

Abordagem à Vítima de Maus-Tratos Infantis

Patrícia Barreiros da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Duarte Nuno Pessoa Vieira

outubro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Patrícia Barreiros da Silva, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41001 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 04 /10 /2023

Patrícia Silva

Dedicatória

A todas as vítimas:

Às que lutam contra as marcas deixadas pelo passado.

Às que lutam contra as circunstâncias do presente.

Às que poderemos prevenir no futuro.

Que todas possam ter ajuda.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, pela disponibilidade, orientação e toda a ajuda inestimável ao longo da realização da dissertação de Mestrado.

Aos meus pais, por me fazerem crescer e tornar a pessoa que sou hoje.

Aos meus avós, padrinhos e primos, pelo apoio incondicional.

Aos amigos que conheci em Ciências Biomédicas e aos que encontrei em Medicina, que contribuíram para que todos os anos passados na Covilhã fossem melhores.

Resumo

Os maus-tratos infantis representam uma problemática importante que afeta a vida de inúmeras crianças e adolescentes à escala global. Estes podem surgir sob a forma de negligência e/ou de outro tipo de abuso, seja físico, psicológico ou sexual, impactando negativamente o desenvolvimento das vítimas.

Todavia, apesar dos efeitos nefastos, o diagnóstico dos casos de maus-tratos infantis é pautado por uma elevada complexidade, quer pela diversidade de modos de apresentação, quer pelas limitações com que os profissionais de saúde se deparam. Desta forma, para que se possa melhorar a abordagem à vítima, é fundamental compreender este problema, desde os fatores que influenciam este tipo de situações até às soluções que permitam melhorar o reconhecimento e a denúncia dos casos.

Os principais objetivos da presente dissertação são compreender como é realizada a abordagem à vítima de maus-tratos infantis no contexto atual dos cuidados de saúde, quais as principais dificuldades experienciadas pelos profissionais de saúde e, por conseguinte, perceber de que forma se pode otimizar a resposta dada a estas situações.

Palavras-chave

Maus-tratos infantis; abuso infantil; negligência; diagnóstico; profissionais de saúde

Abstract

Child maltreatment is a serious problem that affects the lives of countless children and adolescents around all the world. Child maltreatment can take the form of neglect and/or other types of abuse, such as physical, psychological, or sexual, which negatively impacts the development of the victims.

However, despite the harmful effects, the diagnosis of child maltreatment cases is highly complex, both because of the diversity of modes of presentation and the limitations faced by health professionals. Thus, to improve the approach to the victim, it is essential to understand this problem, from the factors that influence this type of situation to solutions that improve the recognition and reporting of cases.

The main objectives of this dissertation are to understand how the victim of child maltreatment is approached in the current context of health services, what are the main difficulties experienced by health professionals and, therefore, to understand how to optimize the response given to these situations.

Keywords

Child maltreatment; child abuse; neglect; diagnosis; healthcare professionals

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo.....	ix
Palavras-chave	ix
Abstract	xi
Keywords.....	xi
Lista de figuras.....	xv
Lista de acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
3. Maus-Tratos Infantis	4
3.1. Definição	4
3.2. Tipos de Maus-Tratos Infantis.....	4
3.2.1. Negligência	4
3.2.2. Abuso Físico	5
3.2.3. Abuso Sexual	7
3.2.4. Abuso Psicológico.....	8
3.3. Fatores de Influência.....	8
3.3.1. Contexto Individual.....	9
3.3.2. Contexto Interpessoal	10
3.3.3. Contexto Comunitário.....	11
3.3.4. Contexto Social.....	12
4. Abordagem à Vítima	14
4.1. O Papel dos Profissionais	14
4.2. Avaliação Clínica e Diagnóstico	15
4.2.1. História Clínica.....	15
4.2.2. Exame Objetivo	17
4.3. Barreiras ao Diagnóstico	18
4.3.1. Limitações no Reconhecimento	18
4.3.2. Limitações à Realização da Denúncia.....	20
5. O Impacto da Pandemia por COVID-19	23
6. Conclusões e Perspetivas Futuras.....	25
Referências Bibliográficas	27

Lista de Figuras

Figura 1: Hematoma auricular presente numa criança, em imagem de Lee <i>et al.</i> (15)	6
Figura 2: Lesão com padrão presente numa criança, em imagem de Bentivegna <i>et al.</i> (16)	7
Figura 3: Organização do Modelo Socioecológico (adaptado de Austin <i>et al.</i> (5))	9

Lista de Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
CPCJ	Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Capítulo 1

Introdução

Diariamente, inúmeras crianças e adolescentes são sujeitas a situações de abuso dentro do próprio ambiente familiar, o que causa um elevado impacto negativo na sua vida. Neste sentido, os maus-tratos infantis são reconhecidos como uma problemática à escala mundial, na qual se deve atentar e procurar estratégias para a sua mitigação, protegendo as crianças e os jovens. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os maus-tratos infantis englobam qualquer tipo de abuso ou negligência exercido sobre pessoas com idade inferior a 18 anos, estando inseridos numa relação de poder ou responsabilidade, e dos quais resultam efeitos nefastos para bem-estar das crianças e dos adolescentes (1).

Como resultado da exposição dos menores a este tipo de situações, surgem inúmeras consequências prejudiciais que atingem desde o nível físico até ao psicológico ou social, o que influencia de forma negativa o seu desenvolvimento (1). No entanto, estes efeitos não se observam apenas na infância, mas também na idade adulta. Neste âmbito, foi demonstrado que existe um maior risco de surgimento de patologias crónicas em adultos com história de abuso na infância, como, por exemplo, doença coronária ou obesidade, entre outras. Apesar da relação causal ainda não ser totalmente compreendida, é apontado que uma das possíveis razões para esta correspondência seja um acréscimo nos comportamentos de risco, como o consumo de tabaco ou de álcool. Adicionalmente, devido ao impacto negativo na autoestima e nos mecanismos de *coping*, são observadas alterações a nível psicológico, o que predispõe ao surgimento de perturbações do âmbito da psiquiatria, como a depressão (2).

Desta forma, considerando a elevada incidência e as consequências que este tema tem à escala mundial, foram criados tratados como a Convenção dos Direitos das Crianças pelas Nações Unidas. Nestes documentos é preconizada a promoção do bem-estar e o fornecimento dos cuidados adequados a todos os menores, os quais devem ser protegidos de qualquer forma de violência ou negligência (1).

Em Portugal, e de acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), verificou-se o registo de 49.564 comunicações de situações de perigo durante o ano de 2022. Após análise das comunicações e instituição de novos processos, foi concluído o diagnóstico de 27.370 casos no mesmo ano. Dentro deste grupo, confirmou-se a necessidade de aplicação de medidas de proteção a 13.444 crianças ou adolescentes, correspondendo à ocorrência de 15.287 situações de maus-tratos infantis (3).

Dado o que foi descrito, salienta-se a importância de reconhecer e diagnosticar os casos, sendo crucial que a deteção seja feita atempadamente. Caso contrário, o erro ou a ausência de diagnóstico contribui para uma dificuldade acrescida na recolha de provas, o que limita a

capacidade de identificação do agressor e, conseqüentemente, perpetua a situação de abuso e/ou negligência (4).

Adicionalmente, é fulcral ter em atenção que existem diversos aspetos com influência neste tipo de situações, tornando-se imprescindível conhecer quais os fatores de risco e os de proteção presentes na vida do menor, por forma a criar medidas de prevenção e mitigar a ocorrência destes casos (5). Para melhor entendimento destes fatores e respetivas interligações, pode utilizar-se o Modelo Socioecológico (5), o qual será abordado com maior detalhe no terceiro capítulo da presente dissertação.

Apesar da elevada importância em detetar os casos, esta é pautada por uma grande complexidade pois, na maioria das vezes, as lesões decorrentes deste tipo de situações não são o principal motivo para recorrer a um profissional de saúde, sendo que a maior parte não é devidamente reconhecida. Por outro lado, podem não estar presentes sinais físicos, quer por não terem sido provocados, como no abuso psicológico, quer por terem desaparecido durante o período de tempo entre o ocorrido e a denúncia (6,7).

Já ao nível do papel dos profissionais de saúde, têm sido identificadas outras questões como barreiras ao diagnóstico, desde o treino para o reconhecimento até ao processo de denúncia. Fatores como a escassez de tempo para uma avaliação mais completa, a ausência de recursos, como ferramentas de *screening*, e, por vezes, receio na realização das denúncias, são exemplos das dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam, colocando em causa o diagnóstico da criança ou do adolescente (8).

Em suma, perante as informações referidas ao longo dos parágrafos anteriores, destaca-se a importância que a prevenção e o diagnóstico das situações de maus-tratos infantis tem na sociedade atual. Deste modo, os principais objetivos desta monografia são a realização de uma revisão breve dos conhecimentos atuais nesta temática, procurando compreender quais os principais fatores que influenciam este tipo de violência e como é realizada a abordagem à vítima, incidindo sobre as questões que necessitam de ser melhoradas, por forma a otimizar a resposta dada a este tipo de casos. Adicionalmente, e dado o contexto pandémico vivenciado, será feita uma breve análise de como a pandemia e o isolamento social influenciaram o número de casos de maus-tratos infantis.

