

Marisa Andreia Pires dos Santos

A Intervenção do Serviço Social na Problemática dos Maus Tratos

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Marisa Andreia Pires dos Santos

A Intervenção do Serviço Social na Problemática dos Maus Tratos

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Título do trabalho: A Intervenção do Serviço Social na Problemática dos Maus Tratos

Autora – Marisa Andreia Pires dos Santos

Assinatura –

Projecto apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
licenciatura em Serviço Social.

Sumário

O presente trabalho debruça-se sobre a problemática dos maus tratos infantis: a violência contra crianças e jovens é uma realidade existente na nossa sociedade, causadora de graves danos a nível do desenvolvimento saudável do menor, podendo até levar à morte, tornando-se necessário que toda a comunidade opte por uma postura activa na intervenção da problemática dos maus tratos infantis e juvenis.

No presente trabalho, encontra-se abordado, de uma forma sintética, a evolução histórica do conceito de maus tratos a menores. Posteriormente, apresenta-se a definição actual desta problemática e as suas diferentes tipologias. Dado que os maus tratos são, por vezes, de difícil diagnóstico, encontram-se estipulados, nas diferentes tipologias dos maus tratos, os sinais e sintomas que podem sinalizar que a criança/jovem é vítima de violência. Após aprofundar o conhecimento sobre esta temática, o próximo passo visa fazer o enquadramento legal da protecção e da promoção dos direitos das crianças, com o qual se pretende dar resposta a cada situação de violência a menores, a fim de proporcionar e salvaguardar o interesse superior da criança/jovem e o seu bem-estar. Para tal, torna-se necessário analisar, diagnosticar, investigar, prever e intervir em cada situação, tendo sempre como lema “cada caso é um caso”.

Para melhor compreender a intervenção do Serviço Social nestas situações, são apresentados quatro casos de crianças institucionalizadas num Centro de Acolhimento Temporário. Importa referir que estes casos têm o mesmo motivo de acolhimento: a negligência; porém diferem na definição do Projecto de Vida de cada criança: Reinserção Familiar (Pais, Família Alargada) e Adopção (com e sem consentimento dos pais). Desta forma, é também possível abordar a questão do impacto da institucionalização na vida das crianças, ou seja, até que ponto a institucionalização contribui para o processo de resiliência da criança e na definição do seu Projecto de Vida.

Para a concretização dos objectivos estipulados para este estudo, no âmbito de uma metodologia qualitativa, utilizaram-se as seguintes técnicas:

→ Análise documental; → Pesquisa bibliográfica; → Realização de entrevista.

Índice Geral

Lista de Abreviaturas.....	8
Introdução.....	9
I - Evolução Histórica do Conceito de Mau Trato Infantil e Juvenil	13
II - Tipologia dos Maus Tratos Infantis e Juvenis	16
1 - Conceito de Mau Trato Infantil e Juvenil	16
1.1 - Maus Tratos Físicos	19
1.2 - Abuso Psicológico ou Emocional	21
1.3 – Negligência.....	25
1.4 - Abuso Sexual	26
1.5 - Síndrome de Munchausen por Procuração.....	32
1.6 - Síndrome da Criança Abanada.....	34
2. Avaliação do Contexto Sócio-familiar da Criança.....	35
2.1. Factores de Risco.....	38
2.2. Consequências dos Maus Tratos	40
2.3. Prevenção dos Maus Tratos.....	41
III - Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças	43
3.1. Medidas de Promoção dos Direitos e Protecção	47
IV - Estudo de Casos	51
4.1. Entrevista.....	52
4.1.1. Guião da Entrevista	53
4.2. Análise e Discussão de Conteúdo.....	55
Conclusão	65
Bibliografia.....	68

Índice de Imagens

Figura 1 – Modelo de Intervenção.....	44
---------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 – Actos de Abusos Sexuais Punidos por Lei	46
--	----

Índice de Anexos

Convenção sobre os Direitos das Crianças de 1990 (consultar DVD)	1
Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (consultar DVD).....	2
Sistema de Protecção Português	3
Esquema 1: Formas de Intervenção.....	4
Caso Prático: Família n.º 1	5
Caso Prático: Família n.º 2	6
Caso Prático: Família n.º 3.	7
Caso Prático: Família n.º 4.	8
História da Associação A Casa do Caminho	9
Entrevista	10

Lista de Abreviaturas

CNPCJR – Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

ECMIJ – Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

EMAT – Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISSS – Instituto de Solidariedade e Segurança Social

MP – Ministério Público

Introdução

O presente Projecto de Graduação, que tem como tema “A Intervenção do Serviço Social na Problemática dos Maus Tratos”, insere-se no âmbito do Seminário de Investigação em Serviço Social I e II da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo 2008/2009.

