a; a situação observa-se há muito tempo; ocorre com muita frequência; existe um problema de stress familiar; o comportamento da criança constitui um problema para os pais/cuidadores.
- A intervenção deve ser planificada de modo a proteger-se efectivamente a criança sem a sujeitar a revitimizações e processos desnecessários e dolorosos.



INTERVENÇÕES EM RELAÇÃO AOS MAUS TRATOS

4

- Intervenção Preventiva (Prevenção Primária)
- Intervenção nas Situações de Perigo (Prevenção Secundária)
- Intervenção nos Casos Urgentes (Prevenção Terciária)
- A forma de sinalizar

4. INTERVENÇÕES EM RELAÇÃO AOS Maus tratos

As intervenções a levar à prática pelos serviços de saúde em relação aos maus tratos contra as crianças são muito diversificadas pois, como se viu, os maus tratos podem manifestar-se de múltiplas formas e as sequelas que causam são muito diversas.

No entanto, o tratamento deste problema continua a ser, nos nossos dias, fundamentalmente de carácter reactivo, isto é, uma intervenção quando os maus tratos já ocorreram e, muitas vezes, só quando se revestem de uma certa gravidade. Nestes casos, a abordagem terapêutica é muito mais difícil, implicando intervenções especializadas, articuladas e conjuntas por parte de diversos profissionais. Além disso, muitas vezes a possibilidade de se atenuar as consequências dos maus tratos torna-se escassa.

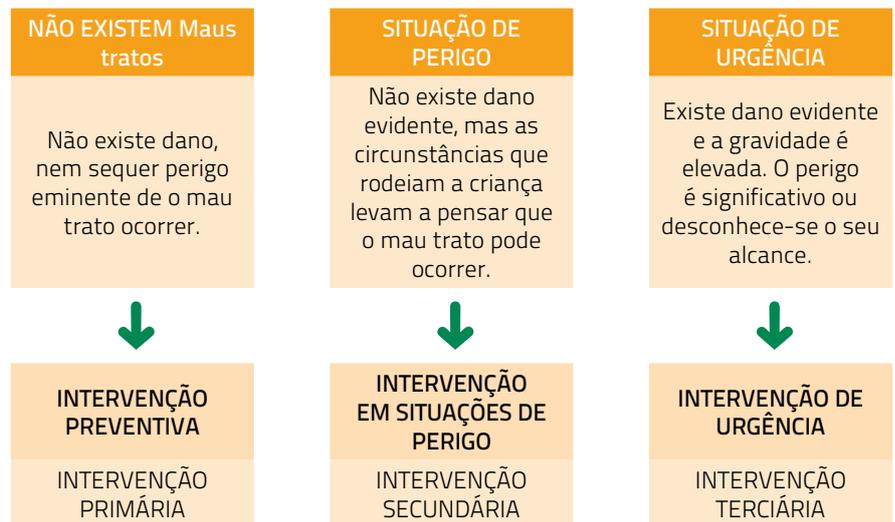
A **intervenção preventiva** no contexto da saúde tem, por isso, uma **importância vital**. Sabe-se que os maus tratos constituem **um problema** que se pode desenvolver **progressivamente** até dar lugar a **padrões de interacção cronicizados** nas relações familiares e, portanto, com **elevada probabilidade de se repetirem**. Em geral, este problema tem **uma origem** facilmente identificável e **localizada** em algum **momento crítico** do ciclo vital da família e/ou do desenvolvimento da criança. Se o problema for tratado precocemente podem prevenir-se situações de abuso ou negligência para com as crianças ou, no caso de terem ocorrido maus tratos, contribuir para a recuperação imediata da vítima e para a prevenção de eventuais recidivas.

Para estabelecer as diferentes intervenções que se podem levar a cabo no domínio da saúde, parte-se do **modelo de saúde pública de prevenção** adaptado por Helfer (1982) para o problema dos maus tratos às crianças:

1. Prevenção primária. O seu objectivo é **evitar que surjam novos casos na população em geral**. A prevenção primária orienta-se para a **modificação de vastas estruturas e situações sociais** que se pensa estarem associadas aos maus tratos.

2. Prevenção secundária. Visa detectar e tratar precocemente os casos em elevado risco ou já em perigo, nos quais a probabilidade de ocorrerem maus tratos é muito elevada, porque se reconhecem factores de risco ou disfunções nas relações prestador de cuidados-criança. A prevenção secundária é especialmente relevante na etapa pré-natal, neo-natal, em períodos críticos dos ciclos de vida familiar (e.g.: nascimento de outra criança, separações, desemprego, doença, etc.) e/ou das etapas evolutivas da criança (ex: adolescência, etc.).

3. Prevenção terciária. Trata os casos de crianças já maltratadas para que os maus tratos deixem de ocorrer o mais cedo possível e tenta minimizar as sequelas derivadas dos mesmos.



A RELAÇÃO ENTRE A GRAVIDADE E O PERIGO E OS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em geral, cada um dos níveis de intervenção propostos pretende alcançar **objectivos específicos**.

Orientação geral das intervenções perante o problema dos maus tratos às crianças:

Intervenção preventiva	O que o profissional de saúde pode fazer para transmitir práticas para o "bom trato" às crianças ou para a prevenção do seu mau trato?
Intervenção nas situações de perigo	O que o profissional de saúde pode fazer para evitar que a criança seja vítima de maus tratos, nomeadamente a nível da detecção precoce de indicadores de risco?
Intervenção de urgência	O que o profissional de saúde pode fazer para que os maus tratos à criança não se repitam ou para minimizar as suas consequências?

Os três tipos de intervenção que seguidamente se desenvolvem devem ser entendidos como um “contínuo”, isto é, os objectivos das intervenções consideradas na prevenção terciária também devem incluir os da prevenção primária e os da prevenção secundária.

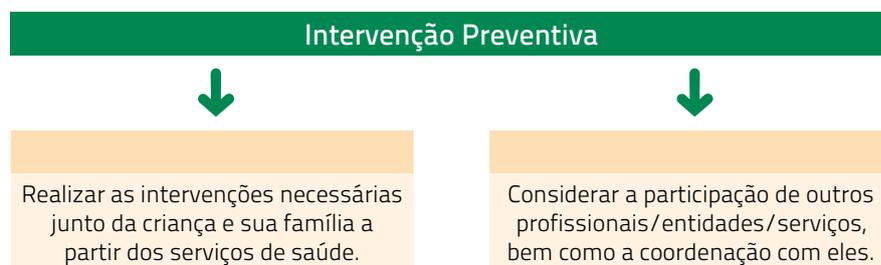
	Objectivos da intervenção:
Intervenção preventiva (Risco)	Transmitir orientações/normas para o ‘bom trato’ (ou prevenção de maus tratos) às criança
Intervenção em situações de perigo	Intervenção clínica e intervenção psicossocial.
Intervenção urgente/perigo	Intervenção clínica, psicossocial e para assegurar a protecção da criança.

OS OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PREVENTIVA, DA INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE RISCO E DA INTERVENÇÃO DE URGÊNCIA/PERIGO.

4.1. INTERVENÇÃO PREVENTIVA (PREVENÇÃO PRIMÁRIA)

No âmbito dos maus tratos às crianças, a **prevenção primária** consiste na intervenção em qualquer situação, ou variável social, que comprometa o bem-estar e o equilíbrio do contexto da criança. Este tipo de intervenções **dirige-se à totalidade da população** que, de alguma forma, se relaciona com a infância ou com a adolescência.

Num sentido mais positivo, a **prevenção primária** engloba todas as intervenções que **potenciam e fortalecem** as características positivas da criança e das suas famílias tornando-as mais resistentes e menos propensas a sofrer ou cometer maus tratos.



A partir do contexto da saúde pode-se enunciar, entre outras, como possíveis **intervenções preventivas** em relação à criança e à família, as seguintes:

- Apoiar os pais no **desempenho do seu papel parental**.
- Fomentar a criação de um **vínculo afectivo pais-filho seguro**.
- Sensibilizar os pais para uma **parentalidade positiva e educação positiva** dos filhos.
- Melhorar a **qualidade da comunicação** entre os profissionais e os pais/cuidadores. Partilhar as suas preocupações, oferecer-lhes a possibilidade de estabelecerem **uma relação de apoio e confiança**. Reconhecer e entender as **necessidades emocionais** dos pais/cuidadores.
- **Diminuir as situações** de isolamento social, possibilitando relações de apoio e confiança com os utentes.
- Estabelecer **normas de segurança** a cumprir pelas crianças e as famílias.
- **Incluir os pais** (e não apenas as mães) nas visitas e reconhecer a sua função importante na educação do filho e no funcionamento familiar.
- **Fazer recomendações concretas e específicas** em relação às dificuldades sentidas pela família ou encaminhá-la para os profissionais adequados.

Outras intervenções preventivas mais globais que se podem realizar no quadro dos serviços de saúde são:

- Incluir a problemática dos maus tratos nos programas de saúde, dada a sua elevada incidência e as graves sequelas que causa.
- Definir e implementar controlos do lactente e da criança em idade pré-escolar.
- Promover visitas ao domicílio.
- Organizar e participar em actividades informativas individuais, de grupo e comunitárias.
- Promover o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, os direitos e as necessidades das crianças, as exigências ligadas à maternidade/paternidade e as formas adequadas de tratar as crianças.
- Corrigir as falsas expectativas acerca do desenvolvimento e das capacidades da criança.
- Reduzir as crises de origem ambiental, encaminhando os pais/cuidadores para outros serviços comunitários.
- Conhecer os recursos da comunidade para apoiar as famílias.
- Reduzir a taxa de gravidez não desejada através do planeamento familiar. Promover atitudes que atenuem comportamentos de abuso de álcool e drogas.
- Evitar os maus tratos institucionais, garantindo a concretização da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada.
- Criar espaços e contextos de interacção em que os pais/cuidadores e os filhos possam interagir de forma positiva e aprender uns com os outros.

A prevenção dos maus tratos pode ser favorecida pela participação e coordenação com outros profissionais, dentro e fora dos próprios serviços de saúde, nomeadamente com:

- outros especialistas da área clínica para o diagnóstico e seguimento do caso, por exemplo, com os profissionais de saúde mental, ginecologia, planeamento familiar, etc.
- os profissionais da área psicossocial, como o Departamento de Serviço Social e/ou de Psicologia (se existirem) ou com a Equipa Municipal de Serviços Sociais.
- outros profissionais relacionados com a criança e a família, como os professores, a polícia, etc.

Fundamentalmente podem destacar-se três aspectos que dificultam a prevenção primária dos maus tratos às crianças no âmbito da saúde:

- Os maus tratos são um tema frequentemente esquecido ou negligenciado pelas pessoas encarregues de desenhar e programar os serviços de saúde. Possivelmente, isso deve-se ao facto do problema dos maus tratos não ser, ainda, considerado, apesar de o ser, **um tema de “saúde pública”** ou da “verdadeira medicina”.
- A prevenção dos maus tratos exige **uma forte mobilização de recursos**, não só médicos, mas também sociais, legislativos, etc.. Por isso requer a organização de redes de profissionais que **trabalhem conjuntamente e de forma coordenada**.
- Os resultados só são observáveis a médio e longo prazo, o que às vezes pode afectar negativamente a motivação dos profissionais e gerar uma certa insegurança em relação às próprias intervenções.

4.1.1. PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS INSTITUCIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A **prevenção primária dos maus tratos ou a promoção do bom trato na saúde** inclui questões relacionadas com a **estrutura e a organização** dos serviços de saúde e hospitais, bem como com **normas** dos mesmos e com o desenvolvimento e implementação de **protocolos e procedimentos adequados** às necessidades das crianças e suas famílias.

O respeito pelos direitos da Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas (resolução publicada em 1986 no Diário Oficial das Comunidades Europeias) pode **contribuir para prevenir os maus tratos institucionais**.

A Carta Europeia dos Direitos das Crianças Hospitalizadas enuncia 23 direitos:

1. **Não ser hospitalizada se existir outro meio de tratar a doença. No caso de ser necessário o internamento num centro hospitalar, que o internamento seja o mais curto e o menos traumático possível.**

2. Hospitalização diurna sem que isso implique uma carga económica adicional para os pais/cuidadores.
3. Estar acompanhada dos pais/cuidadores como elementos activos durante a sua permanência no hospital.
4. Receber informação, adaptada à sua idade, sobre a doença, as técnicas e tratamentos administrados.
5. Receber cuidados e tratamentos sempre pelo mesmo pessoal de enfermagem.
6. Recusar-se a ser objecto de investigação.
7. Os seus pais/cuidadores serem informados sobre a doença, sem que se ponha em causa a intimidade da criança.
8. Os seus pais/cuidadores terem direito a dar a sua aprovação para os tratamentos.
9. Direito a uma recepção adequada e seguimento psicossocial por pessoal especializado.
10. Não ser submetida a experiências farmacológicas ou terapêuticas sem a autorização dos seus pais/cuidadores.
11. Estar protegida pela declaração de Helsínquia no que se refere às experiências terapêuticas.
12. Não receber tratamentos médicos inúteis, nem suportar sofrimentos físicos e morais que possam ser evitados.

LEMBRE-SE



- Para evitar que ocorram novos casos de maus tratos, é necessário implementar e manter acções de prevenção.
- Prevenir também significa detectar atempadamente antes que o mau trato ocorra, ou tratar de imediato as situações de maus tratos para que estas acabem e não se repitam.
- Prevenir também significa actuar sobre os factores que favorecem o estabelecimento de um vínculo pais-filho seguro e positivo.
- Aplicar os direitos da criança enunciados na “Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada” para prevenir os maus tratos institucionais e não acrescentar mais problemas ou dificuldades à criança.

13. Ter direito a contactar com os pais/cuidadores em momentos de tensão.

14. Ser tratada com respeito.

15. Receber os cuidados de pessoal qualificado, tanto no plano físico como afectivo.

16. Estar hospitalizada com outras crianças.

17. Dispor de locais para os cuidados, brincadeiras e educação, e que cumpram as normas oficiais de segurança.

18. Poder continuar a sua formação escolar.

19. Ter acesso a livros, brinquedos e meios audiovisuais.

20. Poder ter aulas durante a sua hospitalização diurna ou convalescença no domicílio.

21. Receber os cuidados necessários. Se os pais/cuidadores se opuserem ou recusarem por diferentes motivos, será necessária a intervenção da justiça.