Capítulo 2

Metodologia

A realização da presente dissertação teve como base a pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *Pubmed* e *B-On*, sendo utilizadas combinações das palavras-chave; “*child abuse*”, “*child mistreatment*”, “*child maltreatment*”, “*diagnosis*”, “*recognition*” e “*risk factors*”.

A pesquisa foi limitada a artigos nos idiomas de Português e Inglês publicados nos últimos 10 anos (2013-2023), sendo posteriormente dado destaque aos mais recentes para realização da presente dissertação.

Adicionalmente, utilizou-se o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022 para uma melhor contextualização da temática a nível nacional.

Capítulo 3

Maus-Tratos Infantis

3.1 Definição

Os maus-tratos infantis representam um problema com um impacto negativo na vida de crianças e adolescentes quando expostos a este tipo de circunstâncias. Estes são definidos pela OMS como situações em que ocorre qualquer tipo de abuso e/ou negligência, estando inseridas no contexto de uma relação de responsabilidade e poder, e que afetam todas as pessoas com idade inferior a 18 anos, colocando em causa o seu desenvolvimento e bem-estar (1).

Atentando no efeito que estas situações têm na saúde e no crescimento dos menores, assim como no número considerável de homicídios infantis neste contexto, a exposição aos maus-tratos é destacada como tendo enorme influência nas taxas de morbilidade e mortalidade infantis. Além disso, considera-se que a prevalência se encontra subestimada, devido ao facto da maioria dos casos não serem corretamente reconhecidos e denunciados, o que realça ainda mais a importância e necessidade de implementação de medidas de proteção dos menores (1).

Tendo em consideração as particularidades dos vários casos de maus-tratos infantis, é possível agrupá-los em quatro categorias principais: a negligência, o abuso físico, o abuso sexual e o abuso psicológico, onde se destaca o primeiro como o grupo com maior prevalência (9,10).

Indo ao encontro da informação anterior, também em Portugal se observou um número superior de casos de negligência no ano de 2022, comparativamente aos restantes grupos. Assim, destaca-se que das 15.287 situações de perigo diagnosticadas nesse ano, 4.655 correspondiam a casos de negligência, 376 de maus-tratos físicos, 329 de maus-tratos psicológicos e 140 de abuso sexual (3).

3.2 Tipos de Maus-Tratos Infantis

3.2.1 Negligência

O tipo de maus-tratos infantis mais prevalente surge na forma de negligência, esta é definida como a ausência do fornecimento adequado de cuidados à criança ou adolescente por parte dos cuidadores. Neste âmbito, observa-se que a negligência pode surgir em diversas áreas da vida do menor, como a inadequação da alimentação fornecida, o atraso no recurso aos serviços de saúde, a exposição a substâncias ilícitas, entre outros exemplos que contribuem de igual forma para um aumento de eventos adversos (7,10).

Dada a variedade de formas de manifestação da negligência, torna-se fulcral perceber quais são, atentando que poderão existir várias no mesmo caso e, adicionalmente, determinar aquelas que apresentam maior gravidade (11). Neste sentido, um estudo desenvolvido por Ogle *et al.* (11), pretendeu compreender estes aspetos, identificando cinco categorias principais de negligência: exposição à violência, ausência de fornecimento de cuidados adequados, falhas na supervisão, negligência relacionada com o uso de substâncias e, por último, casos inespecíficos. Dentro destes grupos, foi possível destacar dois como os que apresentavam um grau de gravidade elevado, nomeadamente o da exposição à violência, na qual se inclui a ausência de proteção e negligência emocional, e a categoria relacionada com a exposição a substâncias.

Tendo em consideração estas informações, constata-se que a negligência pode surgir de diversas formas ao longo da vida do menor o que, conjuntamente com a ausência de recursos para um reconhecimento apropriado, aumenta a complexidade no diagnóstico. Desta forma, a incerteza dos profissionais de saúde em perceber se determinados casos se enquadram num contexto de negligência pode constituir um impedimento à deteção ou, por outro lado, levar a que sejam denunciadas situações de forma errónea (12).

Adicionalmente aos aspetos relacionados diretamente com a ocorrência de negligência, os profissionais devem também considerar outros indicadores de risco, nomeadamente ao nível do ambiente familiar. Ao contrário das características da própria criança, que apenas apresentam efeito significativo no caso de problemas comportamentais ou ao nível do desenvolvimento, constatou-se que as características parentais e o contexto familiar são aspetos com elevada influência no aumento do risco de negligência (11). Os principais fatores destacados são antecedentes de maus-tratos na vida da mãe, alterações a nível psicológico ou dificuldades na vida familiar, como problemas financeiros (12).

Em suma, é possível constatar que a negligência representa um tipo de maus-tratos em que inúmeros fatores dificultam o diagnóstico, desde as várias formas como se pode apresentar nos serviços de saúde até ao reconhecimento dos fatores de risco associados ao contexto onde se insere, tornando a deteção desafiante para os profissionais de saúde (7,12).

3.2.2 Abuso Físico

Um dos motivos frequentes de ida aos serviços de saúde por parte de crianças e adolescentes são as lesões, as quais têm maioritariamente uma etiologia acidental facilmente explicada. Contudo, isto nem sempre se verifica e, em determinados casos, surgem lesões em que há ausência de uma explicação plausível sobre como esta ocorreu, ou surge a presença de aspetos como, por exemplo, o atraso na ida ao serviço de saúde, fazendo suspeitar de uma etiologia não acidental e induzida intencionalmente por terceiros (13).

Neste sentido, constata-se a existência de outro tipo de maus-tratos bastante frequente: o abuso físico. Tal como a negligência, este pode também ter várias formas de apresentação, desde queimaduras e hematomas, até fraturas ou politraumatismo (13,14).

Dentro deste âmbito, constatou-se que a incidência do tipo de lesão difere consoante a faixa etária do menor, constituindo uma ajuda ao diagnóstico. Por exemplo, verificou-se que há maior taxa de fraturas nas crianças com idade inferior a 1 ano, enquanto o trauma facial ou as lesões de órgãos sólidos são predominantes na faixa de 1 a 4 anos de idade (14).

Adicionalmente a estas informações, torna-se também crucial que os profissionais de saúde reconheçam as designadas lesões sentinela. Estas são definidas como lesões *minor*, por exemplo, um hematoma auricular ou alterações na cavidade oral, que são bastante sugestivas de uma situação de maus-tratos (figura 1) (15).



Figura 1: Hematoma auricular presente numa criança, em imagem de Lee *et al.* (15).

Como tal, torna-se fulcral proceder ao exame físico completo, onde se deve verificar a possível existência deste tipo de lesões, as quais podem constituir o primeiro indicador de uma situação de abuso, sendo que é também importante que o profissional de saúde atente na respetiva localização destas (15,16).

No caso da existência de marcas como hematomas, o grau de desenvolvimento da criança deve ser tido em consideração. Por exemplo, caso esta se encontre na fase de aprender a andar, poderá apresentar hematomas nas zonas da testa ou joelhos, resultado de quedas acidentais. No entanto, caso estes surjam em locais como área auricular, pescoço ou genitália, e na ausência de uma história congruente, constituem motivo de suspeita. Por outro lado, no caso das crianças que ainda não se deslocam ou na presença de lesões com padrão específico (figura 2), deve ter-se sempre em conta a possibilidade de uma situação de abuso físico (16).

Quando surgem motivos de suspeita, a avaliação deve ser complementada com recurso a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Isto porque, concomitantemente com a presença de lesões que são facilmente observáveis, podem ser detetados outros elementos que aumentem a possibilidade de um diagnóstico de maus-tratos (15).



Figura 2: Lesão com padrão presente numa criança, em imagem de Bentivegna *et al.* (16).

3.2.3 Abuso Sexual

O abuso sexual constitui outro tipo de maus-tratos infantis com elevado impacto na sociedade. Este é definido pelo conjunto de todas as situações em que o menor seja envolvido em atividade sexual com a qual não consinta, ou seja incapaz de consentir, da qual não tenha compreensão, ou para a qual não esteja preparado a nível de desenvolvimento (17).

De igual forma aos restantes tipos de maus-tratos, também não se consegue aferir de forma precisa a prevalência destes casos, uma vez que muitos não são denunciados. No entanto, é possível constatar que as crianças do sexo feminino apresentam maior risco de sofrer este tipo de abuso e que em cerca de 75-90% dos casos, a vítima conhece o agressor (13).

A dificuldade em reconhecer estes casos prende-se com diversos fatores, sendo um deles a ausência de queixa por parte da criança ou adolescente, quer por não o conseguir expressar completamente, quer pelos sentimentos negativos que surgem relativos ao abuso, como vergonha ou culpa (17). Este facto pode contribuir para que a vítima relate a ocorrência de abuso primeiramente a um adulto próximo que não um profissional de saúde, ou que apenas denuncie quando já se encontra na idade adulta (7,13).

Outra das questões que compromete a correta deteção destes casos é a ausência de sintomas ou lesões sugestivas de abuso. Isto deve-se ao facto da maioria dos sinais não serem específicos deste tipo de maus-tratos, ou mesmo pela ausência destes (7).