O interesse pela problemática dos maus tratos infantis começou desde a entrada na faculdade. Ter o conhecimento de que muitas crianças estão expostas a situações que dificultam o seu saudável desenvolvimento físico, emocional e psicológico, levou a querer saber mais para melhor prevenir e intervir nestas situações como futura profissional de Serviço Social.

Outro motivo da escolha do tema foi o facto de estar associado às famílias. As famílias são a base da comunidade, como tal, torna-se fundamental cooperar, apoiar e estimular cada família de modo a que esta possa superar as dificuldades em que se encontra.

Todas as crianças têm o direito de ser crianças, para tal é necessário que os seus responsáveis, na maior parte das vezes a sua família biológica, proporcionem o seu bem-estar. Os maus tratos infantis são um problema frequente nos nossos dias e podem ocorrer por agressão física, negligência, mau trato psicológico e emocional e abuso sexual, sendo estas situações muitas vezes de difícil diagnóstico.

A maior parte dos maus tratos surge num contexto de reprodução social, aparecendo em todos os grupos sociais, apesar de acontecer com maior frequência nas classes mais desfavorecidas, devido às carências económicas a que se associam, às más condições habitacionais, à ausência de instrução familiar e à promiscuidade e desorganização da vida profissional, social e/ou familiar.

Quando o seio familiar, onde a criança se encontra inserida, não lhe proporciona os cuidados necessários, é um dever de todos nós lutarmos para que as nossas crianças possam usufruir de um lugar específico para a infância, sem esquecermos que uma

infância feliz é meio caminho andado para uma adolescência saudável e uma idade adulta equilibrada.

O interesse superior da criança é o principal princípio orientador da intervenção do Estado, que deve promover a prevalência da família biológica ou alargada. Ao lado dos direitos das crianças colocam-se os direitos dos pais e da família, torna-se deste modo importante actuar com equilíbrio de forma a contextualizar as situações de modo a responder à pluralidade de direitos que se entrecruzam em cada situação.

Parafraseando a Organização das Nações Unidas (1999, p.21), sendo o Serviço Social uma “profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento”, esta temática encontra-se devidamente enquadrada no âmbito da profissão de Serviço Social. Uma vez que a intervenção do Serviço Social vai incidir na promoção de mudanças no seio familiar, a fim de proporcionar às crianças uma estrutura familiar capaz de responder adequadamente às suas necessidades para que possa ter um desenvolvimento saudável, importa ainda referir que se as famílias vão ter uma parte activa nela, é importante respeitar o seu ritmo, enfatizando as suas capacidades e realçando as mudanças ocorridas.

O princípio do superior interesse da criança é, sem dúvida, ter direito a viver numa família. A institucionalização é um bem para a criança quando carecida desse acolhimento, retirando-a de uma situação de perigo mais gravosa para a sua educação e formação. Porém, as crianças apenas devem permanecer num Centro de Acolhimento Temporário até que seja definido o seu Projecto de Vida, o qual deve em primeiro lugar passar pela sua entrega à família (pais ou família alargada); caso não seja possível, as crianças poderão ser encaminhadas para a adopção (com ou sem consentimento dos pais); quando esgotadas as hipóteses atrás mencionadas as crianças poderão ser institucionalizadas de uma forma permanente.

É fundamental para a criação de identidade das crianças uma figura de referência que lhes permita ajudar a construir a sua própria imagem. Para tal, é necessário que as relações sejam duradouras, contínuas e tenham sentido pessoal. Apesar de as

instituições de acolhimento tentarem assemelhar-se o melhor possível ao seio familiar, gerando relações de pertença, participação e identidade, nada substitui o poder crescer pertencendo a uma família. Dado isto, é de grande importância que os técnicos se centrem mais nos Projectos de Vida da criança, sendo o Plano de Intervenção constantemente avaliado, revisto e reajustado em função dessa avaliação.