22. Obter ajuda económica, moral e psicossocial no caso de necessitar de tratamentos no estrangeiro.

23. Pedir a aplicação da presente Carta no caso de a criança necessitar de hospitalização em países que não façam parte da Comunidade Europeia.

4.2. INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE PERIGO (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA)

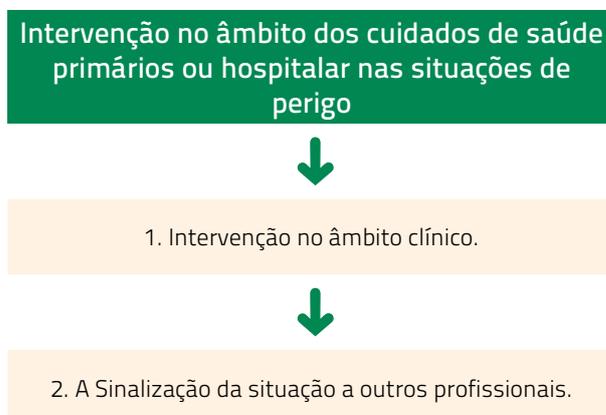
A intervenção nas situações de perigo centra-se nas crianças e nas suas famílias em que se identificam factores de risco concretos que põem em perigo o bem-estar e o desenvolvimento adequado da criança.

No âmbito dos cuidados de saúde primários e do hospital pode realizar-se uma série de intervenções similares nos casos de perigo.

As intervenções consistem naquilo que o profissional de saúde pode e deve fazer quando detecta um caso de perigo de maus tratos. Em geral reconhecem-se **dois contributos principais dos profissionais da saúde** neste tipo de intervenção:

1. O primeiro é a transmissão aos pais/cuidadores de **informação e conhecimentos** acerca das tarefas educativas, do cuidado aos filhos e de uma relação de apoio e confiança.
2. O segundo é dar **apoio a crianças e adolescentes**, através de orientações para a solução dos seus problemas familiares.

Um outro contributo pode prender-se com os procedimentos de **sinalização ou encaminhamento** do caso, ou seja, em determinar a que profissionais se deve comunicar a situação ou encaminhar para apoios específicos.



1. INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E DOS CENTROS HOSPITALARES NAS SITUAÇÕES DE PERIGO

- Realizar acções de monitorização (“follow-up”) e controlos médicos mais continuados e mais intensivos nos casos identificados como de perigo de maus tratos ou já de maus tratos.
- Diminuir o stress associado à educação dos filhos e ensinar métodos positivos, não punitivos, de educação.
- Ensinar os pais/cuidadores a reforçar a auto-estima dos filhos através do recurso a elogios e mensagens verbais positivas.
- Dar a oportunidade de aprendizagem de resolução de conflitos, a partir dos pontos de conflitos pais-filhos.
- Transmitir conhecimentos aos pais/cuidadores sobre as necessidades de alimentação, higiene e emocionais, o desenvolvimento da criança, o comportamento e mecanismos de auto-controlo.
- Estimular e facilitar a relação pais-filhos a fim de estabelecerem uma relação de apego positiva, consistente e segura para a criança.
- Oferecer às crianças assistência médica e psicológica. Recolher e documentar todos os dados relativos aos maus tratos.

2. SINALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE PERIGO A OUTROS PROFISSIONAIS

- Comunicar ao Tribunal se existe lesão física através do relatório de lesões.
- Comunicar o caso ao Departamento de Serviço Social ou, na falta deste, à Equipa Municipal de Serviços Sociais. Entre as intervenções do Departamento de Serviço Social inclui-se:
 - Formar uma equipa interdisciplinar e colaborar na monitorização da situação da criança, dos pais/cuidadores e das condições de vida.
 - Incrementar o **conhecimento e o acesso da família a uma variedade de serviços de apoio** (ex: recursos comunitários).

- Avaliar a necessidade de **notificar** o caso à Equipa Municipal de Serviços Sociais.
- Comunicar o caso à Linha de Apoio à Criança.

Nos casos de lesão física e sobretudo quando se suspeita de abuso sexual, é **obrigatório comunicar** a situação ao Tribunal, através de um **relatório médico de lesões**.

A existência de um Departamento de Serviço Social facilita o trabalho interdisciplinar (médico e psicossocial), enriquecendo assim os apoios prestados à criança e à sua família. Um dos objectivos do **trabalho interdisciplinar** é realizar um diagnóstico e uma intervenção que permita, posteriormente, **uma intervenção psicossocial** com a família. Há que ter em conta que um dos requisitos para que se possa realizar uma intervenção deste tipo é que a **família perceba a existência de um problema** e peça ajuda.

Outro objectivo é colaborar na monitorização (“follow-up”) da criança e sua família.

Os profissionais do Departamento de Serviço Social encarregar-se-ão de notificar o caso à Equipa Municipal de Serviços Sociais. Quando os serviços de saúde carecerem deste Departamento, a **função de sinalização** a outras entidades deve ser assumida pelos profissionais de saúde.

Os critérios que podem ajudar os profissionais da saúde a decidir sobre a sinalização à Equipa Municipal de Serviços Sociais são:

- A família **não** comparece às consultas e receia-se pelo bem-estar da criança.
- A família **não revela mudanças** apesar das recomendações dadas pelo pessoal de saúde.
- **Observa-se repetidamente** que as necessidades básicas da criança não estão a ser satisfeitas.
- **Identifica-se** o factor **cronicidade** na problemática apresentada pela família.

Por último, existe a possibilidade de comunicar a situação à Linha de Apoio à Criança (ver anexos). Trata-se de uma linha telefónica gratuita que funciona durante as 24 horas do dia e tem por objectivo, centralizar as chamadas que denunciem ou exponham presumíveis situações de risco ou perigo para as crianças oferecendo aconselhamento, reorientando a situação ou encaminhando-a para os organismos competentes para diagnóstico e/ou intervenção.

Em princípio, os **centros de saúde**, pela sua organização e funções, estão orientados para o tratamento de casos **não urgentes**. É um lugar privilegiado para actuar nas situações de risco, isto é, quando não existe evidência de riscos graves ou não se detectam ainda situações graves de maus tratos, **mas sim factores de risco que podem fazê-las surgir**.

Os profissionais dos **centros hospitalares** também podem seguir **normas de intervenção nos casos de risco**. Uma vez detectados esses casos, é conveniente continuar a trabalhar com a família e dar-lhe os apoios necessários para evitar que a situação se agrave ou se torne crónica. Por isso, convém comunicar a situação aos profissionais dos contextos da criança e sua família, designadamente, profissionais dos cuidados de Saúde Primária (Pediatras, Pedopsiquiatras, Enfermeiros, escola - professores, educadores, Unidade de Comportamentos Aditivos - psicólogos, etc.) e trabalhar em articulação com eles, facultando toda a informação necessária.

Uma dificuldade que **afecta seriamente a prevenção** dos maus tratos é que as pessoas e famílias em que se detecta o risco de abusar ou de ser vítima de maus tratos nem sempre revelam motivação para participar na intervenção. Estas famílias caracterizam-se normalmente por uma **motivação reduzida ou nula** para participar em programas específicos, fundamentalmente pelas **seguintes razões**:

- **Pouca ou nenhuma consciência do problema** e ausência de pedidos de apoio.
- **Medo** de eventual **estigmatização e rotulagem** como família “maltratante”, ou outro problema qualquer, que possa ocorrer pelo facto de participar na intervenção.
- A participação no programa exige **um grande esforço pessoal** e significa a **intromissão** de outras pessoas na esfera privada.

Para conseguir uma maior aceitação e colaboração da família nos programas ou serviços que lhe sejam propostos, recomenda-se:

- Procurar a máxima afinidade com a família, apresentando o apoio de forma atractiva.
- Respeitar a função da família. Não se mostrar agressivo nem intrusivo.
- Pensar no local onde realizar a intervenção. Em certos casos, **as visitas domiciliárias são mais convenientes.**
- **Realçar os aspectos positivos do comportamento da família** e das estratégias de educação que sejam adequadas e funcionais.
- Estabelecer o contacto com profissionais que tenham um maior acesso à família.

4.2.1. PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS NA ETAPA PRÉ-NATAL E NEONATAL

A etapa pré-natal e neonatal é crítica e da máxima vulnerabilidade tanto para o feto ou bebé como para a mãe/pai.

Durante a **gravidez**, a mãe necessita de:

- um aporte calórico adequado;
- equilíbrio psicológico;
- exclusão de hábitos tóxicos, etc.

Por isso, é necessário apoiar a mãe e/ou o pai para que crie(m) um ambiente propício ao desenvolvimento fetal normal.

Na **etapa neonatal**, a mãe/pai e a família sentem-se especialmente motivadas para aprender. Logo, é um momento adequado para **rever e trabalhar precocemente os modelos de interacção** que os pais vão estabelecer com o futuro filho, potenciando as bases para uma boa relação.

Algumas medidas preventivas nesta área:

- **Identificação** das condições que põem em risco/perigo o desenvolvimento fetal (toxicod dependência e outros hábitos tóxicos, deficiente controlo sanitário

LEMBRE-SE



- A prevenção é especialmente relevante nas situações de risco para que os maus tratos não cheguem a ocorrer.
- Para uma melhor prevenção dos casos geralmente é necessária a coordenação com outros profissionais.

na gravidez, exposição a toxinas ambientais).

- **Apoio emocional.** A mãe deve sentir-se segura e apoiada para poder enfrentar a sua futura maternidade ou para manter o equilíbrio psicológico.
- **Educação para a saúde** da mãe/pai e do feto. Realizar a monitorização da gravidez para prevenir perturbações fetais.
- Explicação argumentada e pedagógica às mães/pais sobre a sua situação. Se não ocorrerem mudanças, informação/sinalização ao serviço correspondente.
- Evitar atitudes críticas ou punitivas em relação ao estilo de vida da mãe gestante que, por esse motivo, pode afastar-se dos cuidados pré-natais e da atenção médica.
- Remeter o caso para outros serviços sociais caso se considere necessário.

4.3. INTERVENÇÃO NOS CASOS URGENTES (PREVENÇÃO TERCIÁRIA)

A intervenção de urgência pode realizar-se tanto nos casos de **suspeitas fundamentadas** como naqueles em que exista **certeza de maus tratos**. O seu **principal objectivo** é garantir a segurança e o bem-estar do criança. Para isso, também é necessário que o profissional de saúde sinalize/comunique a situação a outros profissionais envolvidos na protecção à infância. Além das diferenças possivelmente existentes em relação ao tratamento clínico, os procedimentos de sinalização e/ou encaminhamento também podem não ser os mesmos conforme se trate dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários ou dos Centros Hospitalares.

Contudo, quando se está **em presença de lesões**, **todo o pessoal de saúde é obrigado** a informar o Tribunal através de **um relatório de lesões**.

Além disso, é conveniente **ser exaustivo na descrição e documentação das lesões** e em **tudo o que esteja relacionado com a criança**, porquanto esta informação vai ser determinante para o respectivo processo crime e resolução determinante do caso a nível do Tribunal.

A **sinalização** do caso ao Tribunal de Família e Menores processa-se **paralelamente** à **sinalização** aos Serviços Territoriais com competência em matéria de **Protecção** de crianças.

Perante um caso urgente, os profissionais de um centro de saúde podem remetê-lo para o hospital, a maioria das vezes para o serviço de urgências.

Quando as lesões forem muito graves ou existir o risco de o caso “se perder” e não chegar a nenhum centro é conveniente encaminhá-lo, de imediato, para o hospital. Nestas situações, deve-se avisar o Serviço de Urgência do Hospital e o Departamento de Serviço Social.

Quando os profissionais se deparam com **fortes resistências ao internamento** da criança por parte dos pais/cuidadores, **devem entrar em contacto com as forças de segurança**.

Outras vezes, a passagem da criança pelo hospital é desnecessária e só irá prejudicar a eficácia da intervenção, como por exemplo, quando a criança não apresenta um

dano físico grave, mas existem evidências claras de que deve ser urgentemente protegida. Nestes casos é de vital importância entrar em contacto com outros serviços como o Departamento de Serviço Social, a Equipa Municipal de Serviços Sociais ou com as Forças de Segurança.

1. INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NOS CASOS URGENTES

- Sinalização e encaminhamento para o hospital. Em caso de resistência dos pais/cuidadores deve-se pedir ajuda às forças de segurança.
- Coordenação com outros profissionais de Entidades de primeira linha (escola, Equipa Municipal de Serviços Sociais, etc.).
- Comunicar o caso ao Tribunal através de relatório de lesões. Recolher e documentar os maus tratos.

2. SINALIZAÇÃO NO ÂMBITO DAS ENTIDADES DE PRIMEIRA LINHA NOS CASOS DE URGÊNCIA

- Comunicação do caso ao Departamento de Serviço Social do centro e, na falta deste, à Equipa Municipal de Serviços Sociais.
- Comunicação do caso ao Tribunal através do relatório de lesões.
- Comunicação aos serviços territoriais competentes de Protecção à criança.
- Denúncia ou sinalização às Forças de Segurança.
- Comunicação à Linha de Apoio à Criança.

Nos **casos urgentes** e quando existir a **suspeita** de maus tratos, a hospitalização permite o estudo médico e psicossocial. Se os maus tratos se confirmarem e forem graves, a **hospitalização contribui para a protecção da criança** ao afastá-la do perigo e do ambiente familiar que o originou. Se se considerar que a criança deve ficar internada no hospital, é necessário obter-se uma decisão judicial da tutela/custódia da criança e a sua guarda num estabelecimento hospitalar dos serviços territoriais de protecção à criança competentes. Em qualquer caso, a permanência no hospital não deve ultrapassar o tempo estritamente necessário, visto não ser o local mais adequado para a protecção das crianças.

1. INTERVENÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR NOS CASOS DE URGÊNCIA

- Recolher e documentar todos os dados sobre os maus tratos.
- Internamento no centro mediante resolução administrativa ou judicial.

2. SINALIZAÇÃO A PARTIR DO CENTRO HOSPITALAR NOS CASOS DE URGÊNCIA

- Comunicar o caso aos Tribunais através do relatório de lesões.
- Comunicar o caso ao Departamento do Serviço Social do Hospital.
- Contactar a Equipa Municipal de Serviços Sociais Municipais.
- Contactar os Serviços Territoriais de Protecção à criança competentes para a aplicação da medida de protecção.
- Comunicar o caso ao Tribunal de Família e Menores. Colaborar com outros profissionais.
- Remeter o caso às Entidades de primeira linha, para a execução dos apoios e para a sua monitorização, fornecendo toda a informação necessária.
- Comunicar o caso à Linha de Apoio à Criança.