Neste sentido, durante as consultas de saúde infantil e juvenil, é fulcral conversar com a criança ou adolescente sobre a importância da sua privacidade e a ocorrência de contacto físico não consentido. Assim, seja pelo que é dito, seja por sinais ou sintomas verificados no menor, é possível perceber se existem motivos que façam suspeitar deste tipo de situações, reforçando sempre que, caso isto ocorra, poderá falar abertamente com um adulto (7,17).

3.2.4 Abuso Psicológico

O abuso psicológico, ou também designado emocional, pode ocorrer de duas formas. Uma destas surge na forma de negligência emocional, na qual ocorre uma desvalorização das necessidades da criança ou adolescente pelo cuidador, desde as psicológicas até às educacionais e sociais. Por outro lado, a segunda forma, pode suceder na forma de ameaças ou pela indução de pensamentos negativos na vítima, inculcando a crença de que esta não tem valor (7).

Desta forma, constata-se que os maus-tratos psicológicos têm um impacto marcante na forma como a criança ou adolescente se vê a si própria, gerando dificuldades no seu desenvolvimento. Estas podem afetar diversas dimensões na vida da vítima, desde uma gestão emocional desadequada, o que pode culminar em comportamentos de risco, até à incapacidade de relacionamento interpessoal. Adicionalmente, estas alterações podem propiciar o surgimento de perturbações psiquiátricas, verificando-se uma correlação entre a ocorrência de abuso emocional na infância e o desenvolvimento de sintomas psicóticos, depressão e ansiedade já na idade adulta (18).

Relativamente à prevalência, considera-se que esta seja elevada na comunidade, uma vez que o abuso psicológico pode ocorrer, quer isoladamente, quer de forma concomitante com outros tipos de maus-tratos (18). Além disso, outro aspeto constatado neste tipo de situações é o facto de existir um número superior de registos de casos em adolescentes, o que pode ser explicado pelo facto de os jovens terem maior capacidade para verbalizar o sucedido, facilitando o diagnóstico destas situações (14).

De igual forma, no âmbito do reconhecimento destes casos, um dos pontos importantes a ter em consideração é a diferença entre uma dinâmica parental disfuncional e os maus-tratos psicológicos, uma vez que o primeiro conceito nem sempre implica um contexto abusivo. Já no caso do abuso psicológico há uma indução repetida de ideias inadequadas à criança ou adolescente, que podem ir desde a humilhação até às ameaças. Assim, a principal forma de distinguir entre as situações é pela avaliação do risco para o menor (7).

Deste modo, e tal como nos outros tipos de maus-tratos, torna-se crucial conhecer como é o normal desenvolvimento da criança ou adolescente em questão, averiguar o surgimento de sinais e sintomas, e ainda entender o seu contexto familiar e cultural, avaliando o seu impacto na vida do menor e atuando em conformidade (18).

3.3 Fatores de Influência

Diversos fatores são apontados como tendo influência nos maus-tratos infantis, os quais podem aumentar o risco de ocorrência deste tipo de situações, ou, por outro lado, atuar como proteção. Logo, torna-se fulcral conhecer quais os aspetos que influenciam a vida das crianças e adolescentes e qual o seu verdadeiro impacto (5,19).

Um dos modelos que permite compreender este tópico é o Modelo Socioecológico, o qual procura integrar os diversos contextos em que as pessoas se inserem e demonstrar como estes se associam entre si. De forma similar, este pode ser utilizado para entender quais os fatores implícitos na vida de crianças e adolescentes e como estes influenciam o surgimento dos maus-tratos infantis. Através da análise do Modelo Socioecológico (figura 3), verifica-se que este se inicia com o nível individual, onde se incluem todas as características diretamente relacionadas com o menor, o qual se insere no contexto interpessoal, onde se incluem as relações interpessoais mais próximas. Seguidamente, surge a comunidade, que inclui o ambiente onde a criança ou adolescente se integra e respetivas interações sociais. Por fim, e a englobar todos os anteriores, surge a sociedade, onde se encontram fatores como as normas e leis que influenciam o contexto sociocultural (5).

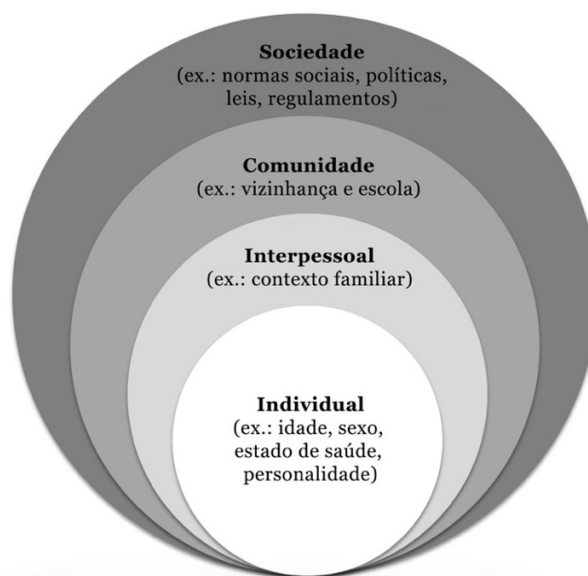


Figura 3: Organização do Modelo Socioecológico (adaptado de Austin *et al.* (5)).

3.3.1 Contexto Individual

Segundo o Modelo Socioecológico, o primeiro nível é o individual, o qual integra as características da criança ou adolescente, desde a idade até às particularidades que influenciem o risco de ocorrência de maus-tratos, como o estado de saúde (5).

Tendo isto em consideração, constata-se que a faixa etária é um dos aspetos onde se verificam diferenças significativas relativamente à ocorrência de situações de abuso (5). Neste âmbito, num estudo realizado por Huerta *et al.* (14), o qual se baseou em casos de maus-tratos decorridos entre 1997 e 2012, averiguou-se que a maioria dos incidentes ocorreu em faixas etárias inferiores a 5 anos, atingindo uma percentagem de 70%. Ainda dentro deste grupo de crianças, destaca-se um valor relevante nas idades inferiores a 1 ano, sendo, por isso, a idade em que surge um risco superior de maus-tratos infantis.

Já no caso do sexo da criança ou adolescente, no estudo anterior, verificou-se maior incidência de abuso em rapazes, sendo, contudo, uma variação pouco significativa entre ambos (14). De igual forma, em Portugal, nas situações em se determinou necessidade de proteção em 2022, observa-se um padrão semelhante, no qual se constata um número de casos ligeiramente superior em vítimas do sexo masculino (54%). Contudo, já nos casos de abuso sexual, a incidência foi superior no sexo feminino em todas as faixas etárias (3).

Outro fator que deve ser ponderado no contexto individual é o estado de saúde, uma vez que se verificou que crianças ou adolescentes que apresentem atrasos no desenvolvimento ou determinadas patologias têm risco superior de sofrer maus-tratos. Algumas das explicações sugeridas para este facto têm origem quer nas características do próprio menor, quer na influência no contexto familiar. Relativamente à primeira, pensa-se que a condição de saúde possa limitar a capacidade da vítima denunciar o ocorrido, por exemplo, se existir um atraso na linguagem. Além disso, o risco é também exacerbado nos casos em que existem comportamentos inadequados percecionados como provocadores pelos cuidadores. Quanto ao contexto familiar, é sugerido que o *stress* que estas circunstâncias induzem no agregado familiar, devido à maior necessidade de cuidados do menor ou aumento das despesas financeiras em tratamentos, possa contribuir para um maior número de situações (20).

3.3.2 Contexto Interpessoal

Relativamente ao contexto interpessoal, este engloba as relações interpessoais próximas, onde se inclui a família, e permite compreender as interações entre todos os elementos (5).

Neste âmbito, pode realizar-se a distinção entre os fatores relacionados diretamente com os familiares e os que são resultado da dinâmica familiar. Quanto aos primeiros, destacam-se características como, por exemplo, a saúde mental dos pais ou a existência de história de maus-tratos durante a infância. Neste sentido, observa-se que a presença de patologia do foro psiquiátrico, como perturbação de *stress* pós-traumático, depressão ou perturbação de personalidade *borderline* nas mães, tem uma associação significativa com o maior risco de maus-tratos. O mesmo acontece quando os próprios pais sofreram abuso na infância e perpetuam este tipo de comportamento para com os filhos, o que pode ser mitigado nos casos em que exista um bom apoio social (21).

Além disso, verifica-se também correlação com certas características como a idade jovem dos pais, um baixo nível educacional, sendo que na maioria das situações estes têm apenas a escolaridade primária, o abuso de álcool e/ou substâncias, o facto de existir histórico criminal, entre outros (21,22).

Já no caso dos fatores dependentes da dinâmica familiar, destacam-se diferenças a nível dos cuidadores. Apesar de grande parte serem do sexo feminino, observou-se que o risco de maus-tratos infantis é superior nos casos em que o este é do sexo masculino, quer seja o pai, quer seja o

companheiro da mãe ou de outros familiares. Dentro deste grupo, distingue-se ainda a existência de um número superior de incidentes quando o cuidador é o companheiro, apesar de cuidarem do menor durante um período de tempo inferior. No caso dos cuidadores do sexo feminino, regista-se um número importante de situações de abuso quando os cuidados estão ao encargo de uma *baby-sitter* ou da mãe do companheiro (23).