Neste sentido, o objectivo geral do presente Projecto de Graduação visa compreender a intervenção nos casos de maus tratos a crianças e os objectivos específicos consistem em: aprofundar os conhecimentos sobre as diferentes tipologias de maus tratos e respectivo impacto no desenvolvimento psico-emocional da criança; identificar indicadores de risco e de protecção de maus tratos infantis; efectuar a avaliação do contexto sócio-famíliar da criança e aprofundar os conhecimentos relativamente ao enquadramento legal da protecção e da promoção dos direitos das crianças e dos jovens. Como tal, pode-se formular a seguinte pergunta de partida:

- Qual o contributo do Serviço Social na problemática dos maus tratos a menores?

O presente Projecto de Graduação é composto por quatro capítulos. No primeiro capítulo encontra-se exposta a mudança, ocorrida ao longo da história, em torno do conceito da infância e no conceito de mau trato a menores.

O segundo capítulo designa-se Tipologia dos Maus Tratos Infantis e Juvenis. Neste capítulo encontra-se abordado o conceito de maus tratos infantis e a sua tipologia, nomeadamente: mau trato físico, mau trato psicológico e emocional, negligência, abuso sexual, Síndrome de Munchausen por Procuração e, por fim, o Síndrome da Criança Abanada. Neste capítulo encontra-se também desenvolvida a avaliação do contexto sócio-famíliar da criança e as consequências que os maus tratos podem originar na vida das crianças.

O capítulo seguinte, terceiro, debruça-se sobre o enquadramento legal da protecção e da promoção dos direitos das crianças e das medidas de promoção e protecção a aplicar numa situação. Importa não esquecer que cada caso é um caso, sendo portanto essencial

analisar cada situação como sendo única de modo a que lhe seja aplicada uma medida adequada e eficaz.

No último capítulo, quarto, apresenta-se a Análise dos Processos, onde se procede à descrição, análise e discussão dos casos. Neste capítulo pretende-se abordar os tipos de encaminhamentos possíveis para definir o Projecto de Vida da Criança, e as formas de intervenção nos diferentes casos.

Por fim, apresenta-se a conclusão do presente Projecto de Graduação.

I - Evolução Histórica do Conceito de Mau Trato Infantil e Juvenil

Os relatos de comportamentos, que hoje estão definidos como mau trato, têm acompanhado as descrições desde a mais remota origem das civilizações. Conhecer as práticas e as ideias que apoiavam muitos actos socialmente aceites em determinadas épocas, em relação à infância, e que hoje nos parecem brutais, permite-nos perceber a evolução do conceito de mau trato infantil e juvenil (Magalhães, 2005).

Retrocedendo na história encontramos, desde os povos mais antigos, rituais de maus tratos que eram usados com bastante frequência:

Aristóteles defendia que os filhos, tal como os escravos, eram propriedade dos pais, logo, não deveria haver injustiça com a propriedade do próprio (Magalhães, 2005). Seguindo as ideias de De Mause (*cit. in* Azevedo e Maia, 2006, p.25):

“A história da infância é um pesadelo do qual só recentemente começamos a acordar. Quanto mais longe vamos na história, mais baixo e deficiente é o nível de cuidados para com a infância, maiores são as probabilidades de morte, abandono, espancamento e abuso sexual”.

Na Antiguidade, o infanticídio era uma prática habitual que perdurou nas culturas orientais e ocidentais até ao século IV, o qual se realizava por diversos motivos, tais como: eliminar filhos ilegítimos, deficientes ou prematuros; dar resposta a crenças religiosas; controlar a natalidade, entre outros. As práticas sexuais com crianças e adolescentes eram naturalmente aceites pela comunidade. A prostituição usando crianças praticava-se em Roma e Grécia antiga. No Antigo Egipto mantinha-se relações com as meninas até ao surgimento da menarca. Na Pérsia, China e Índia eram vendidas a prostíbulos (Magalhães, 2005).

Segundo Azevedo e Maia (2006) até ao século XVII, o conceito de infância era desconhecido. Não havia consciência, por parte da comunidade, de que a infância era um período da vida com particularidades próprias, onde decorria o processo de crescimento e maturação. As crianças eram castigadas de forma humilhante, como forma de se lhes dar educação. Quando não existia abandono físico, verificava-se um

despojo quase total de afectos. Apenas no século XVIII se começa a considerar a infância como uma faixa etária que necessita de mais atenção.