Os profissionais da Departamento do Serviço Social do Hospital encarregam-se da avaliação social da situação através de entrevistas, consultas a outras entidades e profissionais e através da observação por exemplo, nas consultas, em visitas domiciliárias, etc. A informação que interessa ao técnico do serviço social refere-se principalmente aos **factores de risco** que rodeiam a situação, à gravidade e grau de perigosidade (recidiva) da situação de maus tratos. O **objectivo destes profissionais** é encaminhar o caso para os serviços territoriais competentes em matéria de protecção de crianças. Em muitos casos, emitem um **diagnóstico** e **apresentam uma proposta de protecção** para a criança, dando-se assim início à intervenção psicossocial do caso.



LEMBRE-SE

- Perante um caso urgente, os profissionais do centro de saúde podem remetê-lo para o hospital. É conveniente facultar toda a informação e colaboração possíveis.
- Por vezes, a passagem pelo hospital é desnecessária e só prejudica a criança e a resolução da situação. Nestes casos é especialmente relevante trabalhar conjuntamente com os profissionais do Departamento de Serviço Social.
- Nos casos urgentes, a hospitalização permite o estudo médico e social quando existe evidência de maus tratos.
- A hospitalização não é um recurso adequado quando o que se pretende é afastar a criança do seu ambiente familiar, pelo que não deve ultrapassar o tempo estritamente necessário.

4.4. A FORMA DE SINALIZAR

Um aspecto importante a ter em conta na sinalização e encaminhamento de casos de maus tratos é que **esteja suficientemente documentado**, de forma a que a entidade sinalizada **receba informação relevante e fiável**.

As descrições que se façam no relatório devem de ser breves, claras e objectivas, ou seja, baseadas em dados constatados e/ou constatáveis. Lembra-se que os relatórios vão dirigidos a profissionais de outros sectores, pelo que a utilização exclusiva de terminologia médica **pode prejudicar** gravemente a comunicação. **São de evitar igualmente os juízos de valor**. O relatório médico e o relatório social são a forma mais habitual de sinalizar os casos a partir dos serviços de saúde.

Neste capítulo propõe-se uma **ficha de sinalização** para servir de **guia** aos profissionais de saúde na estruturação da informação.

4.4.1. CONTEÚDO DO RELATÓRIO MÉDICO

No **relatório médico** a enviar aos serviços territoriais competentes em matéria de **protecção de crianças deve constar**:

- Nome, idade e endereço da criança.
- Nome e endereço dos pais/cuidadores.
- Nome e endereço da pessoa que acompanha a criança (no caso de não serem os pais) ao Centro de Saúde ou Hospital.
- Resultados do exame físico, com **descrição exaustiva** das lesões, **exames complementares** realizados e **fotografia** das lesões.
- **Comportamento observado na criança**, sobretudo no momento de ser hospitalizada e durante o internamento.
- **Comportamento observado nos pais/cuidadores** ao trazer a criança, durante a anamnese e durante o internamento da criança.
- Aspectos a **destacar na interacção** pais-filho.
- **Prognóstico da criança** se não existir intervenção junto da família.

4.4.2. CONTEÚDO DO RELATÓRIO DE LESÕES

Em Espanha existe a **obrigação legal** de comunicar à autoridade judicial a existência de lesões, sejam elas ligeiras ou graves, que presumivelmente resultem de uma agressão (Código de Processo Penal, art. 262) através do relatório de lesões.

A forma como este for emitido pode ter uma importância fundamental na tramitação do processo. O exame deve ser efectuado com a maior celeridade, de preferência na presença do **médico forense**, para poder recolher o maior número possível de provas. A participação do médico forense depende de uma decisão do juiz. Do **ponto de vista judicial**, os **dados** especialmente **relevantes** são:

- Descrição das lesões sofridas.
- Tempo de cicatrização e incapacidade provocada.
- Assistência e tratamentos necessários.
- Sequelas.
- Mecanismos de ocorrência das lesões.
- Características dos objectos ou acções envolvidas.
- Episódio isolado ou repetitivo.
- Repercussões físicas e psíquicas da agressão a curto, médio e longo prazo na criança.

Outras informações que o relatório médico deve conter são:

- Hora e data em que o doente (a criança) foi atendido no centro.
- Identificação da vítima e do seu acompanhante.
- Resultado do reconhecimento praticado.
- Prognóstico do caso.
- Hipótese acerca da etiologia das lesões, anotando as que forem indicadas pelos pais/cuidadores e pela criança.
- Nome e número de inscrição na Ordem do médico que assina o relatório.

4.4.3. CONTEÚDO DO RELATÓRIO SOCIAL

O relatório social é enviado à Equipa Municipal de Serviços Sociais e/ou aos serviços territoriais competentes de protecção à criança. A informação nele contida deve incluir a avaliação psicossocial do caso e **facilitar a tomada de decisões acerca da medida de protecção** mais adequada para a criança.

Informação a incluir no relatório social:

Dados do informante, que incluem quem e quando o relatório foi elaborado, assim como os dados que permitam estabelecer uma coordenação com essa pessoa.

Dados de identificação da criança. Incluir o nome, apelidos, sexo, local e data de nascimento, endereço, existência de incapacidades, etc.

Dados de identificação da família. Incluir informação relativa à composição familiar, genograma, nome, apelido, idade e endereço dos membros da família, relação com a criança, etc.

Situação que motiva o relatório.

Resultados da avaliação dos factores de risco e protecção. Incluir nesta parte

informação acerca da **frequência/regularidade** (padrão) com que os episódios de maus tratos ocorrem, **acessibilidade** do agressor à criança, **grau de vulnerabilidade** desta, **situações que concorrem** com os maus tratos (e.g.:prostituição, toxicoddependência, delinquência, doença mental), **indicadores comportamentais** dos pais/cuidadores (atitude violenta, castigo excessivo/estranho, supervisão inadequada), **indicadores relacionais** (interacção pais-filhos, situação conjugal).

Proposta de intervenção junto da criança. Efectuar uma **avaliação da gravidade e do grau de perigosidade**, assim como **da urgência**, e apresentar uma **proposta da medida de protecção que se considere mais adequada**.

4.4.4. CONTEÚDO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

O **protocolo de sinalização** pretende ser **um guia** que os profissionais possam utilizar para **registar e comunicar de forma cómoda e uniformizada**, os **dados relevantes** nos casos detectados de maus tratos ou em que existe elevado risco de ocorrência dos mesmos. Trata-se de uma proposta congruente com os indicadores apresentados na parte teórica do manual e contém **as principais directrizes** propostas pelo Observatório da Infância para a criação de protocolos de sinalização de maus tratos à infância (documentos elaborados pelo Observatório da Infância, 2001). A **Ficha de Sinalização** pretende ser uma **ferramenta** que facilite o trabalho do profissional de saúde. Em caso algum implica que se deixem de utilizar outras vias de comunicação consideradas necessárias.

Alguns aspectos a ter em conta relativamente às Fichas de Sinalização:

- **Acessibilidade das Fichas de Sinalização.** É conveniente que os profissionais de saúde tenham acesso fácil às Fichas de Sinalização, para facilitar a tarefa de comunicação e sinalização.

- **Outras funções da Ficha de Sinalização.** Para além da sua função principal, que é transmitir informação sobre a situação de risco ou perigo da criança, a Ficha de Sinalização pode **cumprir outras funções**, como por exemplo, auxiliar na inclusão da informação sobre a criança no seu processo ou historial para facilitar a sua monitorização (“follow-up”), consultas futuras, estudos epidemiológicos, etc. Por isso, é conveniente preencher uma ficha por cada criança e situação detectada e arquivar uma cópia da Ficha de Sinalização no próprio centro.

Os conteúdos ou partes da Ficha de Sinalização referem-se a:

Parte A: Dados de identificação do caso. Nesta parte inscreve-se informação acerca do criança e da sua família para facilitar a acessibilidade ao caso. Também se inclui informação de interesse sobre outros familiares ou pessoas significativas para a criança, como por exemplo a pessoa que a levou ao centro de saúde ou a que é suspeita de ter causado os maus tratos. Na ficha de sinalização deve incluir – se a informação referente à pessoa que se presume ter cometido os maus tratos, com vista a facilitar a sua avaliação posterior. Tanto na parte dos pais/ cuidadores como na da criança inclui-se, sempre que se considerar necessário, a informação acerca das incapacidades ou necessidades especiais a ter em conta.

Parte B: Indicadores de maus tratos observados. Nesta parte registam-se os indicadores de maus tratos observados:

- indicadores físicos de maus tratos;
- indicadores comportamentais da criança;
- indicadores familiares;
- indicadores de abuso sexual.

O registo dos dados observados faz-se através de **códigos**, tal como está especificado na folha de codificação anexa à **folha de sinalização**. Os **códigos** são compostos por um número, que especifica a acção de mau trato sofrida pela criança, e uma letra, que corresponde à avaliação da frequência ou intensidade com que as acções maltratantes são perpetradas. Além disso, nesta parte, há um espaço em branco onde se pode inserir informação relacionada com a situação de maus tratos: frequência, forma como a situação se desencadeou e presença de testemunhas.

Parte C: Identificação do âmbito profissional que sinaliza a situação **Dados da sinalização:** nesta parte recolhe-se informação acerca da entidade e profissional que envia a sinalização, indicando se se trata de um centro de cuidados de saúde

LEMBRE-SE



- Basta uma suspeita para efectuar uma sinalização.
- Tanto a detecção como a sinalização pelos serviços de saúde exige a participação conjunta dos profissionais de saúde e do Departamento do Serviço Social.
- A sinalização, para além de ser uma obrigação legal e moral, é necessária para que se ponha em marcha a protecção e a intervenção psicossocial em casos de maus tratos às crianças.
- Os relatórios devem ser claros, objectivos e rigorosos, com referências do profissional que o elaborou e conter aspectos evolutivos e comportamentais da criança.
- É importante promover reuniões entre os profissionais envolvidos num caso de maus tratos, a fim de comunicar situações de perigo ou já de maus tratos e obter informações sobre a situação das crianças maltratadas que foram alvo de intervenções.
- É necessário criar métodos de trabalho que promovam vias de comunicação fluidas entre os profissionais de saúde e entre estes e outros profissionais fora do centro de saúde.

primária, de um centro de saúde ou de outro tipo de instituição. Além disso, especifica-se a área que informa sobre a possível situação de perigo, incluindo-se uma parte com os dados do profissional que fez as observações. A informação acerca do profissional que notifica o caso é confidencial, segundo a Lei Orgânica 5/1992, de 29 de Outubro, que regula o tratamento automatizado dos dados de carácter pessoal. O objectivo da inserção destes dados na Ficha de Sinalização é, por um lado, contribuir para a veracidade da informação notificada e, por outro lado, facilitar a comunicação entre os profissionais. Deste modo, a pessoa que recebe a sinalização tem a possibilidade de entrar em contacto com a que atendeu a criança e a sua família, a fim de recolher mais informações ou esclarecer dúvidas. Na medida em que se **maximiza a relação/articulação** entre os profissionais, **minimiza-se a possibilidade de uma “vitimização secundária”** da criança. E também se faculta informação ao destinatário acerca das intervenções que foram realizadas pelo centro em relação ao caso.



BIBLIOGRAFIA

5

5. BIBLIOGRAFIA

ARRUABARRENA,I., DE PAUL, J. Y TORRES, B. (1994). *Detección, notificación, investigación y evaluación*. Programa de mejora del sistema de atención social a la infancia. Ministerio de Asuntos Sociales.

ARRUABARRENA,I. y DE PAUL, J. (1995). **Manual Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario**. Documentos técnicos de Salud Pública 22, Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid, pp. 121-129.

ARRUABARRENA,I. y SÁNCHEZ, J.M. (1996). *Guía 2: Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid.

BELSKY, J. (1980). *Child Maltreatment: an ecological integration*. American Psychologist, 35, 320-335.

BELSKY, J. (1993). *Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis*. Psychological Bulletin, 114, 413-434.

BRINGIOTTI, M.I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Paidós.

BROWNE, K.D. (1993). Parent-child interaction in abusing families: possible causes and consequences. In P. Mahler (ed.) *Child Abuse: an Educational Perspective*, Oxford: Blackwell.

BROWNE, K., SAQI, S. (1988). Approaches to screening for child abuse and neglect. En: Browne K., Davis, C. Stratton, P. (eds.) *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Woley & Sons, 57-85.

CASADO, J., DÍAZ HUERTAS, J.A. Y MARTÍNEZ, C. (1997). *Niños maltratados*. Díaz de Santos: Madrid.

CEREZO, M.A. (1992). *El programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Generalitat Valenciana IVSS.

CEREZO, M.A. (1995). Impacto psicológico del maltrato infantil: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-159.

COSTA, M. y MORALES, J.M. (1997). La prevención del maltrato infantil. Casado, F., Díaz Huertas, J.A. y Martínez, C. (Eds). *Niños maltratados*, pp 325-336.

CRITTENDEN, P.M. (1985). Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.

DE PAUL, J. (1988). *Identificación de factores de riesgo*. Vitoria: Servicio de Publicaciones del País Vasco.

DELGADO, A (1997). Síndrome de Münchhausen por poderes. Casado, F., Díaz Huertas, J.A. y Martínez, C. (Eds). *Niños maltratados*, pp. 117-123.

DÍAZ-AGUADO M.J., y MARTÍNEZ, R. (Dir.) (1995). *Niños con dificultades socioemocionales*. Instrumentos de evaluación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

DÍAZ HUERTAS, J.A., CASADO, J., GARCÍA, E., RUÍZ, M.A.Y ESTEBAN, J.: (Dir.) (1998). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario*. Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Criança y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

DÍAZ HUERTAS, J.A., CASADO, J., GARCÍA, E., RUÍZ, M.A.Y ESTEBAN, J.: (Dir.) (1999). *La detección del riesgo social en la embarazada: Prevención del maltrato infantil*. Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Criança y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

FINKELHOR, D. y ECHENRODE, J. (1995). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), pp. 530-541.

GARBARINO, J. y ECHENRODE, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona. Ed. Granica.

GARBARINO, J., GUTTMAN, D., SEELEY, JW. (1986). *The psychologically battered child*. London: Jossey-Bass.