Dentro desta dinâmica das relações de cuidado, outro dos aspetos apontados como tendo um impacto negativo é a forma como os cuidadores percecionam o comportamento das crianças e adolescentes. O facto de terem expectativas que não são compatíveis com a realidade conduz a sentimentos negativos para com o menor, afetando a relação afetiva que têm com este e exacerbando o risco de abuso (22).

Adicionalmente, também a duração do relacionamento entre os cuidadores e os companheiros, a mudança de cuidador ou o número de crianças no mesmo agregado podem causar instabilidade no ambiente familiar. Neste sentido, demonstrou-se que existe um risco superior quando o relacionamento entre o cuidador e companheiro tem duração inferior a 1 ano, quando o menor fica ao encargo de outros cuidadores que não estão familiarizados com o menor ou quando existem mais de duas crianças no mesmo agregado, sugerindo uma correlação importante entre este número e o de casos (21,23).

Por último, são destacadas outras circunstâncias que podem gerar um ambiente de instabilidade, como episódios de violência doméstica ou condições socioeconómicas desfavoráveis da família. Este último conduz a inúmeras dificuldades na vida familiar, uma vez que a existência de uma reduzida capacidade financeira afeta o acesso a vários recursos, como a obtenção de meio de transporte ou de ter uma habitação com condições adequadas, gerando *stress* adicional no contexto familiar (21).

3.3.3 Contexto Comunitário

Já no nível comunitário inclui-se o ambiente social onde a criança ou adolescente se encontra e as interações sociais dentro deste, como é o caso da vizinhança (5).

Como é facilmente compreendido, a comunidade onde a criança ou adolescente se insere tem um impacto importante no seu crescimento. Como tal, tem-se procurado conhecer quais os fatores inseridos neste contexto que influenciam um aumento da incidência de maus-tratos, dos quais se destacam condições como a pobreza ou a segregação racial, o que se interliga de forma variável com as condições socioeconómicas da família (24).

Neste âmbito, um estudo realizado por Maguire-Jack e Font (24), demonstrou a existência de um risco superior de abuso físico em famílias com condições socioeconómicas desfavorecidas e que estejam inseridos numa comunidade com alto índice de pobreza. Uma das explicações mais prováveis para isto é o facto de haver maior impedimento no acesso a recursos

e oportunidades dentro das comunidades mais empobrecidas, por exemplo, a procura de emprego induzindo maior grau de *stress* na família.

Dentro da comunidade, também as várias relações interpessoais têm impacto na vivência das famílias. Estas podem ser afetadas por inúmeros aspetos, sendo um deles a mudança constante dos vizinhos em determinadas zonas, o que impede a criação de relações interpessoais consistentes (24). Adicionalmente, as interações sociais podem ainda estar limitadas nos casos de famílias com crianças portadoras de determinadas condições de saúde, devido ao estigma associado (20).

Desta forma, os aspetos referidos restringem um estabelecimento saudável de relações interpessoais, o que induz um sentimento de isolamento da família e dificuldade em obter apoio social. Consequentemente, os obstáculos vivenciados a este nível vão agravar o *stress* no meio familiar, contribuindo para o aumento do risco de abuso infantil (20,24).

3.3.4 Contexto Social

Por fim, no último nível do Modelo Socioecológico surge a sociedade. Neste incluem-se os fatores que têm influência no ambiente sociocultural onde a criança ou adolescente se insere, como as leis e normas (5).

Apesar da importância deste contexto no quotidiano das famílias, e comparativamente aos anteriores, verifica-se um número inferior de investigações realizadas neste âmbito, o que limita o conhecimento acerca do seu verdadeiro impacto nesta problemática (25).

No entanto, são propostos alguns aspetos que se considera terem influência, seja através da elaboração de leis ou normas ou pelo surgimento de certos acontecimentos que possam afetar, por exemplo, as condições socioeconómicas. Como abordado anteriormente, um nível socioeconómico baixo agrava o risco de maus-tratos infantis. Desta forma, uma mudança nas políticas económicas que constitua uma desvantagem para as famílias induz maior dificuldade na obtenção de recursos, e consequentemente, provoca *stress* e leva à ocorrência de mais conflitos no meio familiar, o que pode exacerbar o número de casos (5,21).

Outra das questões que se pensa ter relevância é a desigualdade de género que se vive no contexto sociocultural onde a família se insere, causando variação na forma como os papéis de género são percebidos. Consequentemente, surgem disparidades entre homens e mulheres a vários níveis, por exemplo, educacional ou laboral, tendo-se observado um número superior de situações de negligência e maus-tratos físicos nas sociedades onde predomina este tipo de discriminação e a mulher se encontra numa posição de desvantagem. Desta forma, considera-se vantajoso que esta esteja inserida em sociedades onde tenha maior acesso à educação e à possibilidade de desenvolvimento pessoal (5,25).

Em associação com o anterior, observou-se ainda uma correlação entre a existência de desigualdade de género e o recurso à violência no meio familiar. Neste sentido, verificou-se que nas culturas onde a utilização de violência é aceite como uma forma de castigo existe um risco superior de abuso infantil (25).

Outra condição proposta como tendo um papel influente na evolução da sociedade é o nível educacional, não apenas no caso da mulher, como abordado anteriormente, mas de toda a população. Este fator é sugerido devido a evidências que demonstram que existe um maior número de incidentes nas sociedades que apresentam um grau inferior de literacia. Por forma a explicar isto, sugere-se que um grau educacional superior permite aos cidadãos terem mais acesso a informação e, portanto, terem um papel social mais ativo e estarem mais capacitados para a utilização de recursos que os beneficiem (25).

Atualmente, um dos exemplos de como a criação de leis e normas afeta a vida de crianças e adolescentes surgiu durante a pandemia por COVID-19. Durante este período, a elaboração de leis que visavam o controlo da transmissão da infeção e que, para tal, restringiam as interações sociais, conduziram a um maior período de permanência em casa, aumentando o tempo de contacto entre o menor e a pessoa agressora (26).

Capítulo 4

Abordagem à Vítima

4.1 O Papel dos Profissionais

Um dos primeiros passos para o diagnóstico de situações de maus-tratos infantis é o surgimento da suspeita e, conseqüentemente, a sua denúncia. Neste sentido, e tendo em consideração as comunicações referentes a situações de perigo realizadas durante o ano de 2022 em Portugal, constata-se que existe uma vasta gama de entidades profissionais que podem denunciar casos suspeitos, desde as forças de segurança, os estabelecimentos de ensino ou as instituições de saúde até às denúncias realizadas pelo próprio (3).

Neste âmbito, constata-se que um dos grupos profissionais que apresenta um papel crucial na deteção de situações de maus-tratos infantis são os profissionais de saúde. Este facto é decorrente da necessidade das crianças ou adolescentes recorrerem ao serviço de urgência pela gravidade das lesões infligidas após determinados tipos de abuso. Além da avaliação inicial da vítima, no caso de surgimento de suspeita de maus-tratos, é realizada uma avaliação médica mais detalhada e orientada para o tipo de abuso aparente por uma equipa multidisciplinar, destacando-se assim a importância dos profissionais de saúde no reconhecimento precoce deste tipo de situações (27).

Por outro lado, nos casos emergentes, os cuidados prestados à vítima têm início antes da chegada ao serviço de saúde, os quais ficam ao encargo de técnicos de emergência pré-hospitalar. O facto dos técnicos se deslocarem ao local do incidente permite que estes possam ter conhecimento de informações relevantes para a análise dos casos. Com esta deslocação, estes poderão avaliar vários aspetos do contexto onde a situação ocorreu, por exemplo, as condições habitacionais ou a existência de uma dinâmica familiar disfuncional. As informações obtidas devem posteriormente ser comunicadas às equipas hospitalares por forma a ajudar na orientação da abordagem à vítima (28).

Tendo em conta estes aspetos, é possível verificar que as entidades prestadoras de cuidados de saúde têm um papel bastante relevante no âmbito da presente temática. No entanto, torna-se também crucial envolver outras áreas laborais. Enquanto os profissionais de saúde se debruçam maioritariamente sobre os fatores clínicos, por outro lado, profissionais da área da Justiça, forças policiais e assistentes sociais orientam a sua atenção para o contexto familiar e as circunstâncias do sucedido. Como tal, compreende-se que é fundamental interligar todas as informações obtidas pelas várias áreas, por forma a aprimorar a investigação destes casos e dar continuidade ao processo judicial, atentando sempre na proteção do menor (27,29).

Adicionalmente, e tendo em consideração o contexto social onde as crianças e os adolescentes se inserem, considera-se que também os estabelecimentos de ensino têm um elevado

impacto no número de denúncias realizadas. Uma das razões apontadas para este facto é a presença regular e diária dos educadores na vida dos menores, sendo possível estarem mais despertos para sinais de alarme. Além disso, a possibilidade de os professores construírem uma relação interpessoal consistente com os alunos, permite um sentimento de maior segurança para que estes denunciem caso estejam a ser vítimas deste tipo de situações. Deste modo, é possível destacar que também os profissionais das instituições de ensino têm uma influência crucial na deteção desta problemática (30).