Durante os séculos XVII e XVIII são fecundadas as primeiras instituições próprias para o internamento de menores. Porém, este facto que *a priori* parece ser positivo, vem revelar-se um fracasso, uma vez que estes internamentos eram mais motivados pelo interesse da comunidade do que propriamente pelo interesse da criança. Acabando por a institucionalização ser considerada como uma forma de infanticídio a longo prazo (Azevedo e Maia, 2006).

De acordo com Azevedo e Maia (2006) durante a segunda metade do século XVIII, Jean Jacques Rousseau, precursor da psicologia infantil, declarou a criança como um ser com capacidades múltiplas, com valor próprio, digna de respeito e com direitos, sendo imprescindível conhecer as suas necessidades e preservar a sua liberdade natural e moral. A criança começou a ser olhada com algum respeito e considerada merecedora de cuidados especiais. Porém, Magalhães (2005) acrescenta que ainda neste século foi criada a Roda, em Igrejas, Misericórdias e outras instituições, onde se abandonavam os filhos ilegítimos que, na sua esmagadora maioria, acabavam por morrer.

Em 1874, o caso Mary Ellen nos Estados Unidos constituiu o primeiro reconhecimento oficial de um caso de maus tratos infantis. Com dez anos de idade Mary era severamente espancada pelos seus pais “adoptivos” e não existiam leis que salvaguardassem os direitos das crianças, o que impediu qualquer tipo de acção legal. Através da mediação com a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Animais, o caso foi apresentado em tribunal sob a alegação de que se os animais se encontram legalmente protegidos e Mary como humana pertencia ao reino animal, logo deveria ser-lhe dada protecção. Pela primeira vez, ditou-se uma sentença condenatória a pais por maus tratos a uma criança. Na sequência deste caso fundou-se nos Estados Unidos a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Crianças (American Humane, 2009).

Nos finais do século XIX verifica-se uma mudança na consciencialização dos pais relativamente aos maus tratos infantis. Eram eles próprios que, levando os seus filhos aos hospitais, tentavam descrever acidentes estranhos para explicar os seus hematomas,

levantando suspeitas médicas que se viriam a confirmar quando a radiografia se tornou um método auxiliar de diagnóstico (Magalhães, 2005).

Segundo Azevedo e Maia (2006), em 1962, Henry Kempe define o Síndrome da Criança Batida (“*The battered child syndrome*”) onde realça os sintomas físicos apresentados pelas crianças vítimas de maus tratos, porém reconhece a importância dos factores psíquicos na patogénese desta síndrome. Magalhães (2005) acrescenta que Kempe considerava necessária uma intervenção multidisciplinar e o afastamento temporário dos pais, iniciando-se assim, o processo de sensibilização da opinião pública e da comunidade técnico-científica. Em 1963 o conceito de Criança Batida veio a receber o contributo de Fontana, que para além de ter em conta a noção de maus tratos físicos, incorpora todo o tipo de violência infligida à criança, entre elas a emocional, que até então não tinha sido abordada (Azevedo e Maia, 2006).

Em 1990 foi ratificada em Portugal a “Convenção dos Direitos da Criança”. Tornando-se um documento jurídico e obrigatório. É através deste documento que se reconhece pela primeira vez que as crianças têm direitos: no artigo 1.º é considerado como criança todo o ser humano menor de 18 anos; o artigo 2.º refere que qualquer criança se encontra sujeita à jurisdição do Estado em que se encontra, sem qualquer tipo de discriminação, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna, incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação; o artigo 3.º enuncia que o interesse superior da criança deve ser um factor determinante; o direito inerente à vida e o direito ao desenvolvimento encontram-se previstos no artigo 6.º; o artigo 12.º aborda a questão das crianças poderem usufruir do direito de exprimir livremente a sua vontade (Convenção sobre os Direitos das Crianças de 1990, Consultar anexo 1).

Parafraseando Martins (2002), a evolução do conceito de mau trato infantil, associado ao prolongamento da infância e à preocupação crescente com o bem-estar das crianças, é reflexo de uma menor tolerância ao mau trato, com critérios mais estreitos e exigentes na sua definição.