GARRIDO, V., MITJANS, E Y CISCAR, E. (1995). *El maltractament en la infància. Una guia para la resposta social*. Mancomunitat de Municipis de la Safor.

GELLES, R.J. (1993). Family violence. En Hampton r.l. Gullota t.p. (eds.). *Family violence. Prevention and treatment*. Newbury Park: Sage Publications, pp 1-24.

GÓMEZ DE TERREROS, I. (1997). *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Comares. Granada.

GRACIA, E. Y MUSITU, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

GRACIA, E. Y MUSITU, G. (1999). *Los malos tratos a la infancia. Lecturas Técnicas*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE MALTRATO INFANTIL. OBSERVATORIO DE LA INFANCIA (2001). *Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

HELPER, R.E. (1982). A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 6: 251-261.

JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A. y SALDAÑA, D. (1996). *El maltrato y protección a la infancia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales.

KAUFMAN, J. Y SIGLER, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*. 57 (2): 186-192.

LÓPEZ, F.:(1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.

LÓPEZ, F., LÓPEZ, B.; FUERTES, J., SÁNCHEZ, J.M. Y MERINO, J. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de crianças. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

MANLY, J., CICCETTI, D. Y BARNETT, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6, 121-143.

MASLOW, A. H. (1987). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

MARTÍNEZ, A., ARRUBARRENA, M. I. Y DE PAUL, J. (1988). *Papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono infantil*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

MAX-NEEF, M. (1993). *Desarrollo a escala humana*. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Nordan e Icaria.

MICHELENA, A. Y CEREZO, M.A. (1998). *Maltrato infantil en las islas Baleares: Fomento de la detección y mejora de la intervención desde servicio de crianças*. Govern Balear. Conselleria de la Fiçunció Pública i Interior. Direcció General d'Interior.

MILNER, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2: 5-15.

MORALES, P. ZUNZUNEGUI, V. y MARTÍNEZ, V. (1997). *Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial*. Gaceta Sanitaria, Sept-Oct, 1997, Vol. 11, N° 5.

MORALES, P. VICIOSO, F., GARRON, M. y MORENO, J.M. (1999). *El maltrato infantil. Un enfoque desde la perspectiva de servicios sociales*. Badajoz. I.M.S.S. Ayto. Badajoz.

PARRA, J.A.; GARCÍA, J.G. y MOMPEÁN, P.: (2000). *Maltrato Infantil: Protocolos de actuación*. Consejería de Trabajo y Política Social. Comunidad de Murcia.

PAÚL, J y ARRUBARRENA, M. I. (1999). *Manual de protección infantil*. Masson.

PEDREIRA, J.L. (1990). Aproximación sociopsicológica a los malos tratos a la infancia. *Pediatría Infanto Juvenil*, 4. 250-258.

RIGGS, S., ALARIO, A. J. y McHORNEY, C. (1990). Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *Journal of Pediatrics*, 116, 815-821.

RUTTER, M. (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology*, 12., pp. 375-405.

SABOTTA, E. E., y DAVIS, R. L. (1992). Fatality after report to a child abuse registry in Washington state, 1973-1986. *Child Abuse & Neglect*, 16, pp. 627-635.

SANCHEZ, E., CAÑAS, M. y MURIEL, R. (1993). *Guía de atención al maltrato infantil*. Sevilla: ADIMA- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato Infantil.

WOLFE, D. A. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Newbury Park, CA Sage. London.

Otros materiales:

Programa para la detección del riesgo social en neonatología. (1998). Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Guía del programa de promoción de la salud infantil. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum.

Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. (2000). Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad, Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.



ANEXOS

1. NECESSIDADES DA INFÂNCIA
2. DEFINIÇÕES LEGAIS E CONCEITOS JURÍDICOS RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DA CRIANÇA
3. LISTAGEM DAS NORMAS INTERNACIONAIS, ESTATAIS E AUTONÓMICAS EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES
4. SINALIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE INFANTIL E PARA A PROTECÇÃO DE CRIANÇAS
5. TELEFONES DE INTERESSE
6. INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DO 'BOM TRATO", SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE INFANTIL E PROTECÇÃO DE CRIANÇAS

1. NECESSIDADES DA INFÂNCIA

Necessidades de carácter físico-biológico	
PREVENÇÃO Condições que potenciam um desenvolvimento adequado das necessidades infantis	RISCO/PERIGO Condições que impedem o desenvolvimento adequado das necessidades infantis.
Alimentação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentação adequada da mãe gestante. ▪ Alimentação adequada da criança. ▪ Alimentação suficiente e variada. ▪ Hábitos alimentares adequados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingestão de substâncias que prejudicam o feto. ▪ Desnutrição. ▪ Alimentação não variada. ▪ Excessos: obesidade. ▪ Hábitos alimentares não estabelecidos ou não adequados.
Temperatura	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condições de temperatura adequadas. ▪ Vestuário apropriado para as condições climáticas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excesso de frio ou calor em casa. ▪ Vestuário inadequado para a época do ano
Higiene	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos de higiene adequados. ▪ Higiene corporal. ▪ Higiene da roupa. ▪ Higiene na alimentação. ▪ Higiene em casa. ▪ Higiene no ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de hábitos de higiene. ▪ Sujidade corporal e na roupa. ▪ Contaminação e sujidade do ambiente. ▪ Presença de doenças frequentes. ▪ Parasitas e roedores no ambiente. ▪ Doenças cutâneas.
Sono	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente protegido, tranquilo e silencioso. ▪ Hábitos de sono adequados. ▪ Sono suficiente para a idade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente inseguro. ▪ Contaminação acústica. ▪ Carência de hábitos adequados: deitar-se tarde, interrupções frequentes do ritmo de sono. ▪ Tempo de descanso insuficiente. ▪ Falta de local de descanso adequado.
Actividade física: exercício e brincadeira	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente estimulante: com objectos, brinquedos e outras crianças. ▪ Liberdade de movimentos no espaço. ▪ Contacto com elementos naturais: água, terra, plantas, animais, etc. ▪ Passeios, caminhadas, excursões, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imobilidade corporal e inactividade. ▪ Ausência de espaço para a brincadeira. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de brinquedos e estímulos. ▪ Não sai de casa.
Protecção contra riscos reais: integridade física	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisão e cuidados adaptados à idade. ▪ Organização da casa adequada à segurança: localização de tomadas, detergentes, electrodomésticos, escadas, janelas emobiliário. ▪ Organização da escola adequada para a segurança: salas de aulas, recreios e actividades. ▪ Organização do espaço urbano adequada para proteger a infância: ruas e jardins, circulação. ▪ Protecção do criança contra possíveis ataques de outros. ▪ Circulação prudente: crianças no banco de trás e com cinto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descuido e indiferença. ▪ A organização da casa não cumpre os requisitos mínimos de segurança: elevada probabilidade de acidentes. ▪ Possibilidade de ingestão de substâncias tóxicas, quedas ou outro tipo de acidentes. ▪ Organização do espaço urbano insegura para a criança; perigo de acidentes ou de ser assaltada. ▪ Organização insegura da escola: elevada probabilidade de acidentes ▪ Agressões por parte de outros. ▪ Condução temerária. ▪ Falta de adopção de medidas de segurança no veículo.

Saúde

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilância do estado de saúde. ▪ Controlos periódicos adequados para a idade e o estado de saúde. ▪ Controlo de vacinações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de controlo e supervisão. ▪ Não são prestados os cuidados e atenções adequados. ▪ Preocupação excessiva com a saúde.
---	--

Necessidades cognitivas

PREVENÇÃO Condições que potenciam um desenvolvimento adequado das necessidades infantis	RISCO/PERIGO Condições que impedem o desenvolvimento adequado das necessidades infantis.
--	---

Estimulação sensorial

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular os sentidos. ▪ Ambiente com estímulos visuais, tácteis, auditivos, olfactivos, etc. ▪ Quantidade, variedade e contingência de estímulos. ▪ Interação lúdica na família, estimulação planificada na escola. ▪ Estimulação linguística na família e na escola. ▪ Criar experiências de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza sensorial do ambiente. ▪ Não adaptação dos conteúdos ao nível da compreensão da criança. ▪ Falta de estimulação linguística. ▪ Excesso de estimulação, que ultrapassa a capacidade de assimilação da criança.
---	--

Exploração física e social

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto com o ambiente físico e social rico em objectos, brinquedos, elementos naturais e pessoas. ▪ Exploração de ambientes físicos e sociais. ▪ Oferecer segurança na exploração de brinquedos, contextos e relações novas. ▪ Fomentar a confiança e os comportamentos autónomos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente pobre e pouco estimulante, pouco adaptado às necessidades da criança. ▪ Criar desconfiança na criança de forma a que esta não possa explorar. ▪ Restringir ou inibir excessivamente o comportamento exploratório da criança.
---	---

Compreensão da realidade física e social

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvir e responder às pergunta. ▪ Dizer a verdade: ser sincero. ▪ Fazer a criança participar no conhecimento da vida, no sofrimento, no prazer e na morte. ▪ Transmitir atitudes, valores e normas adequadas. ▪ Tolerância em relação às discrepâncias e às diferenças: raça, sexo, classe social, deficiências, nacionalidade, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não ouvir nem responder. ▪ Mentir, enganar. ▪ Transmitir uma visão pessimista da vida ou evitar certos temas. ▪ Anomia ou transmissão de valores anti-sociais. ▪ Dogmatismo e rigidez na exposição de ideias e valores. ▪ Transmissão de ideologia racista e pouco respeitadora da diversidade social.
---	---

Necessidades emocionais e sociais

PREVENÇÃO

Condições que potenciam um desenvolvimento adequado das necessidades infantis

RISCO/PERIGO

Condições que impedem o desenvolvimento adequado das necessidades infantis.

Segurança emocional

- Figura de apego incondicional, acessível e disponível, física e psicologicamente.
- Capacidade para proteger contra perigos.
- Interessar-se e estar atento aos sinais da criança e às suas necessidades.
- Aceitação das iniciativas e ritmo de interacção da criança.
- Respostas contingentes e imediatas.
- Transmissão de afecto e compreensão dos pedidos de afecto.
- Ajudar a compreender e a aceitar os diferentes sentimentos.
- Aceitar o contacto íntimo: táctil, visual, linguístico, etc.
- Estabelecer regularidade, ritmos e rotinas ao longo do dia, para dar ao ambiente um carácter previsível.
- Favorecer a aceitação positiva do seu próprio corpo.

- Ausência constante do prestador de cuidados. Não existe disponibilidade física ou psíquica.
- Falta de capacidade para proteger contra os perigos.
- Desinteresse e falta de atenção aos pedidos da criança e às suas necessidades.
- Interpretação dos pedidos da criança com base nas suas próprias necessidades e interesses.
- Recusa das iniciativas da criança.
- Ritmo de interacção, brincadeira, etc. não adequado às capacidades ou aos interesses da criança.
- Não lhe são dadas respostas contingentes nem coerentes.
- Incapacidade para demonstrar e transmitir afecto. Pouca capacidade para compreender os pedidos de afecto e atenção da criança.
- Tendência para ridicularizar e castigar as expressões emocionais da criança.
- Não aceitação do contacto íntimo: táctil, visual, linguístico, etc.
- Imprevisibilidade e irregularidade nas tarefas quotidianas.
- Exigências acima das capacidades.

Expressão Emocional

- Capacidade para entender, verbalizar e reflectir os sentimentos e emoções da criança.
- Capacidade para se colocar no seu lugar
- Interesse pelas emoções, interesses e opiniões da criança.
- Existência de normas e limites claros, justos e compreensíveis.
- Reforço dos comportamentos e expressões adequados.
- Fomentar a tolerância à frustração.
- Resolver os conflitos com moral indutiva: explicações, coerência nas exigências, possibilidade de revisão.

- Incapacidade para ouvir e entender os sentimentos e emoções da criança.
- Falta de interesse pelas emoções, interesses e opiniões da criança.
- Dificuldade em estabelecer limites e normas claras, como tolerar absolutamente todos os comportamentos.
- Ser muito rigoroso com as normas e delimitar excessivamente o comportamento da criança.
- Castigos frequentes e desproporcionados. ▪ Violência intrafamiliar.
- Ameaça de abandono e de retirada de amor.
- Tónus vital triste e apático.

Rede de relações sociais

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relações de amizade e de companheirismo com iguais: fomentar o contacto e interacção no ambiente familiar, na escola, festas infantis, almoços, jantares, lanches, etc. estadas em casa de amigos, etc. ▪ Supervisão das relações sociais do filho. ▪ Incorporação em grupos ou associações infantis. ▪ Dar apoio e oferecer alternativas para solucionar conflitos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolamento social. Não lhe é permitido o contacto com outras crianças ou adultos. ▪ Intromissão excessiva nas relações do filho. ▪ Não supervisionar a criança nas suas relações, ▪ Não dar apoio em situações de conflitos com colegas e outras pessoas. |
|---|--|

Participação e autonomia progressiva

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação em decisões que preocupam a criança. ▪ Dar apoio e segurança. ▪ Confiar nas capacidades da criança. ▪ Animá-la e motivá-la para a realização de comportamentos autónomos e independentes. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coarctar e limitar os comportamentos autónomos. ▪ Impedir a sua participação nas decisões. ▪ Autoritarismo. ▪ Não ter em conta a criança. ▪ Fomentar a dependência emocional. ▪ Suscitar temores e desconfiança. |
|---|---|

Curiosidade sexual, imitação e contacto

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotar de respostas adaptadas à idade e à curiosidade. ▪ Procurar modelos adequados de comportamento sexual. ▪ Permitir jogos e auto-estimulação sexual. ▪ Proteger de abusos. ▪ Educar na igualdade e no respeito. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não ouvir nem responder às perguntas. ▪ Enganar e aproveitar-se da situação de poder em relação à criança. ▪ Castigar manifestações infantis da sexualidade. ▪ Abuso sexual. ▪ Atitudes sexistas e pouco respeitadoras. |
|--|---|

Relação com o ambiente físico e social: protecção contra riscos imaginários

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouvir, compreender e responder aos seus temores: medo de abandono, rivalidade fraterna, medo de doenças, medo da morte, etc. ▪ Sugerir comportamentos e pensamentos alternativos para superar os medos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provocar medos na criança: ameaça de abandono, discussões inadequadas, etc. ▪ Provocar insegurança através de críticas e desvalorizações contínuas, violência verbal e física. |
|--|---|

Interacção lúdica

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jogos e interacções adequados ao nível de compreensão da criança. ▪ Promover jogos na família e com amigos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não disponibilidade de tempo. ▪ Brinquedos inadequados: bélicos, sexistas, perigosos, etc. |
|--|---|

2. DEFINIÇÕES LEGAIS E CONCEITOS JURÍDICOS RELACIONADOS COM A PROTECÇÃO DE CRIANÇAS

PODER PATERNAL

Pode definir-se como o conjunto de direitos e deveres que os pais têm em relação à pessoa e ao património de cada um dos filhos não emancipados, como meio de realizar a sua função natural de proteger e educar os mesmos.