Apesar da existência de vários grupos de profissionais cuja capacidade de reconhecimento de situações de maus-tratos é crucial na proteção das crianças e adolescentes, é importante considerar que a perceção destes é notavelmente influenciada pelo contexto sociocultural. Assim, certos comportamentos podem ser vistos como aceitáveis em determinadas culturas, e intoleráveis em outras. Isto induz o surgimento de disparidades na forma como os casos são percecionados, quer entre o profissional e a família em questão, quer entre os diferentes grupos profissionais e, conseqüentemente, origina variações na taxa de denúncias realizadas (30,31).

Dado o âmbito da presente dissertação, os subcapítulos seguintes terão maior enfoque na abordagem realizada pelos profissionais de saúde, destacando como é realizada e quais as principais limitações e possíveis soluções subjacentes a estas.

4.2 Avaliação Clínica e Diagnóstico

4.2.1 História Clínica

Com o surgimento de uma suspeita ou denúncia de uma possível situação de maus-tratos infantis, torna-se fulcral realizar a avaliação clínica da criança ou adolescente. Neste sentido, considera-se imprescindível atentar em diversas informações, desde a história relatada pelo cuidador e pela vítima e os achados encontrados durante o exame objetivo ou nos MCDT, até outras questões que se revelem importantes ao longo da avaliação (26).

Deste modo, perante um menor que se suspeite ser vítima de maus-tratos, um dos primeiros procedimentos a efetuar consiste na obtenção da história clínica. Esta deve ser realizada de forma minuciosa, atentando em quais os sintomas apresentados e qual a origem das lesões, caso estejam presentes. Além disso, é necessário enquadrar os sintomas e sinais nas circunstâncias relatadas, verificando se estes vão de encontro aos factos descritos, e se são concordantes com o nível de desenvolvimento da criança (13).

De igual forma, é fundamental que sejam obtidas outras informações para compreender o contexto em que o menor se insere. Para isso, é importante explorar questões como os antecedentes pessoais e familiares de relevo, ou a existência de fatores na vida deste que aumentem a suspeita da ocorrência de abuso, como histórico de idas frequentes ao serviço de urgência ou fatores de *stress* dentro do meio familiar (26).

Relativamente ao processo de obtenção da história, esta deve iniciar-se junto do cuidador e, de seguida, da vítima, caso já tenha capacidade para verbalizar o sucedido. Nas situações em que o menor consiga relatar o incidente sem dificuldades, a entrevista clínica deve ser realizada de forma individual. Caso isto não seja possível, os cuidadores devem ser instruídos para que não respondam às questões dirigidas à criança ou ao adolescente (26).

Perante o cuidado que se deve ter na abordagem, é necessário ter vários pontos em atenção. A entrevista deve ser adaptada ao contexto e nível de desenvolvimento da criança ou adolescente, realizando-se perguntas de resposta aberta, por forma a dar abertura para relatar o sucedido, e evitando a existência de coação ou questões que induzam o menor a responder consoante o que se pretende ouvir e não o que na verdade ocorreu (17).

Durante a entrevista, é ainda necessário ter em atenção a existência de fatores que sejam considerados sinais de alarme, como o facto de as circunstâncias relatadas serem incompatíveis com os sinais que a vítima apresenta, ter existido um atraso no recurso aos cuidados de saúde, e a ocorrência de variações no relato do cuidador ao longo da avaliação clínica ou entre diferentes cuidadores (13,32).

No caso da criança ou adolescente que recorre aos serviços de saúde após um longo período depois da situação que motivou a sua ida, é crucial perceber qual a razão para o atraso na procura de cuidados. A explicação para isto pode ter origem em diversos aspetos, desde dificuldades socioeconómicas da família, limitando o acesso aos serviços de saúde, até à ocorrência de negligência, o que é suspeitado quando os cuidadores não fornecem uma razão plausível para o sucedido (13).

Já no caso das inconsistências das narrativas, é importante ter em conta que a avaliação depende da perceção do profissional, uma vez que não estão definidos critérios objetivos para determinar quando as discrepâncias são motivo de suspeita (32). Com o objetivo de avaliar este facto, foi realizado um estudo por Lee *et al.* (32), no qual se recorreu a exemplos de histórias clínicas com disparidades em determinados pormenores, nomeadamente a altura da queda, em quando ocorreu o incidente, na localização e o relato inicial do acidente. Após a análise dos resultados, verificou-se que existia uma maior propensão para suspeitar de um caso quando existiam diferenças relacionadas com a altura da queda ou com o momento em que ocorreu o sucedido, sendo mais acentuada quando se constatava um atraso no recurso aos cuidados de saúde.

Por outro lado, é possível constatar que o facto de os cuidadores mentirem inicialmente e, apenas mais tarde, relatarem a história coerente com o incidente ocorrido demonstrou uma redução na suspeita. Isto porque se considera que, em certos casos acidentais, os cuidadores poderão ter receio de serem acusados de não supervisionar adequadamente o menor, sentindo-se responsáveis pelo acidente (32). Além disso, é necessário considerar que algumas das diferenças no relato podem ser decorrentes do *stress* que o sucedido gera nos cuidadores, sendo fundamental

distinguir daquelas que efetivamente apresentam razões para fazer suspeitar de um caso de maus-tratos infantis (13).

4.2.2 Exame Objetivo

Após a obtenção da história clínica, considera-se fundamental a realização de um exame objetivo, no qual se examinam os sinais físicos evidenciados pela vítima. Neste âmbito, destacam-se maioritariamente as marcas cutâneas, as quais podem surgir sob a forma de hematomas, sendo estas as mais prevalentes, queimaduras, marcas de mordeduras, entre outros exemplos (26).

Perante a evidência de marcas no menor, e tal como explicado anteriormente, é importante que se estabeleça a relação entre as circunstâncias relatadas e a respetiva localização das lesões com o grau de desenvolvimento da criança. Importa reforçar que naquelas que ainda não apresentam mobilidade, o surgimento de qualquer hematoma sem explicação razoável deve sempre conduzir à suspeita de abuso (16). Adicionalmente, deve suspeitar-se nas situações em que surgem diversas marcas cutâneas, principalmente se estas forem avaliadas como estando em fases diferentes de cicatrização e, portanto, sugerindo uma repetição da formação de lesões e nunca esquecer a possível presença de lesões sentinela (15,26).

De forma a facilitar o reconhecimento de lesões suspeitas, foi criada a mnemónica TEN-4-FACES-P. Esta ajuda a relembrar as situações em que os profissionais devem suspeitar de abuso físico, principalmente em crianças com idade inferior a 4 anos. Assim, a suspeição surge quando se detetam lesões no tronco (*Torso*), orelha (*Ear*), pescoço (*Neck*), frénulo da língua (*Frenulum*), região auricular (*Auricular area*), ângulo mandibular (*Angle of the jaw*), bochecha (*Cheek*), pálpebras (*Eyelid*) e esclera (*Sclera*), ou que apresentem um padrão (*Patterned*). Além disso, deve-se suspeitar da presença de lesões em qualquer localização numa criança com idade inferior a 4 meses (16).

Além das marcas cutâneas, é crucial que os profissionais estejam consciencializados para o facto de o abuso poder ter várias formas de apresentação. Como tal, as lesões físicas poderão não ser imediatamente sugestivas de uma situação de abuso ao apresentar-se na forma de fraturas, lesões de órgão ou politraumatismo, o que irá fazer ponderar a ocorrência de um acidente. Perante isto, reforça-se novamente a ideia da importância de atentar nas circunstâncias relatadas durante a obtenção da história clínica (14).

Por fim, ainda dentro dos procedimentos da avaliação física, considera-se importante realizar o registo fotográfico das lesões presentes, permitindo a sua posterior utilização como evidência no processo judicial, e como referência caso se reavalie novamente o menor ou seja necessária a opinião de outro especialista. Adicionalmente, o médico deve utilizar um diagrama para assinalar a localização e descrever o tipo de lesões encontradas na criança ou adolescente, o que tem uma importância vital, principalmente nos casos em que um adequado registo fotográfico não tenha sido possível (16).

De forma a complementar as informações obtidas no exame objetivo, torna-se igualmente importante recorrer ao uso de MCDT. Estes exames permitem não só realizar uma avaliação mais detalhada dos sinais detetados, como verificar a presença de lesões ocultas, as quais poderão ter elevada especificidade para situações de abuso. Um dos exemplos são as fraturas metafisárias, as quais são produzidas por forças de torção ou tração, que dificilmente ocorrem num cenário acidental, e que apenas são determinadas através dos meios imagiológicos (15).

Deste modo, perante um menor que se suspeite ter sido vítima de maus-tratos, considera-se fundamental a realização de vários exames, desde análises clínicas até uma avaliação radiológica completa. Além disso, devem ainda ser realizados exames mais específicos consoante os sinais e sintomas apresentados, por exemplo a realização de uma tomografia computadorizada craniana na suspeita de traumatismo craniano. Assim, ao associar a história clínica aos achados no exame objetivo e o seu estudo mais detalhado, torna-se possível uma melhor compreensão do caso e uma melhor atuação por parte do profissional de saúde (1).