II - Tipologia dos Maus Tratos Infantis e Juvenis

1 - Conceito de Mau Trato Infantil e Juvenil

É na infância, através da interacção com o meio envolvente, que se adquire novas capacidades, passando-se por fases de desenvolvimento essenciais para um desenrolar da adolescência e o atingir da idade adulta. Sendo o bem-estar da criança um passo deveras importante para que esta possa crescer de uma forma saudável, torna-se essencial protegê-las de qualquer agressão que as possa atingir (Duque, 2008).

Contudo, é também na infância que somos mais dependentes das pessoas à nossa volta, o que leva a que sejamos mais vulneráveis. Algumas crianças não recebem, por parte dos adultos responsáveis, os cuidados necessários para o seu saudável desenvolvimento, sendo muitas vezes despojadas da sua dignidade e agredidas pelos adultos, originando sérias consequências em termos de desenvolvimento, chegando mesmo a ocorrer a morte (Duque, 2008).

Duque (2008) afirma que o fenómeno dos maus tratos ganhou uma crescente visibilidade ao longo dos anos. Porém, os maus tratos infantis são ainda uma realidade que persiste no nosso quotidiano sendo, por isso, necessário actuar. Mendes (1995, *cit. in Duque, 2008*) refere ainda que os maus tratos infantis são um problema multidisciplinar, relacionados com uma multiplicidade de factores, ocorrendo em todas as culturas e sociedades sendo, deste modo, um fenómeno universal. Para que haja uma intervenção adequada e precisa, torna-se necessário envolver toda a comunidade, logo, uma intervenção só será eficiente se for interinstitucional e multidisciplinar.

A definição de maus tratos em crianças e jovens é de grande complexidade constituindo estes um grave e delicado problema social. Segundo Azevedo e Maia (2006), os maus tratos infantis necessitam de ser interpretados segundo múltiplos factores, associados dentro de distintos níveis sociais: o individual, as relações familiares, as transacções familiares com os sistemas extra-familiares e a diversidade de culturas.

Magalhães (2005) enuncia objectivos que devem ser seguidos pelos profissionais, de modo a que se possa intervir na problemática dos maus tratos infantis de uma forma atempada e correcta, sublinhando a importância da articulação e harmonização do trabalho dos diferentes profissionais e instituições. Evitando assim, que a primeira intervenção seja apenas efectuada numa situação causadora de um maior e irreversível dano para o menor, deste modo, torna-se essencial:

- Definir objectivos concretos, tendo como principal fim salvaguardar o melhor interesse da criança e o seu bem-estar. No entanto, ao lado dos direitos das crianças colocam-se os direitos dos pais e da família, tornando-se necessário actuar com equilíbrio, contextualizando as situações, procurando responder, não só a um dos direitos, mas à pluralidade de direitos que se entrecruzam na maior parte dos casos.
- Para que se possa intervir de uma forma precisa, fundamentada e orientada de acordo com a realidade, é necessário que haja constantemente uma investigação, de modo a que a teorização seja apoiada em dados científicos.
- Desenvolver programas de prevenção:
 - Informando a população em geral;
 - Dando formação específica a profissionais e voluntários;
 - Trabalhar com os grupos de risco e as vítimas de maus tratos de uma forma particular.
- Através de um sistema de rede transdisciplinar, intervir na detecção dos casos e na reabilitação das vítimas:
 - Definir o papel e competências das instituições e dos profissionais que trabalham neste campo;
 - Esclarecer conceitos, linguagens e metodologias sobre o tema;
 - Cabe a cada profissional optar por uma atitude de trabalho transdisciplinar para actuar em cada situação.

Os maus tratos podem ocorrer em diferentes contextos: familiar, social e institucional. No seio familiar os menores podem ser maltratados por qualquer das pessoas que conviva com a criança e que tenha a seu cargo a sua educação e cuidado. No entanto, existem também os maus tratos institucionais (que diz respeito às práticas ocorridas em

contextos formais de prestação de cuidados às crianças), a exploração do trabalho infantil, o consumismo, o urbanismo, etc., leva a que os maus tratos não ocorram apenas no seio familiar mas também, em determinadas instituições e na sociedade em geral (Azevedo e Maia, 2006).