O poder paternal/responsabilidades parentais, efeito directo e imediato da filiação, é uma instituição cuja titularidade e conteúdo só podem ser atribuídos a quem ostente a qualidade de pai/mãe, tanto matrimonial como extra-matrimonial, ou por adopção, sendo uma função que é exercida em benefício dos filhos.

O poder paternal compreende os seguintes deveres e poderes:

- Zelar pelos filhos, tê-los na sua companhia, alimentá-los, educá-los e proporcionar-lhes uma formação completa.
- Representá-los e administrar os seus bens.

DESAMPARO/PERIGO/Mau trato

É a situação que ocorre de facto devido ao incumprimento ou exercício impossível ou inadequado dos deveres de protecção estabelecidos pelas leis sobre a guarda das crianças, quando estas ficam privadas da necessária assistência moral ou material (conceito legal estabelecido no artigo 172.1, 2º parágrafo, do Código Civil).

- Nos casos de desamparo, a gravidade dos factos aconselha, geralmente, a separação da criança do núcleo familiar que causa tal situação.
- O desamparo é declarado pela entidade pública que, no respectivo território, tenha a seu cargo a protecção de crianças. No caso da Comunitat Valenciana essa competência é da Generalitat.
- As consequências jurídicas da declaração de desamparo são as seguintes:
 - a) É assumida, nos termos da Lei, a tutela da criança (tutela automática);
 - b) É assumida a guarda da criança, a qual decorre mediante acolhimento residencial ou familiar;
 - c) É suspenso o poder paternal ou a tutela ordinária.

RISCO / PERIGO

É a situação que, por circunstâncias pessoais, interpessoais ou do ambiente, prejudica o desenvolvimento e/ou bem-estar pessoal ou social da criança, sem que seja necessário assumir a tutela, nos termos da Lei, para adoptar as medidas tendentes à sua correcção.

- Nas situações de risco/perigo, o dano causado ao criança não atinge a gravidade suficiente para justificar a sua separação do núcleo familiar, pelo que a intervenção da Administração se limita a tentar eliminar, dentro da instituição familiar, os factores de risco.
- A apreciação, declaração, intervenção e execução de medidas em situações de risco/perigo em meio familiar é uma competência municipal.
- As situações de risco/perigo são resolvidas através de medidas de apoio familiar (de carácter técnico e/ou económico).

TUTELA

Figura jurídica que tem por objectivo a guarda, protecção, administração do património e representação das crianças não sujeitas ao poder paternal e dos maiores de idade judicialmente incapacitados.

- Em função dos beneficiários e da forma de constituir a tutela, podemos distinguir entre “tutela automática” e “tutela ordinária”.

TUTELA AUTOMÁTICA

Tutela que, nos termos da Lei, a entidade pública assume quando declara o desamparo de uma criança ao abrigo do artigo 172º do Código Civil, sem necessidade de ser constituída pelos organismos judiciais.

- Também se denomina tutela ex-lege (de acordo com a lei) ou tutela administrativa.
- A sua vocação é provisória, mantendo-se enquanto subsistirem as causas que determinaram a intervenção da entidade pública.
- Os beneficiários são exclusivamente as crianças desamparadas, nunca os maiores de idade, mesmo que estejam declarados incapazes por resolução judicial.
- Só pode ser assumida pela entidade pública que, no respectivo território, tenha a seu cargo a protecção de crianças.
- Implica a suspensão do poder paternal ou da tutela ordinária.

TUTELA ORDINÁRIA

Tutela que se constitui mediante resolução judicial para proteger e representar um criança ou uma pessoa declarada incapaz por resolução judicial, em virtude de uma situação que não seja a idade.

- Os beneficiários são crianças ou maiores de idade quando declarados incapazes devido a resolução judicial.
- Em princípio, tem vocação permanente, mas esta cessa quando desaparecerem as condições que deram origem à sua constituição (por exemplo, maioridade – no caso das crianças - ou declaração judicial de recuperação da capacidade – no caso dos incapacitados).
- Podem ser tutores ordinários tanto as pessoas singulares como as pessoas colectivas.
- Em qualquer caso, a nomeação do tutor é sempre efectuada por resolução judicial.
- Caso se trate de crianças constitui requisito prévio que não existam titulares de poder paternal, ou que estes estejam privados do mesmo por resolução judicial.

GUARDA

Instituição jurídica exercida pelos pais relativamente aos filhos não emancipados ou pelos tutores relativamente aos seus tutelados e que compreende o dever de zelar por eles, tê-los na sua companhia, alimentá-los, educá-los e proporcionar-lhes uma formação completa.

- Embora sejam os pais ou tutores ordinários que exercem a guarda de uma criança, há casos em que esta é temporariamente assumida pela entidade pública competente em matéria de protecção de crianças:
 - a) Quando declara desamparo e assume a tutela automática da criança, em virtude do disposto no artigo 172.1 do Código Civil (guarda derivada de tutela ex-lege);
 - b) Quando a guarda é atribuída a pedido dos pais ou tutores (guarda voluntária);
 - c) Por decisão do Juiz quando apropriado (guarda judicial).
- Em todos os casos, a guarda assumida pela entidade pública realizar-se-á através de acolhimento residencial ou acolhimento familiar.

GUARDA VOLUNTÁRIA

Guarda assumida pela entidade pública, a pedido dos pais ou tutores ordinários, quando estes crêem que não podem cuidar da criança por circunstâncias graves.

- Deve existir um pedido prévio dos pais ou tutores ordinários.
- As circunstâncias graves devem ser justificadas.
- A guarda voluntária tem carácter temporário: a entidade pública só a assume durante o tempo que for necessário.
- Não há declaração de desamparo nem tutela automática e, por conseguinte, não se suspende o poder paternal dos pais nem a tutela ordinária. Os pais ou tutores ordinários mantêm os direitos de representação legal, de administração dos bens e de visitas sobre a criança.

GUARDA JUDICIAL

Guarda assumida pela entidade pública quando o Juiz decidir, nos casos em que seja legalmente admissível.

ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Medida de protecção que a entidade pública competente adopta como forma de exercício da guarda, em virtude da qual a criança é acolhida num centro onde recebe serviços de alojamento, manutenção, apoio educativo e atenção integral.

- A criança em acolhimento residencial pode estar em regime de tutela automática ou em situação de guarda a pedido dos pais (guarda voluntária).
- Em qualquer caso, a Administração Pública tentará que a criança permaneça num centro o mínimo de tempo possível.

ACOLHIMENTO FAMILIAR

Medida de protecção que a entidade pública competente adopta em matéria de protecção de crianças, como forma de exercício da guarda, mediante a qual se outorga o cuidado de uma criança a uma pessoa ou núcleo familiar, com a obrigação de zelar por ela, tê-la na sua companhia, alimentá-la, educá-la e proporcionar-lhe formação completa, a fim de a integrar numa vida familiar que substitua complementemente de modo temporário a sua família de origem.

- A criança em acolhimento familiar pode estar em regime de tutela automática ou de guarda, a pedido dos pais (guarda voluntária).
- Atendendo à sua finalidade, classifica-se como acolhimento simples,

permanente ou pré-adoptivo.

- Atendendo ao vínculo entre a família de acolhimento e a criança, classifica-se como “acolhimento em família alargada” e “acolhimento em família educadora”.

ACOLHIMENTO FAMILIAR SIMPLES

Modalidade de acolhimento familiar que tem carácter transitório porque, com base na situação da criança, prevê-se a reinserção desta na sua própria família, ou porque seja adoptada uma medida de protecção que se revista de um carácter mais estável (conceito legal estabelecido no artigo 173º bis, capítulo 1º do Código Civil).

ACOLHIMENTO FAMILIAR PERMANENTE

Modalidade de acolhimento familiar que se formaliza quando a idade ou outras circunstâncias da criança e da sua família assim o aconselharem e quando os serviços de protecção à criança assim o decidirem (conceito legal estabelecido no artigo 173 bis, capítulo 2º, do Código Civil).

- Nesse caso, a entidade pública pode solicitar ao Juiz que atribua aos acolhedores os poderes da tutela que facilitem o desempenho das suas responsabilidades, atendendo em todo o caso ao interesse superior do criança.

ACOLHIMENTO FAMILIAR PRÉ-ADOPTIVO

Modalidade de acolhimento familiar que é formalizada pela entidade pública quando esta apresenta uma proposta de adopção da criança à autoridade judicial ou quando considera, antes da apresentação da dita proposta, que é necessário estabelecer um período de adaptação da criança à família, que deverás ser o mais breve possível e, de qualquer modo, não poderá exceder o prazo de um ano (conceito legal estabelecido no artigo 173 bis, capítulo 2º do Código Civil).

- Nestes casos os elementos de acolhimento seleccionados têm de cumprir os requisitos necessários para a adopção e a criança deve encontrar-se em situação jurídica adequada para a sua adopção.

ADOPÇÃO

Instituição jurídica constituída por resolução judicial, que cria entre os adoptante(s) e o(s) adoptado(s) um vínculo de filiação, ao mesmo tempo que extingue os vínculos jurídicos entre o(s) adoptado(s) e a sua família anterior.

FAMÍLIA EDUCADORA

Núcleo familiar sem qualquer vínculo com a criança, através do qual, em função do interesse desta, se formaliza um acolhimento familiar.

- Com as famílias educadoras, que têm de estar inscritas no Registo de Famílias Educadoras correspondente, só podem formalizar-se acolhimentos familiares com finalidade simples ou permanente, nunca com finalidade pré-adoptiva.

FAMÍLIA ALARGADA

Pessoas vinculadas à criança por uma relação de parentesco.

- Entende-se por família alargada as pessoas ligadas à criança ou à sua família por uma relação especial e qualificada.
- Para a formalização de um acolhimento familiar em relação a um familiar, não é necessário que a pessoa acolhedora esteja inscrita no Registo correspondente dos serviços territoriais da Conselhoria de Protecção social.

MENOR DE IDADE

Caracteriza-se pela submissão e dependência da criança em relação às pessoas que detêm funções de protecção sob a forma de poder paternal ou tutela e em que os seus representantes legais (pais ou tutor) actuam ou agem por ela.

CAPACIDADE JURÍDICA

Capacidade da pessoa para ser titular de direitos e obrigações. Qualquer pessoa tem capacidade jurídica.

CAPACIDADE PARA AGIR

Capacidade da pessoa para exercer os seus direitos e obrigações. Nem todas as pessoas têm plena capacidade para agir, pelo que, caso esta esteja restringida, será necessária a assistência de quem exerça o poder paternal, tutela ou curatela.

- Não têm plena capacidade para agir as crianças menores de 18 anos (em virtude de serem crianças de idade) e as pessoas de maior idade que tenham sido declaradas incapacitadas por resolução judicial.

EMANCIPAÇÃO

Acto ou negócio jurídico que habilita a criança para reger a sua pessoa ou bens como se fosse maior (artigo 323º do Código Civil).

- Não obstante, enquanto a criança, mesmo emancipada, não tiver atingido a maioridade, não pode realizar determinados actos expressos na Lei, sem o consentimento prévio dos pais e, na falta de ambos, do seu curador.
- A emancipação dá-se nas seguintes circunstâncias::
 - a) Quando a criança atinge a maioridade;
 - b) Por matrimónio da criança. A partir dos 14 anos, o impedimento de idade para contrair matrimónio pode ser dispensado pelo Juiz;
 - c) Por concessão daqueles que exerçam o poder paternal. A criança necessita de ter 16 anos completos;
 - d) Por concessão judicial. A criança deve ter 16 anos completos.

CENTRO DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS DE CARÁCTER RESIDENCIAL

É o centro destinado a acolher crianças à guarda e/ou tutela da entidade pública, onde são prestados serviços de alojamento, alimentação, apoio educativo e atenção integral.

CENTRO DE DIA DE CRIANÇAS

É o centro destinado a acolher crianças durante o dia, prestando serviços complementares de suporte e apoio familiar e contribuindo para atenuar as suas carências e melhorar o seu processo de integração sócio-familiar.

ENTIDADE COLABORADORA DE APOIO FAMILIAR

As entidades colaboradoras de apoio familiar são instituições que foram previamente autorizadas pela Administração Pública para colaborar no âmbito das famílias e da protecção de crianças, realizando funções de apoio, guarda e mediação.

3. LISTAGEM DAS NORMAS INTERNACIONAIS, ESTATAIS E AUTONÓMICAS EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES

Seguidamente indicam-se as normas jurídicas mais significativas em matéria de família, criança e adopções, quer a nível internacional como estatal e autonómico. Adverte-se que as mesmas estão indicadas por ordem cronológica e não em função de dependência de outra norma jurídica que possam desenvolver ou modificar.