4.3 Barreiras ao Diagnóstico

4.3.1 Limitações no Reconhecimento

Apesar dos maus-tratos infantis terem uma prevalência significativa a nível global e induzirem inúmeros efeitos nefastos nas vítimas, o diagnóstico destes casos é pautado por uma elevada complexidade. Perante um caso suspeito, os profissionais de saúde deverão, primeiramente, fazer o seu correto reconhecimento e, de seguida, proceder à denúncia deste. Contudo, aspetos como a escassez de critérios específicos ou a ausência de sinais físicos característicos, são alguns dos exemplos de fatores que contribuem para que uma elevada percentagem de situações permaneça indetetável (1,7,28).

No âmbito do reconhecimento, constata-se que uma das principais limitações referidas, quer a nível hospitalar, quer pré-hospitalar, é o facto do grau de conhecimento acerca desta temática ser insuficiente para realizarem uma deteção adequada, gerando incerteza acerca do diagnóstico (8,28).

Por forma a compreender melhor este aspeto, Mandadi *et al.* (8), realizou um estudo para compreender qual o grau de preparação de médicos ao nível da emergência pediátrica para o correto diagnóstico de maus-tratos infantis. Para isso, aplicou um questionário aos profissionais de saúde no qual avaliava diversos aspetos, desde o grau de confiança que estes pensavam ter na gestão destes processos até às limitações que enfrentavam. Após a análise das respostas, constatou-se que existia um grau de conhecimento superior para a deteção de abusos físicos, ao contrário dos casos de negligência, onde foi evidenciado um nível inferior, apesar deste ser o tipo de maus-tratos mais prevalente. Adicionalmente, observou-se ainda que o grau de confiança dos médicos era superior naqueles que apresentavam mais de 10 anos de atividade na área.

Como forma de fundamentar as falhas no reconhecimento, os profissionais de saúde referiram vários aspetos que consideraram limitantes na sua atuação médica, dos quais se destacam a existência de lacunas na formação nesta área, que originam a incerteza no diagnóstico e a ausência de critérios objetivos, o que se torna mais notório nos casos de negligência (8).

A existência destes problemas coloca em causa a forma como os casos de maus-tratos infantis são reconhecidos e como devem ser geridos, tornando-se crucial encontrar soluções que permitam a melhoria destas questões. Considerando que um dos principais fatores apontados é um grau de conhecimento insuficiente, importa compreender em que fase da formação médica é que este problema tem origem, se na formação académica ou já durante a carreira médica (4).

Neste sentido, um estudo realizado por Lupariello *et al.* (4), procurou averiguar se estas limitações teriam início ainda durante a frequência do curso. Para tal, foi aplicado um questionário a estudantes de Medicina que frequentavam o último ano curricular, no qual eram interrogados diversos aspetos relacionados com achados considerados suspeitos. Após a análise dos resultados, observou-se que a maioria dos estudantes tinha um conhecimento precário nesta área, inclusive os que tinham maior acesso a formações na área de pediatria. Deste modo, foi possível depreender que as lacunas existentes na formação dos profissionais já se encontram presentes durante a formação académica, o que pode culminar em erros importantes durante a vida profissional futura.

Perante esta questão, e dada a importância que o grau de conhecimento tem na deteção, é fundamental que a formação dos profissionais seja promovida de forma mais ativa, devendo iniciar-se nas escolas médicas. Desta forma, é sugerido que estas averiguem a origem das falhas formativas e, caso seja necessário, reformulem ou adicionem programas educativos que capacitem melhor os estudantes nesta área (4). Adicionalmente, este processo de formação deve estar presente ao longo de toda a vida profissional, não sendo apenas restrito à fase académica. Portanto, torna-se crucial a fomentação de programas de treino contínuos, onde poderão ser incluídas simulações de casos, devendo ter em especial atenção as áreas nas quais o conhecimento é mais limitado, como a negligência ou o abuso sexual (8).

Por forma a demonstrar o efeito que o treino tem no reconhecimento de maus-tratos infantis, um estudo realizado por Durmaz *et al.* (33), pretendeu avaliar as diferenças no conhecimento dos profissionais de várias áreas hospitalares, através do preenchimento de uma escala relativa a fatores relacionados com abuso infantil, antes e após receberem uma formação nesta área. A interpretação dos resultados demonstrou que a capacidade de reconhecimento depois do treino era superior no grupo de participantes, o que foi de encontro às conclusões obtidas em outros estudos. Deste modo, é possível deduzir o impacto positivo que a formação tem na atuação dos profissionais de saúde, o que evidencia a necessidade de implementação de programas de treino ao longo de todo o currículo médico.

Ainda na fase do reconhecimento, outra das limitações referidas está relacionada com a inexistência de ferramentas de *screening* que possam ser utilizadas por todos os estabelecimentos de saúde de modo uniforme. Atualmente, é possível encontrar diversas *guidelines* que procuram auxiliar os profissionais no sentido de alertar para os sinais de alarme que poderão estar presentes no menor que se dirige ao estabelecimento de saúde. Contudo, estas tornam-se insuficientes para realizar uma prática clínica eficiente, reforçando a necessidade de criar ferramentas de *screening* que permitissem efetuar uma avaliação inicial de forma simplificada, rápida e com elevada sensibilidade e especificidade (27).

Neste âmbito, um estudo realizado por Offidani *et al.* (27), demonstrou o benefício da utilização de uma ferramenta de *screening* no serviço de urgência de um hospital pediátrico em Itália. Os indicadores selecionados foram divididos em fatores relacionados com a história clínica, sinais de negligência ou achados sugestivos de maus-tratos no exame objetivo, sendo avaliados em todas as crianças que recorriam a este hospital. Nos casos em que se detetasse um ou mais indicadores positivos, o menor era avaliado por uma equipa multidisciplinar de acordo com o tipo de abuso presumido. Após a obtenção dos resultados, comprovou-se que o uso dos indicadores de *screening* conduziram a um aumento significativo na identificação de casos de maus-tratos infantis, demonstrando que a sua implementação constituiria uma vantagem neste âmbito.

No entanto, surgem ainda variadas questões sobre qual a ferramenta de *screening* mais adequada, o que impulsionou o desenvolvimento de vários protocolos e questionários como, por exemplo, o *Escape*, que pretende determinar quais os menores em risco de sofrerem maus-tratos, ou o *SPUTOVAMO-R*, cujo foco é a deteção de sinais de abuso físico em casos suspeitos. Porém, apesar da elaboração de vários métodos de *screening*, a realização de estudos sobre a respetiva utilização na prática clínica demonstrou a existência de limitações que colocam em causa a aplicabilidade dos questionários a nível global (34).

Deste modo, e apesar de várias ferramentas de *screening* serem estudadas, permanece a ausência de um protocolo concreto e que possa ser utilizado de forma comum a uma escala global, tornando-se uma dificuldade durante a abordagem à vítima (27).

4.3.2 Limitações à Realização da Denúncia

Seguidamente à deteção de um caso suspeito de abuso infantil, é expectável que os profissionais de saúde realizem a denúncia para que este seja investigado e sejam tomadas as medidas adequadas no sentido de proteger a criança ou adolescente. Contudo, também nesta fase estão presentes numerosas dificuldades na atuação do profissional de saúde, limitando a realização da denúncia. Consequentemente, mesmo após um adequado reconhecimento de um caso de maus-tratos, a criança ou adolescente pode permanecer na mesma situação de perigo, uma vez que a situação não é referenciada às entidades responsáveis pela sua proteção (31).

Nesta fase, uma das barreiras referidas pelos profissionais centra-se nas lacunas no conhecimento que estes apresentam acerca da legislação e, conseqüentemente, da forma como decorrem estes procedimentos. Este fator leva a que as denúncias não sejam concretizadas, quer pelo desconhecimento sobre os aspetos práticos de como proceder, quer pelo receio de enfrentar dificuldades no âmbito judicial ao longo do processo (33).

Tendo em consideração as falhas referidas ao nível da compreensão sobre a legislação, e indo de encontro ao referido no subcapítulo anterior, reforça-se a importância da existência de formações no currículo médico. Estas devem abranger, não só as questões relativas à avaliação médica, mas também os aspetos na área do Direito e da forma como os processos de denúncia devem ser efetuados. Desta forma, é expectável um aumento do nível de confiança dos profissionais para referenciar as situações suspeitas, tal como para o realizarem de forma mais eficiente, contribuindo para uma maior celeridade e eficácia do processo (8).

Outra limitação que surge, e que está intrinsecamente ligada com a fase do reconhecimento, é a incerteza do diagnóstico. Uma das razões para esta relutância é devido ao receio que os profissionais apresentam de referenciar um caso suspeito que, posteriormente, não se verifique ser concordante com maus-tratos. Isto porque consideram que possam ser induzidas conseqüências negativas para a criança ou adolescente que acabem por ser mais nefastas do que não realizando a denúncia, como a separação da família. Esta barreira pode ainda estar exacerbada nos casos encontrados no contexto da Medicina Geral e Familiar, onde há uma relação de maior proximidade com a família e, portanto, uma carga emocional superior a tornar a decisão (31,33).