Segundo Magalhães (2005, p.33), os maus tratos podem ser definidos:

“Como qualquer forma de tratamento físico e(ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e(ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e(ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e(ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e(ou) dignidade.”

Martins (2002) acrescenta ser necessário ter em conta uma variedade de critérios para definir mau trato: o tipo do acto (se corresponde a um acto de cometimento (abuso) ou omissão (negligência)); a sua forma; a sua intensidade; a sua frequência; a intenção do perpetrador (que implica a determinação do conhecimento que o agressor tinha dos possíveis efeitos da acção e da sua capacidade de os produzir no momento da ocorrência do mau trato); as suas consequências (físicas e psicológicas) a curto, médio ou longo prazo; as influências situacionais; os padrões da comunidade, e, por último, a idade da vítima e do agressor.

Uma vez que o superior interesse da criança e o seu bem-estar é o principal objectivo numa intervenção, para definir uma situação de mau trato importa ter em conta as consequências sofridas pelo menor, isto é, os danos produzidos ou as necessidades não atendidas, e a não presença/ausência de determinadas condutas parentais (Martins, 2002).

O mau trato infantil engloba diferentes tipos de comportamentos abusivos e negligentes que interferem negativamente na vida das crianças e, quanto mais grave e duradoira for a situação, mais negativos são os seus efeitos (Martins, 2002).

Segundo Duque (2008), os maus tratos de mais fácil diagnóstico são os maus tratos físicos devido aos hematomas que se encontram visíveis no corpo do menor, às dores intensas causadas pelo traumatismo dos músculos e tecido subcutâneo, lesão cerebral ou dados radiológicos que indiquem fracturas ou luxações recentes. Em contrapartida, a negligência e os maus tratos psicológicos são mais difíceis de detectar. No entanto, existem alguns sinais que devem ser tidos em conta e que podem revelar que a criança sofre de negligência (quando está mal nutrida, suja, vestindo roupas velhas ou inadequadas para a estação do ano). Um dado, a que se deve dar especial atenção e que indica maus tratos emocionais, é a relação do(s) progenitor(es) com a criança (se o responsável da criança a agride verbalmente ou se a diminui frequentemente em público). O abuso sexual é outro tipo de mau trato a que a criança pode estar sujeita. Para a detecção do mesmo é necessário um exame físico com uma inspecção cuidadosa onde se procuram sinais de penetração e de contacto genital. Outro indicador que pode revelar que estamos perante um abuso sexual é a presença de doenças venéreas na criança.

1.1 - Maus Tratos Físicos

De acordo com Magalhães (2005), os maus tratos físicos correspondem a qualquer acção não accidental, por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar dano físico ao menor, que pode traduzir-se em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação, podendo tratar-se de uma ocorrência isolada ou repetitiva.

Sempre que não existam dúvidas quanto à existência de violência contra a criança, as evidências físicas são consideradas como um critério acessório. Basta, então, ter conhecimento de lesões anteriores ou da prática de castigos corporais excessivos, ou seja, a sua intensidade é desproporcionada face ao comportamento que se pretende punir, à idade ou nível de desenvolvimento da criança, ou se resulta de uma reacção não justificada ou fora de controlo (Martins, 2002).

Para se poder caracterizar um mau trato físico é necessário averiguar a severidade, a intencionalidade com que o acto é praticado, o grau de desvio do acto relativamente ao

que se considera por normal, a história de vida dos pais e o seu carácter, o risco da situação, a idade da criança e as suas condições de vulnerabilidade (Martins, 2002).

O mau trato físico assume formas de expressão diferenciadas, de acordo com o contexto sócio-familiar das crianças, sendo mais frequente em meios sociais mais desfavorecidos, uma vez que a agressão é vista como uma estratégia para resolver situações de conflito. Neste tipo de situações, torna-se fundamental um maior conhecimento sobre esta realidade, de modo a que se possa definir uma intervenção precoce em famílias em que os episódios não são ainda suficientemente graves para serem denunciados através de serviços de aconselhamento, psicoterapia, formação sobre o desenvolvimento das crianças, estratégias de controlo da tensão, serviços de apoio às famílias, entre outros (Martins, 2002).