NORMAS INTERNACIONAIS EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES

- Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1950.
- Declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1959.
- Declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os princípios sociais e jurídicos relativos à protecção e ao bem-estar das crianças com particular referência à adopção e a colocação em lares de guarda, nos planos nacional e internacional, de 3 de Dezembro de 1986.
- Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (BOE núm. 313, de 31 de Dezembro de 1990).
- Recomendação R (90) 2 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre medidas sociais relativas à violência no seio da família.
- Directrizes das Nações Unidas para a prevenção da delinquência juvenil, de 14 de Dezembro de 1990 (Directrizes de Riade).
- Recomendação do Conselho das Comunidades Europeias, de 31 de Março de 1992, sobre o cuidado das crianças do sexo masculino e do sexo feminino (92/241/CEE).
- Recomendação do Conselho das Comunidades Europeias de 24 de Junho de 1992 sobre os critérios comuns relativos aos recursos e prestações suficientes



ALERTA

Consultar a Legislação Portuguesa relativa à Protecção da Criança e outra legislação sobre a criança em <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?07.02.02>, nomeadamente:

SISTEMA DE PROTECÇÃO À INFÂNCIA E JUVENTUDE

[Constituição da República Portuguesa \(Lei constitucional n.º 1/2005, de 12/8\)](#)

[Código Civil - Livro IV - Direito da Família \(Casamento, Separação de pessoas, Separação de pessoas e bens, Divórcio, Responsabilidades parentais, Tutela, Adopção, Alimentos\): Art.ºs 1576.º a 2020.º - Setembro de 2009](#)

[Organização Tutelar de Menores](#)

[Regime Jurídico do Apadrinhamento Civil \(Lei n.º 103/2009, de 11/9\)](#)

[Regulamentação do regime jurídico do Apadrinhamento Civil](#)

[Processo Interministerial e Interinstitucional de Reforma do Sistema de Protecção de Crianças e Jovens em Risco \(Resolução do Conselho de Ministros n.º 193/97, de 3/11\)](#)

[Constituição da Comissão de Reforma da Legislação de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 193/97, de 3/11 - Ver supra \(Despacho Conjunto dos Ministérios da Justiça e da Solidariedade e Segurança Social, n.º 524/97, de 18/11/97, publicado na 2.ª Série do DR n.º 294, de 22/12/97\)](#)

[Constituição da Comissão de Reforma da Legislação sobre o Processo Tutelar Educativo - ver supra, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 193/97 e o Despacho Conjunto n.º 524/97 \(Despacho n.º 1021/98, de 31/12/97, publicado na 2.ª Série do DR n.º 13, de 16/1/2008\)](#)

[Criação da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco \(Decreto Lei 98/98, de 18/4\)](#)

[Exposição de motivos da Proposta de Lei que veio a originar a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo \(Proposta de Lei n.º 265/VII que consta do Diário da Assembleia da República II Série A, n.º 54, de 17/04/1999\)](#)

[Lei de Protecção de Crianças e Jovens \(Aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1/9\)](#)
ATENÇÃO: Verificar a 1.ª alteração - vide item que se segue

[Lei que altera a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e altera algumas disposições do Instituto Jurídico da Adopção \(Lei 31/2003, de 22/8\)](#)

[Regulamentação da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo \(Decreto Lei 332-B/2000, de 30/12\)](#)

[Regulamentação das Medidas em Meio Natural de Vida - Apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para autonomia de vida \(Decreto-Lei n.º 12/2008, de 17/1\)](#)
ATENÇÃO: Verificar a 1.ª alteração (vide item que se segue)

[1.ª Alteração ao Decreto-Lei n.º 12/2008, de 17/1 \(Regulamentação das Medidas em Meio Natural de Vida-ver item que antecede\) - Lei n.º 108/2009, de 14/9](#)

[Regulamentação da Medida de Colocação - Acolhimento Familiar \(Decreto-Lei n.º 11/2008, de 17/1\)](#)

[Fixação do Subsídio Mensal de Retribuição à Família de Acolhimento de crianças pelos serviços prestados \(Despacho 30988/2008, DR-2.ª Série, n.º 233, de 2/12/2008\)](#)

[Apoio Logístico às CPCJ \(Despacho conjunto 562/2001, de 6/6/2001\)](#)

[Cartão de identificação de membro da CPCJ \(Portaria 730/2006, de 25/7\)](#)

[Normas reguladoras dos procedimentos a seguir para a determinação e disponibilização dos montantes do Fundo de Maneio a atribuir às CPCJ \(Despacho normativo 29/2001, de 30/06\)](#)

[Normas reguladoras dos procedimentos a seguir para a determinação e disponibilização dos montantes do Fundo de Maneio a atribuir às CPCJ da Região Autónoma dos Açores \(Despacho Normativo n.º 56/2002, de 14/11\)](#)

[Normas reguladoras dos procedimentos a seguir para a determinação e disponibilização dos montantes do Fundo de Maneio a atribuir às CPCJ da Região Autónoma da Madeira \(Despacho Normativo n.º 1/2007, de 9/4\)](#)

[Criação do Observatório do Tráfico de Seres Humanos \(Decreto-Lei n.º 229/2008, DR 1.ª Série, n.º 231, de 27/11\)](#)

[Acesso à identificação criminal no caso de recrutamento para profissões ou exercício de funções que envolvam contacto com crianças e no caso de tomada de decisões referentes a crianças \(adopção, tutela, curatela, acolhimento familiar, apadrinhamento civil, entrega, guarda ou confiança de crianças e regulação do exercício das responsabilidades parentais\), por parte das CPCJ e Magistrados \(Lei n.º 113/2009, de 17/09\)](#)

nos sistemas de protecção social (92/441/CEE).

- Resolução do Parlamento Europeu A3-0172/92, sobre uma Carta Europeia de Direitos da Criança, de 8 de Julho de 1992.
- Convénio relativo à protecção da criança e à cooperação em matéria de adopção internacional, celebrado em Haia em 29 de Maio de 1993 (BOE núm. 182, de 1 de Agosto de 1995).
- Recomendação R (94) 14 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre políticas familiares.
- Resolução do Parlamento Europeu A4-0392/96, sobre a melhoria do direito e da cooperação entre os Estados-Membros em matéria de adopção de crianças, de 12 de Dezembro de 1996.
- Recomendação R (97) 4 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre os meios para assegurar e promover a saúde da família monoparental.
- Recomendação R (98) 1 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre a mediação familiar.

NORMAS ESTATAIS EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES

- Código Civil.
- Lei do Registo Civil de 8 de Junho de 1957 (BOE núm. 151, de 10 de Junho de 1957).
- Regulamento para a aplicação do Registo Civil, aprovado por Decreto de 14 de Novembro de 1958 (BOE núm. 296, de 11 de Dezembro de 1958).
- Constituição Espanhola de 1978.
- Lei 21/1987, de 11 de Novembro, através da qual se modificam determinados artigos do Código Civil e la Lei de Processo Civil em matéria de adopção (BOE núm. 275, de 17 de Novembro de 1987).

- Lei Orgânica 1/1996, de 15 de Janeiro, de Protecção Jurídica da Criança, de modificação parcial do Código Civil e da Lei de Processo Civil (BOE núm. 15, de 17 de Janeiro de 1996).
- Instrução de 15 de Fevereiro de 1999 da Direcção Geral dos Registos e do Notariado, sobre registo da adopção.
- Lei 39/1999, de 5 de Novembro, para promover a conciliação da vida familiar e laboral das pessoas trabalhadoras (BOE núm. 266, de 10 de Junho de 1997).
- Real Decreto-Lei 1/2000, de 14 de Janeiro, sobre determinadas medidas de melhoria da protecção familiar da Segurança Social (BOE núm. 14, de 17 de Janeiro de 2000).
- Correção de erros do Real Decreto-Lei 1/2000, de 14 de Janeiro, sobre determinadas medidas de melhoria da protecção familiar da Segurança Social (BOE núm. 17, de 20 de Janeiro de 2000).
- Lei 1/2000, de 7 de Janeiro, de Processo Civil (BOE núm. 7, de 8 de Janeiro de 2000).
- Lei Orgânica 5/2000, de 12 de Janeiro, reguladora da responsabilidade penal das crianças (BOE núm. 11, de 13 de Janeiro de 2000).
- Lei Orgânica 7/2000, de 22 de Dezembro, de modificação da Lei Orgânica 10/1995, de 23 de Novembro, do Código Penal, e da Lei Orgânica 5/2000, de 12 de Janeiro, reguladora da Responsabilidade Penal das Crianças, em relação com os delitos de terrorismo (BOE núm. 307, de 23 de Dezembro de 2000).
- Lei Orgânica 9/2000, de 22 de Dezembro, sobre medidas urgentes para a agilização da Administração da Justiça, através da qual se modifica a Lei Orgânica 6/1985, de 1 de Julho, do Poder Judicial (BOE núm. 307, de 23 de Dezembro de 2000).
- Lei 40/2003, de 18 de Novembro, de Protecção às Famílias Numerosas (BOE núm.277, de 19 de Novembro de 2003).

Para consulta das portarias de instalação das CPCJ, consulte www.cnpcjr.pt/CPCJ/Legislação Específica/Portarias de instalação

LEGISLAÇÃO TUTELAR EDUCATIVA

[Exposição de Motivos da Proposta de Lei que veio a originar a Lei Tutelar Educativa \(Proposta de Lei nº 266/VII que consta no Diário da Assembleia da República - II Série A, nº 54, de 17/04/1999](#)

[Lei Tutelar Educativa \(Aprovada pela Lei 166/99, de 14/9\)](#)

[Regulamentação da Lei Tutelar Educativa \(Decreto Lei nº 323-E/2000, de 20/12\)](#)

[Normas de transição relativas ao desenvolvimento do regime estabelecido na lei tutelar educativa \(Decreto Lei 5-B/2001, de 12/1\)](#)

[Modelos de impressos para o registo de medidas tutelares \(Despacho 6738/2001 - 2ª série, de 2/4\)](#)

[Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos \(Decreto Lei 323-D/2000, de 20/12\)](#)

[Apoio Técnico e Administrativo da Comissão Independente para a Fiscalização dos Centros Educativos \(Portaria 1200-A/2000, de 20/12\)](#)

[Criação da Rede Nacional de Centros Educativos \(Portaria 102/2008, de 1/2\)](#)

[Enquadramento das ofertas de educação e formação para os jovens integrados em Centros Educativos \(Despacho nº 23038/2009, de 20/10\)](#)

Direcção-Geral de Reinserção Social (Criação, Estrutura Nuclear e Unidades Orgânicas Flexíveis) (Decreto Lei 126/2007, de 27/4; Portaria 517/2007, de 30/4; Portaria 560/2007, de 30/4)

[DL 126_2007.DIRECÇÃO GERAL REINserÇÃO SOCIAL](#)

[PORTARIA 517_2007_EST.NUC DGRS](#)

[PORTARIA 560_2007.Nº MÁX. DGRS](#)

ADOPÇÃO

[Programa Adopção 2000. Reforma da legislação sobre Adopção \(Despacho conjunto de 18/3/1997, publicado na 2ª Série do Diário da República nº 92, de 19/4/1997\)](#)

[Regime Jurídico da Adopção \(Alteração do Código Civil e Organização Tutelar de Menores em 1998 - Decreto Lei 120/98, de 8/5\)](#)

[Alteração do Regime Jurídico da Adopção em 2003 \(Alteração do Código Civil, do Decreto Lei 185/93, de 22/5, da Organização Tutelar de Menores e da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo pela Lei nº 31/2003, de 22/8\)](#)

[Terceira alteração ao Decreto Lei nº 185/93, de 22/5, na parte respeitante à colocação no estrangeiro de menores residentes em Portugal com vista à adopção \(Lei nº 28/2007, de 2/8\)](#)

[Autorização para o exercício da actividade mediadora em adopção internacional à agência DANADOPT \(DINAMARCA\) - Portaria 161/2005, de 10/2](#)

[Autorização para o exercício da actividade mediadora em adopção internacional à agência BRAS FÜR KINDE \(SUIÇA\) - Portaria 162/2005, de 10/2](#)

[Autorização para o exercício da actividade mediadora em adopção internacional à agência AFA \(FRANÇA\) - Portaria 223/2007, de 2/3](#)

[Autorização para o exercício da actividades mediadora em adopção internacional à Associação EMERGÊNCIA SOCIAL \(PORTUGAL\), relativamente a certos países - Portaria 1111/2009, de 28/10](#)

[Autorização para o exercício da actividade mediadora em adopção internacional à Associação BEM ME QUERES \(PORTUGAL\), relativamente a certos países - Portaria 1267/2009, de 16/10](#)

ALIMENTOS A MENORES

[Garantia dos alimentos devidos a menores \(Lei 75/98, de 19/11\)](#)

[Regulamentação da garantia dos alimentos devidos a menores \(Decreto Lei 164/99, de 13/5\)](#)

TRABALHO EM ARTES E ESPECTÁCULOS

[Regulamentação do Código do Trabalho \(Participação de crianças em espectáculos de natureza cultural, artística, publicitária - actor, cantor, dançarino, figurante, músico, modelo ou manequim\) Lei nº 105/2009, de 14/9 \(art's 2º a 11º\) - Revogou o regime da Lei nº 35/2004](#)

- Lei 42/2003, de 21 de Novembro, de modificação do Código Civil e da Lei de Processo Civil em matéria de relações familiares dos netos com os avós (BOE núm. 280, de 22 de Novembro de 2003).
- Lei Orgânica 15/2003, de 25 de Novembro, através da qual se modifica a Lei Orgânica 10/1995, de 23 de Novembro, do Código Penal (BOE núm. 283, de 26 de Novembro de 2003).
- Lei 62/2003, de 30 de Dezembro, de Medidas Fiscais, Administrativas e de Ordem Social (BOE núm. 313, de 31 de Dezembro de 2003).
- Regulamento da Lei Orgânica 5/2000, de 12 de Janeiro, reguladora da responsabilidade penal das crianças, aprovado pelo Real Decreto 1774/2004, de 30 de Julho (BOE núm. 209, de 30 de Agosto de 2004).
- Real Decreto 521/2005, de 13 de Maio, através do qual se cria o Conselho Consultivo de Adopção Internacional (BOE núm. 136, de 8 de Junho de 2005).
- Real Decreto 1621/2005, de 30 de Dezembro, através do qual se aprova o Regulamento da Lei 40/2003, de 18 de Novembro, de protecção às famílias numerosas (BOE núm. 15, de 18 de Janeiro de 2006).

NORMAS AUTONÓMICAS EM MATÉRIA DE FAMÍLIA, CRIANÇA E ADOPÇÕES

- Decreto 132/1990, de 23 de Julho, do Consell da Generalitat Valenciana, através do qual se aprova o Plano de Medidas de Inserção Social na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 1.376, de 7 de Setembro de 1990).
- Ordem de 9 de Abril de 1990, da Conselharia de Trabalho e Segurança Social, através da qual se desenvolve o Decreto 40/1990, de 26 de Fevereiro, do Consell da Generalitat Valenciana, sobre Registo, autorização e acreditação dos serviços sociais da Comunitat Valenciana (DOGV núm. 1.291, de 26 de Abril de 1990).
- Ordem de 14 de Maio de 1991, da Conselharia de Trabalho e Segurança Social, através da qual se aprova o Estatuto aplicável aos centros de atenção à infância e juventude, sejam públicos ou concertados com a Administração Autónoma (DOGV núm. 1.551, de 27 de Maio de 1991).