Além disso, estas questões estão também dependentes da perceção dos profissionais, sendo que o contexto sociocultural apresenta um papel fundamental. Esta influência advém da diferença de entendimento acerca do que é considerado ou não uma forma de abuso, afetando a avaliação da vítima. Enquanto o médico pode perceber uma situação concordante com maus-tratos, isto pode não acontecer por parte da comunidade onde se insere, ou vice-versa, contribuindo para a realização de referenciações inadequadas. Como tal, é essencial que os profissionais compreendam os aspetos socioculturais do local onde exercem a sua profissão, e as diferenças face às suas próprias crenças, procedendo a uma avaliação minuciosa e global de cada caso, sempre de acordo com as suas responsabilidades e de forma a proteger adequadamente a vítima (31).

Face aos fatores mencionados nos parágrafos anteriores, constata-se que a colaboração com equipas multidisciplinares, onde se inserem assistentes sociais, constituiria uma vantagem neste âmbito. Isto permitiria que os médicos discutissem o caso com profissionais que teriam outra perspectiva dentro desta área e, para além de poderem compreender melhor de que forma a situação se enquadra no contexto sociocultural, poderiam ter mais apoio para a realização dos procedimentos necessários à denúncia. No entanto, o número insuficiente de assistentes sociais disponíveis para esta colaboração multidisciplinar tem constituído uma limitação (8,31).

Apesar dos exemplos referidos acima, é compreensível que existe ainda um vasto leque de outras problemáticas com que os profissionais de saúde se deparam ao longo da vida profissional, afetando cada um de forma distinta. Desde o medo de sofrerem represálias por parte da família, o qual está mais patente nos casos em que o médico é próximo do agregado familiar, até à descrença de que a família possa induzir maus-tratos no menor, todos são aspetos nos quais é preciso atentar (31).

Deste modo, é necessário procurar soluções que ajudem os profissionais de saúde a sentirem-se mais confiantes para realizar a denúncia e, conseqüentemente, proteger as crianças e os adolescentes em risco. Além disso, é importante que os profissionais compreendam que o facto de existir uma suspeita por si só e, portanto, algum grau de incerteza, deve ser o suficiente para referenciar a situação, a qual é posteriormente sujeita a uma investigação adequada (8).

Por último, mas não menos importante, a comunicação com o médico não deve terminar após este realizar o processo de denúncia. Nesta questão, considera-se que a obtenção de *feedback* acerca dos procedimentos realizados anteriormente, e sobre qual o desfecho do processo, contribui para melhorar a predisposição dos profissionais para a realização de denúncias futuras. Isto é possível pelo facto de estes terem assim maior compreensão dos pontos que deverão melhorar nos casos com que se irão deparar posteriormente (8).

Capítulo 5

O Impacto da Pandemia por COVID-19

A pandemia por COVID-19 constitui um marco importante no contexto atual da sociedade, tendo obrigado à tomada de decisões e implementação de medidas que afetaram de forma dramática a vivência da sociedade. Neste sentido, também a pandemia teve um papel influenciador no âmbito dos maus-tratos infantis, uma vez que foram criadas medidas de isolamento, que obrigavam a que vítimas de abuso permanecessem mais tempo em casa, junto dos agressores (26).

Dada a relevância desta temática, têm sido realizados vários estudos que procuram compreender qual a influência da pandemia no número de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um dos estudos realizados neste âmbito, efetuado por Collings *et al.* (35), teve como objetivo avaliar o número de registos de crianças e adolescentes que recorreram aos estabelecimentos de saúde por motivo de trauma. Este comparou os registos entre os meses de março e setembro de 2020 e os dados no mesmo período referentes aos anos de 2016 a 2019. A análise dos resultados indicou um número superior de casos de maus-tratos infantis durante os meses do período pandémico, constatando-se uma maior frequência em faixas etárias superiores. Uma das razões apontadas como explicação para esta variação é o encerramento das escolas, as quais seriam um fator protetor no quotidiano da criança antes das medidas instituídas pelos governos.

Da mesma forma, um estudo realizado por Sharma *et al.* (36) pretendeu avaliar as variações na taxa de lesões sentinela detetadas e nas denúncias realizadas durante os meses de março a julho entre os anos de 2017 a 2020. Semelhantemente ao estudo anterior, observou-se um número superior de casos referenciados no ano 2020, verificando-se um aumento de situações de abuso psicológico e negligência, e uma redução nos casos de abusos sexual e físico. Já as lesões sentinela apenas apresentavam um aumento considerado significativo quando a comparação era feita entre os meses de junho dos diferentes anos.

Por outro lado, um estudo realizado por Chaiyachati *et al.* (37), no qual comparava os períodos entre janeiro de 2018 e março de 2020, o qual considerou como pré-pandémico, e abril de 2020 e março de 2021, categorizado como pandémico, demonstrou resultados diferentes dos estudos mencionados nos parágrafos anteriores. Neste, observou-se uma redução do número de casos identificados como maus-tratos infantis. Contudo, constatou-se que as situações consideradas de elevado grau de gravidade se mantiveram na mesma proporção, enquanto as de grau baixo reduziram. Estas variabilidades podem ser explicadas quer do ponto de vista de uma redução de casos de abuso infantil, quer por um aumento destes. Se por um lado, o facto das crianças e adolescentes estarem mais tempo em casa com mais cuidadores pode contribuir para a prevenção deste tipo de situações, por outro, pode existir uma redução da procura de cuidados

nos casos de menor gravidade e, portanto, sugerir uma manutenção ou mesmo aumento do abuso infantil.

Em Portugal, de acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ de 2022, verificou-se a comunicação de 39.659 situações de perigo no ano de 2020, correspondendo a um número evidentemente inferior face aos anos de 2019 (43.242) e de 2021 (43.075). Esta redução do número de comunicações realizadas durante o ano de 2020 pode então ter resultado da influência do contexto pandémico vivenciado (3).

Dentro deste âmbito, e tal como tem sido evidenciado ao longo da presente dissertação, é evidente a importância do contexto social na vida das crianças ou jovens. Desta forma, com o aparecimento da pandemia COVID-19, surgiram também novos desafios para as famílias ao nível de dificuldades socioeconómicas devido às medidas de restrição implementadas. Estas contribuíram, não só para mais conflitos intrafamiliares devido ao aumento de fatores de *stress*, como para um maior isolamento social. Isto torna possível a compreensão de que o menor tenha menos oportunidades para contactar com outras pessoas fora do contexto familiar, ou no acesso aos cuidados de saúde, exacerbando o risco de ocorrência de situações de abuso ou negligência que não serão diagnosticadas (36,37).

Capítulo 6

Conclusões e Perspetivas Futuras

Ao longo da vida, todas as crianças e adolescentes são confrontados com fatores que vão influenciar o seu crescimento. Estes podem surgir de forma positiva e ter um efeito benéfico no seu desenvolvimento ou, pelo contrário, gerar consequências prejudiciais ao menor. Um destes fatores pode ser a ocorrência de maus-tratos infantis, os quais se destacam negativamente como uma problemática à escala global, que causa traumas profundos nas vítimas. Tendo isto em consideração, é facilmente compreensível a necessidade de implementar medidas de proteção para os menores e, para tal, é necessário ter vários pontos em consideração.

Primeiramente, importa reforçar que os maus-tratos infantis podem surgir sob diversas formas, originando uma grande diversidade de sinais e sintomas. Enquanto no abuso físico podem estar presentes lesões físicas, por exemplo, hematomas, no caso do psicológico, estas estarão ausentes, o que salienta ainda mais a importância da obtenção de uma história clínica detalhada. Outro ponto fulcral é que a avaliação da vítima não deve ser cingida unicamente ao evento ocorrido, abordando igualmente questões como o contexto interpessoal, cultural e social onde o menor está integrado. Isto porque, como detalhado anteriormente, todos os fatores terão um maior ou menor impacto no risco de ocorrência de abuso.

Um dos fatores facilmente identificado na atualidade é a pandemia COVID-19, a qual tem sido estudada, para compreender de que forma o seu surgimento se refletiu no número de casos de negligência e/ou abuso. Contudo, têm sido constatadas algumas disparidades nos resultados obtidos, o que indica a necessidade de realização de mais estudos no futuro.

Dada a vasta quantidade de fatores que podem influenciar este tipo de situações, é perceptível a importância da análise da sua presença na vida da criança ou do jovem, os quais podem indicar uma suspeita ou ajudar no reconhecimento de um destes casos e, conseqüentemente, contribuir para uma maior proteção da vítima.

No entanto, apesar do reconhecimento dos maus-tratos infantis como um problema global cujos efeitos são imensamente prejudiciais, considera-se que o número de casos diagnosticados pelos profissionais de saúde é inferior aos que na realidade sucedem. Como abordado ao longo da dissertação, pensa-se que o facto de a realização dos diagnósticos ser reduzida se deve às limitações sentidas pelos profissionais de saúde.

As barreiras ao diagnóstico podem surgir no âmbito do reconhecimento ou da denúncia e, comparando as duas fases, verificam-se semelhanças entre algumas das limitações que se destacam. Uma das questões prementes é a ausência de conhecimento suficiente nesta área, o que se reflete tanto ao nível do reconhecimento, surgindo lacunas na identificação de sinais e sintomas

sugestivos de abuso infantil, como da denúncia, por falta de informação acerca da legislação e sobre como proceder nestes casos. Adicionalmente, o facto de as equipas multidisciplinares serem insuficientes impossibilita a discussão destas questões com profissionais de outras áreas laborais, levando a que o profissional de saúde permaneça na incerteza, o que reduz a probabilidade de este realizar a referenciação do caso às entidades competentes.

Perante estas limitações, torna-se urgente a implementação futura de formações ao longo do currículo médico com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre como atuar perante esta problemática. Além disso, e indo de encontro a outra das barreiras referenciadas, a criação de uma ferramenta de *screening* que possa ser utilizada de forma universal seria igualmente considerada uma mais-valia, pois permitiria a realização de uma avaliação orientada e eficiente nos serviços de saúde.

Em suma, conclui-se que os maus-tratos infantis são uma temática pautada por uma elevada complexidade, desde as formas de apresentação até aos inúmeros fatores de influência, o que torna a realização do diagnóstico uma tarefa intrincada para os profissionais de saúde. Neste sentido, é crucial que estes consigam adquirir um maior grau de conhecimento nesta área, permitindo-lhes melhorar as respetivas competências para gerir estes casos. Deste modo, será possível cumprir os objetivos de proteger todas as vítimas que lutam no presente, ajudar as que ainda lutam com as marcas do passado e prevenir as que se encontrarão em risco no futuro.

Referências Bibliográficas

1. Guerrero Resendiz DA, Chavarría MTG, López VO, Rodríguez MC, Guillén MV, González HM. Description of the initial approach to patients with suspected child abuse in the emergency department of a pediatric hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2022 Apr 1;79(2):106–14.
2. Gordon JB. The importance of child abuse and neglect in adult medicine. *Pharmacol Biochem Behav.* 2021 Dec 1;211.
3. CNPDPCJ. Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ 2022. 2023.
4. Lupariello F, Capello F, Grossi V, Bonci C, Di Vella G. Child abuse and neglect: Are future medical doctors prepared? *Leg Med.* 2022 Sep 1;58.
5. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: a review. *Curr Epidemiol Rep.* 2020 Dec 7;7(4):334–42.
6. Hoedeman F, Puiman PJ, Smits AW, Dekker MI, Diderich-Lolkesde Beer H, Laribi S, et al. Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? *PLoS One.* 2021 Feb 1;16(2).
7. Jackson AM, Kissoon N, Greene C. Aspects of abuse: Recognizing and responding to child maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015 Mar;45(3):58–70.
8. Mandadi AR, Dully K, Brailsford J, Wylie T, Morrissey TK, Hendry P, et al. A national survey of pediatric emergency medicine physicians on improving education in child maltreatment recognition and reporting child abuse & neglect. *Child Abuse Negl.* 2021 Dec 1;122.
9. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GS de O, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce? *Cien Saude Colet.* 2019 Jul 22;24(7):2609–16.
10. Stirling J. Understanding medical neglect: when needed care is delayed or refused. *J Child Adolesc Trauma.* 2020 Sep 1;13(3):271–6.
11. Ogle CM, Miller TL, Fisher JE, Zhou J, Cozza SJ. Latent classes of child neglect types and associated characteristics. *Child Abuse Negl.* 2022 Dec 1;134.
12. Herrero-Roldán S, León I, Hernández-Cabrera JA, Rodrigo MJ. Improving early diagnosis of child neglect for a better response in healthcare settings. *Children.* 2021 Oct 1;8(10).
13. Alwan RM, Atigapramoj NS. Child maltreatment and neglect. *Emerg Med Clin North Am.* 2021 Aug 1;39(3):589–603.
14. Huerta CT, Perez EA, Quiroz H, Quinn K, Thorson CM, Hogan AR, et al. National burden of pediatric abusive injuries: patterns vary by age. *Pediatr Surg Int.* 2022 Mar 1;38(3):513–20.
15. Lee GS, Frasier LD, McCans KM. Auricular Hematoma: A Sentinel Injury in Child Abuse. *Clin Pediatr (Phila).* 2023 Feb;62(2):103–6.
16. Bentivegna K, Grant-Kels JM, Livingston N. Cutaneous manifestations of child abuse and neglect: Part I. *J Am Acad Dermatol.* 2022 Sep 1;87(3):503–16.

17. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult? *Eur J Pediatr*. 2018 Sep 1;177(9):1343–50.
18. DeJong M, Wilkinson S, Apostu C, Glaser D. Emotional abuse and neglect in a clinical setting: challenges for mental health professionals. *BJPsych Bull*. 2022 Oct;46(5):288–93.
19. Rochford HI, Zeiger KD, Peek-Asa C. State-level education policies: Opportunities for secondary prevention of child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2023 Feb 1;136.
20. Nowak CB. Recognition and prevention of child abuse in the child with disability. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2015 Dec 1;169(4):293–301.
21. Younas F, Gutman LM. Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma Violence Abuse*. 2022 Nov 3.
22. Simões A, Lopes S, Dixe MDA, Fernandes JB. Family risk factors that jeopardize child development: Scoping review. *J Pers Med*. 2022 Apr 1;12(4).
23. Fingarson AK, Pierce MC, Lorenz DJ, Kaczor K, Bennett B, Berger R, et al. Who’s watching the children? Caregiver features associated with physical child abuse versus accidental injury. *Journal of Pediatrics*. 2019 Sep 1;212:180–7.
24. Maguire-Jack K, Font SA. Community and Individual Risk Factors for Physical Child Abuse and Child Neglect: Variations by Poverty Status. *Child Maltreat*. 2017 Aug 1;22(3):215–26.
25. Klevens J, Ports KA, Austin C, Ludlow IJ, Hurd J. A cross-national exploration of societal-level factors associated with child physical abuse and neglect. *Glob Public Health*. 2018 Oct 3;13(10):1495–506.
26. Manan MR, Rahman S, Komer L, Manan H, Iftikhar S. A Multispecialty approach to the identification and diagnosis of nonaccidental trauma in children. *Cureus*. 2022 Jul 26; 14(7).
27. Offidani C, Villani A, Reale A, Marchili MR, Aufiero LR, Moras P, et al. Early recognition of child abuse through screening indicators at the emergency department: experience of a tertiary urban pediatric hospital. *Ital J Pediatr*. 2022 Dec 1;48(1).
28. Tiyyagura GK, Gawel M, Alphonso A, Koziel J, Bilodeau K, Bechtel K. Barriers and facilitators to recognition and reporting of child abuse by prehospital providers. *Prehospital Emergency Care*. 2017 Jan 2;21(1):46–53.
29. Cowley LE, Maguire S, Farewell DM, Quinn-Scoggins HD, Flynn MO, Kemp AM. Factors influencing child protection professionals’ decision-making and multidisciplinary collaboration in suspected abusive head trauma cases: A qualitative study. *Child Abuse Negl*. 2018 Aug 1;82:178–91.
30. Vanderfaeillie J, De Ruyck K, Galle J, Van Dooren E, Schotte C. The recognition of child abuse and the perceived need for intervention by school personnel of primary schools: Results of a vignette study on the influence of case, school personnel, and school characteristics. *Child Abuse Negl*. 2018 May 1;79:358–70.
31. İnanıcı SY, Çelik E, Hidroğlu S, Özdemir M, İnanıcı MA. Factors associated with physicians’ assessment and management of child abuse and neglect: A mixed method study. *J Forensic Leg Med*. 2020 Jul 1;73.
32. Lee GS, Lindberg DM, Frasier LD, Hymel KP. A changing history: When is it a red flag for child abuse? *Child Abuse Negl*. 2021 Jul 1;117.

33. Durmaz Y, Coban PT, Soylemez TE, Aktas H. Effectiveness of the training provided to healthcare professionals in turkey to recognise the symptoms and risks of child abuse and neglect. *Health Soc Care Community*. 2022 Sep;30(5):e1898–906.
34. Pavone V, Vescio A, Lucenti L, Amico M, Caldaci A, Pappalardo XG, et al. Diagnostic tools in the detection of physical child abuse: A systematic review. *Children*. 2022 Aug 20;9(8):1257.
35. Collings AT, Farazi M, Van Arendonk K, Fallat ME, Minneci PC, Sato TT, et al. Impact of “Stay-at-Home” orders on non-accidental Trauma: A multi-institutional study. *J Pediatr Surg*. 2022 Jun 1;57(6):1062–6.
36. Sharma S, Wong D, Schomberg J, Knudsen-Robbins C, Gibbs D, Berkowitz C, et al. COVID-19: Differences in sentinel injury and child abuse reporting during a pandemic. *Child Abuse Negl*. 2021 Jun 1;116.
37. Chaiyachati BH, Wood JN, Carter C, Lindberg DM, Chun TH, Cook LJ, et al. Emergency department child abuse evaluations during COVID-19: A multicenter study. *Pediatrics*. 2022 Jul;150(1).