- Lei 7/1994, de 5 de Dezembro, da Generalitat Valenciana, da Infância (DOGV núm. 2.408, de 16 de Dezembro de 1994).
- Decreto 130/1996, de 4 de Julho, do Conselho de Adopção de Crianças da Generalitat Valenciana (DOGV núm. 2.790, de 12 de Julho de 1996)
- Lei 5/1997, de 25 de Junho, da Generalitat Valenciana, através da qual se regula o sistema de serviços sociais no âmbito da Comunitat Valenciana (DOGV núm. 3.032, de 10 de Julho de 1997).
- Decreto 127/1998, de 1 de Setembro, do Governo Valenciano, de modificação do Decreto 130/1996, do Conselho de Adopção de Crianças da Generalitat Valenciana (DOGV núm. 3.328, de 11 de Setembro de 1998).
- Decreto 171/1999, de 5 de Outubro, do Governo Valenciano, através do qual se modificam determinados artigos do Decreto 132/1990, de 23 de Julho, do Consell da Generalitat Valenciana, através do qual se aprova o Plano de Medidas de Inserção Social, a fim de incluir no seu âmbito de aplicação às pessoas vítimas da violência doméstica entre os beneficiários das prestações económicas reguladas (DOGV núm. 3.609, de 21 de Outubro de 1999).
- Decreto 181/2000, de 5 de Dezembro, do Governo Valenciano, através do qual se regula a Comissão Interdepartamental da Família na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 3.897, de 14 de Dezembro de 2000).
- Decreto 93/2001, de 22 de Maio, do Governo Valenciano, através do qual se aprova o Regulamento de Medidas de Protecção Jurídica da Criança na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.008, de 28 de Maio de 2001).
- Lei 7/2001, de 26 de Novembro, reguladora da Mediação Familiar no âmbito da Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.138, de 29 de Novembro de 2001).
- Decreto 90/2002, de 30 de Maio, do Governo Valenciano, sobre controlo da qualidade dos centros e serviços de acção social e entidades avaliadoras da mesma, na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.264, de 5 de Junho de 2002).
- Decreto 91/2002, de 30 de Maio, do Governo Valenciano, sobre Registo dos Titulares de Actividades de Acção Social, e de Registo e Autorização de

TRANSPORTE DE CRIANÇAS

[Lei sobre o Transporte Colectivo de Crianças \(Lei 13/2006, de 17/4\)](#)

[Primeira alteração da Lei sobre o Transporte Colectivo de Crianças \(Lei 17-A/2006, de 26/5\)](#)

[Segunda alteração da Lei sobre o Transporte Colectivo de Crianças \(Decreto-Lei 255/2007, de 13/7\)](#)

[Regulamentação sobre o acesso e exercício da actividade do transporte colectivo de crianças por meio de automóveis ligeiros e condições de realização desse transporte \(Portaria nº 1350/2006, de 27 de Novembro\)](#)

[Adaptação do regime jurídico de transportes colectivos para crianças até aos 16 anos, constante na Lei nº 13/2006, de 17/4, com a redacção da Lei nº 17-A/2006, de 26/5 e do Decreto-Lei nº 255/2007 \(ver supra\), à Região Autónoma da Madeira \(Decreto legislativo Regional nº 1/2011/M\)](#)

JUÍZES SOCIAIS

[Regime de recrutamento e funções dos juizes sociais \(Decreto Lei 156/78, de 30/6\)](#)

PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS / JOVENS

[Plenário Jovem na Região Autónoma dos Açores \(Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores nº 12/2008/A, de 8/5/2008 - I Série do DR nº 116, de 18/06\)](#)

[Regime Jurídico dos Conselhos Municipais de Juventude \(Lei nº 8/2009, de 18/02/2009 - I Série do DR nº 34\)](#)

ACTIVIDADE ECONÓMICA / COMERCIAL

[Requisitos de Segurança e Identificação de determinados produtos e equipamentos - Alteração ao regime do fabrico e comercialização de brinquedos - Revogado o artº 2º, pelo Decreto-Lei nº 43/2011, de 24/03 \(ver infra\) \(Decreto Lei 139/95, de 14/6\)](#)

[Condições de aposição nos brinquedos da marca CE \(Portaria 924-A/90, de 1/10\)](#)

[Requisitos essenciais de segurança dos brinquedos \(Portaria 924-B/90, de 1/10\)](#)

[Grafismo de marcação CE quando aposta em brinquedos \(Portaria 104/96, de 6/4\)](#)

[Recomendação para que o Governo adequa a legislação de segurança de brinquedos aos novos conhecimentos científicos \(Resolução da Assembleia da República n.º 77/2009, de 23/07/2009\)](#)

[Regime legal para garantir a colocação de isqueiros seguros para as crianças \(Decreto-Lei 172/2007, de 8/5\)](#)

[Regime legal sobre regras de segurança de brinquedos - Revoga o Dec.-Lei n.º 237/92, a portaria 104/96 e o art.º 2.º do Dec.-Lei 139/95 - \(Decreto-Lei 43/2011, de 24/3\)](#)

SAÚDE

[Regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde - Criação dos Conselhos da Comunidade e dos ACES \(Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/2\)](#)

[Programa para o aconselhamento e prevenção primária na área da saúde, bem-estar e outras CUIDA-TE \(Portaria 655/2008, de 25/7\)](#)

[Acções da Saúde para Crianças em Risco e o Sistema de Protecção à Infância-Intervenção da Saúde em Crianças com Maus Tratos \(Despacho n.º 31292/2008, de 20/11 - DR 2.ª Série n.º 236, de 5/12\)](#)

[Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados da Comunidade \(Despacho n.º 10143/2009 - Ver especialmente o art.º 9.º, n.º 4, al. c\) V\)](#)

[Regras de Articulação entre as unidades de saúde e os serviços da Segurança Social nas matérias enquadradas pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5/12 - ver supra \(Portaria n.º 965/2009, de 25/8\)](#)

[Regime Especial de Protecção de Crianças com Doença Oncológica \(Lei 71/2009, de 6/8\)](#)

[Direito da Criança internada em hospital a acompanhante familiar \(Ver Art.º 2.º da Lei 106/2009, de 14/9\)](#)

OUTRA LEGISLAÇÃO SOBRE CRIANÇAS

[Regime Jurídico do acolhimento familiar \(Decreto-lei n.º 190/92, de 3/9\)](#)

[Liberdade Religiosa das Crianças - Educação Religiosa \(Art.º 11.º da Lei de Liberdade Religiosa, aprovada pela Lei n.º 16/2001, de 22/6\)](#)

Funcionamento dos Serviços e Centros de Acção Social, na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.264, de 5 de Junho de 2002).

- Decreto 100/2002, de 4 de Junho, do Governo Valenciano, através do qual se regula a acreditação, funcionamento e controlo das entidades de mediação de adopção internacional e o Registo de Reclamações formuladas contra as entidades de mediação acreditadas na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.271, de 14 de Junho de 2002).
- Ordem de 19 de Junho de 2003, da Conselheira de Protecção social, através da qual se regula a tipologia e condições materiais e de funcionamento dos centros de protecção de crianças na Comunitat Valenciana (DOGV núm. 4.532, de 27 de Junho de 2003)
- Decreto 74/2005, de 8 de Abril, do Consell da Generalitat, através do qual se cria o Observatório da Comunitat Valenciana de Inserção Sócio-Laboral de Crianças e Jovens dos Sistemas de Protecção e de Reeducação de Crianças (DOGV núm. 4.983, de 12 de Abril de 2005).
- Ordem de 23 de Novembro de 2005, da Conselheira de Protecção social, através da qual se aprova a Carta de Serviços do Título de Família Numerosa (DOGV núm. 5.151, de 9 de Dezembro de 2005).
- Lei Orgânica 1/2006, de 10 de Abril, de Reforma da Lei Orgânica 5/1982, de 1 de Julho, de Estatuto de Autonomia da Comunitat Valenciana (BOE núm. 86, de 11 de Abril de 2006).
- Ordem de 9 de Março de 2006, da Conselheira de Saúde e da Conselheira de Protecção social, através da qual se implanta a Folha de Sinalização para a atenção sócio-sanitária infantil e a protecção de crianças no âmbito da Comunitat Valenciana (DOGV núm. 5.250, de 3 de Maio de 2006).

4.SINALIZAÇÃO PELA SAÚDE

O modelo oficial da Ficha de Sinalização pode ser descarregado da internet em www.gva.es

FICHA DE SINALIZAÇÃO PELA SAÚDE

FINALIDADE

A **Ficha de Sinalização** pretende facilitar a intervenção coordenada entre os diferentes profissionais que atendem, no âmbito da saúde as crianças e as suas famílias. Esta ficha utiliza-se para solicitar intervenções destinadas a prevenir ou a abordar as situações de risco psicossocial, de perigo de maus tratos ou já de mau trato. Qualquer profissional dos sectores da saúde ou dos serviços sociais pode utilizá-la.

As intervenções podem realizar-se dentro de um mesmo sector (de saúde ou social), informando ou solicitando a intervenção de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes domínios de competências. Neste último caso é recomendável que a Ficha de Sinalização seja canalizada através do Departamento do Serviço Social do centro de saúde ou Hospital.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DAS DIFERENTES PARTES

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Indicam-se os dados disponíveis que permitam a identificação e, se necessário, a localização da criança, ou crianças, para a(s) qual(is) se solicita a colaboração do profissional de saúde ou de outro sector. No caso de se tratar de uma situação comum a vários irmãos/irmãs não é necessário preencher uma ficha para cada um. Podem indicar-se os diferentes nomes de baptismo e se necessário os apelidos e os SIP correspondentes na parte “OUTRAS INFORMAÇÕES DE INTERESSE”.

B. INDICADORES E FACTORES DE RISCO OBSERVADOS

Incluem-se os indicadores ou aspectos sócio-familiares que justificam a necessidade de intervenção da saúde junto da criança e/ou sua família.

As quadrículas permitem registar as alíneas da Listagem de indicadores e factores de risco que se tenham observado. Também se podem inserir livremente as observações pertinentes na parte “OUTROS INDICADORES OU COMENTÁRIOS”.

criação do grupo interdepartamental para a intervenção precoce dirigida a crianças

[Protecção da maternidade e da paternidade \(Decreto Lei 70/2000, de 4/5\)](#)

[Criação do plano DOM - Desafios, oportunidades e mudanças \(Despacho 8393/2007, de 234/2007 - DR 2ª Série nº 90, de 10/5\)](#)

[Atribuição de linha telefónica a ser utilizada no âmbito das crianças desaparecidas \(Despacho 20340/2007, de 21/8/2007 - DR 2ª Série nº 172, de 6/9\)](#)

[Transferência de Centros Educativos para o Instituto da Segurança Social, IP, para satisfação das necessidades especiais de crianças que tendo praticado factos qualificados de crime ainda não ingressaram no sistema da justiça \(Portaria nº 101/2008, de 1 de Fevereiro\)](#)

[Observatório do Tráfico de Seres Humanos](#)

C. INTERVENÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Permite informar sobre as intervenções que se realizaram com a criança ou com a família e os profissionais que intervieram.

De um modo geral, informa-se a criança e a família do pedido de ajuda que implica o uso desta Ficha de Sinalização, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança esteja em perigo.

D. PEDIDO DE INTERVENÇÕES

Nele podem indicar-se as intervenções que ultrapassam a competência profissional de quem sinaliza e que se consideram convenientes ou necessárias para uma correcta intervenção da saúde junto da criança e/ou sua família.

A utilização da Ficha não exclui, nem substitui o trabalho de coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos na intervenção junto da criança.

E. DADOS DA SINALIZAÇÃO

Deve incluir-se a data da comunicação e os dados que permitam a identificação da pessoa que faz a sinalização.

Se por algum motivo a pessoa optar por não se identificar com o nome e apelidos, pode recorrer-se a uma identificação indirecta (posto de trabalho, etc.) que possibilite a coordenação proposta ou solicitada.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA

O original da Ficha será enviado ao serviço, unidade ou pessoa a quem se solicita a intervenção relativamente à criança. O primeiro exemplar da Ficha será integrado na história clínica da criança. O segundo será enviado ao Centro de Saúde Pública do Departamento de Saúde correspondente.

FICHA DE SINALIZAÇÃO PARA A SAÚDE

INDICADORES	
NAS CRIANÇAS	NA FAMÍLIA DA CRIANÇA OU CRIANÇAS (PRÉ-NATAIS, PERINATAIS E PÓS-NATAIS)
FÍSICOS	
1 Lesões internas, abdominais	33 Falta de controlo médico durante a gravidez (menos de 5 consultas)
2 Fracturas múltiplas em diferentes estadios de cicatrização	34 Gravidez não desejada: pedido de aborto, adopção, ...
3 Feridas, contusões, mordeduras	35 Ausência de cobertura médica
4 Queimaduras, cortes, beliscões	36 Monoparentalidade e falta de apoio sócio-familiar
5 Síndrome da criança sacudida	37 Situação económica precária: desenraizamento, pobreza, marginalização,...
6 Acidentes estranhos	38 Problemas de habitação: carência, condições deficientes
7 Persistência inexplicável de doenças	39 Atitude negativa em relação à realização de visitas domiciliárias
8 Necessidades médicas não atendidas	40 Aspecto descuidado, desleixado e falta de higiene nos pais
9 Internamentos múltiplos	41 Pais muito jovens ou imaturos
10 Intoxicações	42 Um dos progenitores sofre de uma doença mental
11 Síndrome de abstinência	43 Os pais abusam de drogas ou álcool
12 Atraso de desenvolvimento (peso, estatura, linguagem,...)	44 Dificuldades de compreensão nos pais
13 Falta de higiene	45 Ludopatia nos pais
14 Vestuário inadequado	46 Antecedentes de negligência ou mau trato com outros filhos/as
15 Desnutrição, desidratação	47 Violência familiar ou doméstica
16 Fadiga ou apatia permanente	48 Os pais não comparecem quando são convocados
17 Crânio aplanado, alopecia por postura prolongada	49 Mudanças habituais de hospital, centro de saúde...
	50 Comportamento conflituoso durante as consultas médicas
ABUSO SEXUAL	
18 Contusões, hemorragias nos órgãos genitais externos, zona genital ou anal	51 Quando o filho está internado, não o visitam suficientemente
19 Doença venérea	52 Não dão importância à situação detectada
20 Resíduos de sémen na boca, nos órgãos genitais ou na roupa	53 Tentam ocultar os indicadores físicos do criança ou o causador
21 Lacerações e dilatação anal	54 Não dão explicações convincentes e congruentes
22 Colo do útero ou vulva inchada ou vermelha	55 Não controlam o comportamento da criança nas consultas médicas
23 Dificuldade em andar ou sentar-se	56 Disciplina demasiado rígida e autoritária
24 Dor ou ardor na zona genital	57 Parecem não se preocupar com o criança
25 Hímen perfurado ou rasgado	58 Não prestam atenção à criança
26 Lesões no pénis ou escroto	59 São extremamente protectores da criança
	60 Fogem às suas responsabilidades parentais ou abandonam a criança
COMPORTAMENTAIS/EMOCIONAIS	
27 Mostra que não cuidam dela ou que a maltratam	61 Utilizam o criança em tarefas impróprias para a idade
28 Distúrbios alimentares, de sono ou de controlo dos esfíncteres	62 Têm um imagem muito negativa da criança
29 Manifesta dores sem causa aparente	63 Expectativas não realistas em relação à criança
30 Estabelece relações distantes ou hostis	64 Desvalorizam, rejeitam ou culpam a criança
31 Não quer ir para casa ou estar com os pais	65 Não manifestam afecto para com a criança
32 Tentativa de suicídio	66 Ansiedade excessiva perante a educação

FICHA DE SINALIZAÇÃO PARA A SAÚDE

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome	Apelidos	<input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem.	Data Nascimento
Endereço (Rua/Praça, número e porta)		Localidade/Província	C.P.
Telefone 1	Telefone 2	SIP	
Dados da mãe/pai ou pessoa responsável		Mais informações de interesse	

B. INDICADORES E FACTORES DE RISCO OBSERVADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Outros indicadores ou comentários

<input type="checkbox"/> Suspeita	<input type="checkbox"/> Evidência	<input type="checkbox"/> Observação isolada	<input type="checkbox"/> Observação reiterada
-----------------------------------	------------------------------------	---	---

C. INTERVENÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

A família foi informada desta sinalização? Sim Não

Porquê?

D. PEDIDO DE INTERVENÇÕES

Sinalização dirigida a

Intervenções solicitadas

E. DADOS DA SINALIZAÇÃO

Data da sinalização	Entidade que sinaliza	Endereço do centro de saúde/hospital
	<input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> Hospital	Localidade
	<input type="checkbox"/> Outro	Tel./Fax
Profissional informante	Pessoa que sinaliza (Opcional: nome, nº de inscrição...)	
<input type="checkbox"/> Médico/Pediatra	<input type="checkbox"/> Parteira/Enfermeira	
<input type="checkbox"/> T. Social	<input type="checkbox"/> Psicólogo	

Os dados de carácter pessoal contidos no impresso poderão ser incluídos num ficheiro automatizado para processamento pelo órgão administrativo responsável pelo mesmo, no exercício das funções que lhe tenham sido atribuídas e no âmbito das suas competências, de acordo com a Lei Orgânica 15/1999, sobre Protecção de Dados de Carácter Pessoal.

5. TELEFONES E ENDEREÇOS DE INTERESSE

TELEFONE DA CRIANÇA	900 10 00 33
----------------------------	--------------

TELEFONES DA GENERALITAT	012 96 386 60 00
---------------------------------	------------------

CENTROS DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS

ALICANTE Centro "Alacant" C/Primitivo Pérez, 21 03010 Alicante	96 524 18 12
--	--------------

Centro "Hogar Provincial Infantil" (Infantil) C/Hogar Provincial,27, Partida Orgegia 03559 Santa Faz	96 526 51 00
---	--------------

CASTELLÓN Centro "Penyeta Roja" Partida Penyeta Roja, s/n 12005 Castellón de la Plana	96 435 98 37
--	--------------

VALENCIA Centro "València" C/Arabista Ambrosio Huici, 21 46013 Valencia	96 374 80 24
--	--------------

Centro "Les Palmeres" (Infantil) Partida de Saboya, s/n 46120 Alboraya	96 185 63 85
---	--------------

DIRECÇÕES TERRITORIAIS DE PROTECÇÃO SOCIAL

ALICANTE. Rambla Méndez Nuñez, 41, 03001	96 647 82 00
--	--------------

CASTELLÓN. Avda. Hermanos Bou, 81, 12003	96 472 62 00
--	--------------

VALENCIA. Avda. Barón de Cárcer, 36, 46001	96 386 67 50
--	--------------

CONTACTOS ÚTEIS EM MATÉRIA DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA CRIANÇA

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

Web Site: www.amcv.org.pt
E-mail: sede@amcv.org.pt

Telefone: **213 802 160**
Fax: **213 802 168**

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Rua José Estêvão, 135 A, Piso 1
1150-201 LISBOA

Web Site: www.apav.pt
E-mail: apav.sede@apav.pt

Telefones: **707 200 077**
21 358 79 00
Dias úteis das 10h às 13h e das 14h às 17h
Fax: **21 887 63 51**

APCD – Associação Portuguesa de Crianças Desaparecidas

Web Site: www.ap-cd.pt
E-mail: geral@pplware.com

Remete para o Número Europeu para a participação de desaparecimento de crianças
116 000

CNASTI - Confederação Nacional de Acção Sobre Trabalho Infantil

Rua Raio 301, 3º - Sala 24
4710-923 BRAGA

Web Site: www.cnasti.pt
E-mail: cnasti@cnasti.pt
ContactoSkype: CNASTI

Telefone: **253 265 197**
Linha Verde: **800 202 076**
Fax: **253 268 817**

CNPCJR – Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Rua Castilho 24, 7º E
1250-069 LISBOA

Web Site: www.cnpcjr.pt
E-mail: cnpcjr@seg-social.pt

Telefone: **213 114 900**
Fax: **213 108 759**

CPCJ – Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (a nível nacional)

Web Site: www.cnpcjr.pt

A listagem dos contactos das CPCJ, (telefónicos, emails, websites respectivos e moradas) encontram-se no site indicado

IAC – Instituto de Apoio à Criança

Largo da Memória, n.º 14
1349-045 LISBOA

Web Site: www.iacrianca.pt
E-mail: iacsede@netcabo.pt

Telefones:
IAC (Sede): **213 617 880**
IAC SOS Criança: **217 931 617**
Número Europeu: **116 111**
IAC SOS Criança Desaparecida
Número Europeu: **116 000**
Dias úteis das 9h30 às 17h30
Fax: **213 617 889**

IML – Instituto de Medicina Legal de Lisboa

Rua Manuel Bento de Sousa, n.º 3
1150-219 LISBOA

E-mail: correio@dlinml.mj.pt

Telefone: **218 811 800**
Fax: **218 821 791**

IML - Instituto de Medicina Legal de Coimbra

Largo da Sé Nova
3000-213 COIMBRA

E-mail: correio@dcinml.mj.pt

Telefone: **239 854 230**
Fax: **239 820 549**

IML - Instituto de Medicina Legal do Porto

Rua Jardim Carrilho Videira
4050-167 PORTO

E-mail: correio@dpinml.mj.pt
Web Site: www.inml.mj.pt

Telefone: **222 073 850**
Fax: **222 083 978 / 223 325 931**
A listagem dos contactos dos Gabinetes Médico-Legais já instalados (telefónicos, e moradas) encontram-se no site indicado

ISS, I.P. - Instituto de Segurança Social

Equipa Técnica de Emergência Infantil (Serviços Centrais)

Web Site: www.seg-social.pt

Telefones:
Funcionamento ininterrupto – 24 h por dia, 365 dias por ano - Linha Nacional de Emergência Social **144**
Dias úteis: **218 420 739**
Noites e fins de semana: **218 462 083**

Ministério Público

Central
Av. D. João II n.º 1.08.01.I, Bloco I
1990-097 LISBOA

Web Site: www.citius.mj.pt/Portal/ContactosTribunais.aspx
E-mail: correio@lisboa.execucoes.mj.pt

Telefone: **218 642 009**

Fax: **211 545 196**

Para contactos, a nível nacional, pesquisar no site indicado.

Projecto Miúdos Seguros Na .Net

Web Site: www.miudossegurosna.net

Poderá entrar em contacto com o projecto subscrevendo a "newsletter" no site indicado

Procuradoria Geral da República

Web Site: www.pgr.pt

Telefone:
Recados de Criança – Linha Verde
800 206 656

Dias úteis das 9h30 às 17h30

PJ - Polícia Judiciária

Direcção Nacional
Rua Gomes Freire n.º 174
1169-007 LISBOA

Web Site: www.policiajudiciaria.pt

Telefone:
Unidade de Informação de Investigação Criminal
218 641 000

PSP Escola Segura

GNR

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SOS Adolescente

Telefone: **800 202 484**

6. INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DO BOM TRATO, SAÚDE E PROTECÇÃO DE CRIANÇAS

1. INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DE BOM TRATO À INFÂNCIA

Nos **centros de saúde** (*parteiras, enfermeiras, pediatras, médicos, funcionários dos serviços sociais, etc.*)

- Educação sobre saúde na gravidez e no puerpério.
- Conselhos de saúde em cuidados pediátricos
- Apoio técnico aos professores de saúde.
- Educação para a Saúde na comunidade.

Nos **centros de saúde sexual e reprodutiva** (*médicos, sexólogos, enfermeiros, etc.*)

- Prevenção de gravidezes não desejadas.
- Prevenção de relações sexuais não desejadas, em crianças.
- Apoio técnico aos professores de educação sexual.

Nos **hospitais** (*ginecologistas, enfermeiros, pediatras, médicos, funcionários dos serviços sociais, etc.*)

- Recém-nascidos: Humanizar o parto, favorecer o apego/vinculação e conselhos de saúde e apoio aos pais sobre a criança.
- Crianças hospitalizadas: adaptação do ambiente hospitalar à população infantil, especialmente nas doenças crónicas (adaptação arquitectónica, escola...) e aconselhamento e apoio aos pais.

2. SAÚDE E PROTECÇÃO DE CRIANÇAS

2.1 INTERVENÇÕES GERAIS

- Cuidados de saúde (primários e médicos) à criança
- Coordenação com outros recursos sanitários: juntamente com a Ficha de Interconsulta, pode utilizar-se a Ficha de Sinalização.

2.2 INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

Nos **centros de saúde** (*parteiras, enfermeiros, pediatras, médicos, funcionários dos serviços sociais, etc.*)

- Detecção precoce pré-concepcional, durante a gravidez e o puerpério, de

mulheres com factores de risco psicossocial, assim como de crianças e adolescentes.

- Monitorização de doentes afectados e sinalização, se necessário, para saúde mental, equipas sociais municipais, etc.
- Detecção e apoio psicossocial específico a famílias vulneráveis.

Nos **centros de saúde sexual e reprodutiva** (*médicos, sexólogos, enfermeiros, etc.*)

- Prevenção de gravidezes não desejadas e de relações sexuais não desejadas, em crianças com risco psicossocial.
- Apoio técnico aos professores em educação sexual de crianças com risco psicossocial.

Nos **hospitais** (*ginecologistas, enfermeiros, pediatras, médicos, funcionários dos serviços sociais, etc.*)

- Detecção de partos em famílias com risco psicossocial e adopção de medidas de apoio específicas para favorecer o apego e o desenvolvimento adequado da criança (intervenção protocolizada na maternidade, coordenação com a intervenção primária para consulta domiciliária...).
- Detecção de riscos em crianças hospitalizadas.
- Conselhos sobre saúde e intervenções específicas para famílias de crianças hospitalizadas com risco psicossocial.

Em todos os centros de saúde:

- **Envolvimento do Departamento de serviço social** do centro, se existir. (*Convém utilizar a Ficha de Sinalização*).
- Coordenação com a **equipa municipal de serviços sociais** do local de residência da criança, através da Ficha de Sinalização, quando se considere necessário.

2.3 INTERVENÇÕES JUDICIAIS

- Nos casos em que a criança é atendida em consequência de um suposto crime/delito (quer haja lesões físicas quer não) preenche-se o Relatório de Lesões e envia-se ao Tribunal. Se não se observarem lesões, far-se-á constar expressamente o facto, juntamente com o motivo pelo qual se deduz a existência de crime/delito (relato do criança ou dos acompanhantes, etc.).
- Nos casos em que se considere necessária a intervenção do médico forense, far-se-á expressamente o respectivo pedido ao Tribunal pelo telefone (para além do relatório de lesões) e tentar-se-á contactar directamente com o médico forense.

2.4 PROTECÇÃO JURÍDICA DA CRIANÇA

- Nos casos em que a integridade física ou moral da criança requer medidas de protecção urgentes (declaração da situação de desamparo e tutela automática) e de lhe ser atribuída uma medida após a alta médica (acolhimento familiar ou residencial), contactar-se-á a Direcção Territorial da Conselharia de Protecção Social (Secção da Criança) pelo telefone e por fax.

Nota: Fora do horário de expediente das Direcções Territoriais, o **pedido de medidas de protecção** deve ser dirigido a qualquer um dos Centros de Acolhimento de Crianças da província.

- Nos casos de crianças hospitalizadas que sejam tuteladas pela Generalitat Valenciana, é preciso estabelecer, conjuntamente com a Direcção Territorial da Conselharia de Protecção Social (Secção da Criança), as normas de intervenção perante os possíveis pedidos de visita de pais ou familiares, ou de atribuição de **medida de protecção** após a alta médica.

2.5 INTERVENÇÕES DAS FORÇAS DE SEGURANÇA E AUTO-PROTECÇÃO

Recorre-se às Forças de Segurança nos casos em que:

- Não se dispuser de pessoal de segurança e os pais ou responsáveis pela criança comprometam a integridade física do pessoal do centro e/ou da própria criança.
- Sejam necessárias intervenções urgentes de protecção e as mesmas sejam obstaculizadas pelos acompanhantes da criança.
- A criança tenha ocorrido sozinha ao centro ou acompanhada por um desconhecido e no momento da alta médica se desconhecer o seu domicílio ou dados familiares, não se considerar conveniente a criança regressar com a família ou a criança manifestar uma atitude claramente negativa em relação ao regresso ao seu domicílio. Nestes casos, após as averiguações pertinentes, procede-se de acordo com o ponto 2.4.