Segundo Magalhães (2005), alguns **sinais**, que podem ser considerados como uma potencial situação de mau trato são os seguintes:

- 1) Lesões com diversos estados de evolução e com diferentes localizações
(ex. Contusões com diferentes colorações).
- 2) Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental comparando com a idade da criança:
 - Equimoses ou outros ferimentos na face - à volta dos olhos, orelhas ou boca (lábios, língua, dentes);
 - Hematomas provocados na proximidade das extremidades (zonas laterais da cara, orelhas e pescoço, genitais e nádegas).
- 3) Lesões desenhando marcas de objectos
(ex. Fivela de um cinto; corda «simples» ou dupla; risco vincado de uma régua, pau, entre outros).
- 4) Queimaduras ou cicatrizes:
 - Com bordos nítidos (ex. queimaduras de cigarros);
 - Com localizações múltiplas – na palma da mão, planta dos pés, genitais e nádegas.
- 5) Outros:
 - Marcas de mordeduras (definição clara da dentição humana);

- Alopecia (perda de cabelo) traumática;
- Sequelas de traumatismo antigo de história desconhecida (ex. calos ósseos resultantes de fractura);
- Intoxicação;
- Doenças recorrentes inexplicáveis;
- Outras lesões de diagnóstico médico mais complexo – neurológicas, oftalmológicas e viscerais (rim ou baço).

O Alto Comissariado da Saúde (2009) acrescenta:

- Lesões bilaterais, simétricas e geométricas, localizadas em zonas protegidas do corpo;
- Fracturas no crânio, costelas, ou metafisárias e em espiral nos ossos longos;
- Procura de hospitais diferentes em cada episódio de mau trato;
- Lactente com irritabilidade permanente e hemorragias punctiformes do fundo do olho (Síndrome da criança abanada);
- Comportamento anormal da criança (por exemplo: docilidade excessiva).

A inadequação ou recusa da explicação dada pelos pais ou cuidadores sobre a forma como se produziu a lesão, explicações contrárias ou discordantes, o atraso na ida ao médico (inadequação do intervalo de tempo entre a ocorrência e a procura de cuidados médicos) e o historial de lesões repetidas (acidentes de repetição), são **sintomas** de maus tratos físicos (Magalhães, 2005).

1.2 - Abuso Psicológico ou Emocional

A distinção de abuso psicológico de abuso emocional é explicada por Dias (2004). O abuso psicológico é um comportamento prolongado, repetitivo e inapropriado que danifica ou reduz o potencial criativo, o desenvolvimento de faculdades e processos mentais muito importantes para o desenvolvimento sadio da criança. Já o abuso emocional é definido como uma resposta emocional prolongada, repetitiva e inapropriada às emoções da criança e ao seu comportamento expressivo.

Para este autor, o que distingue estes dois conceitos são as consequências que originam na criança, ou seja, o abuso psicológico tem mais incidência ao nível do desenvolvimento mental e cognitivo do menor, já o abuso emocional prejudica o desenvolvimento das emoções da criança, afectando a sua socialização, a sua vida social e o seu entendimento sobre a afectividade. Porém, apresentam uma característica em comum: a regularidade com que são praticados, a qual torna os seus efeitos devastadores para a criança.

Magalhães (2005) acrescenta que os maus tratos psicológicos e emocionais são de natureza intencional, caracterizados pela incapacidade de dar à criança/jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar e segurança emocional e afectiva, indispensável a um saudável crescimento e desenvolvimento emocional. Este tipo de mau trato encontra-se presente em todas as outras tipologias de maus tratos, sendo apenas considerado isoladamente quando constituir a única forma de abuso. É de definição e diagnóstico difícil, tornando-se necessário um exame médico e psicológico da vítima e uma avaliação social e do seu contexto familiar. Duque (2008) refere que o agressor é sempre alguém que se encontra numa situação de maior poder, face à vulnerabilidade do agredido e define cinco formas de manifestação do mau trato psicológico:

- Rejeição – Ocorre quando os filhos não conseguem alcançar os objectivos pré-definidos, sendo muitas vezes insultados verbalmente, ridicularizados e criticados pelos pais ou responsáveis.
- Isolamento – caracteriza-se pela falta de comunicação entre os familiares e a criança. Este tipo de mau trato psicológico é mais característico das famílias de estrato sócio-económico mais elevado e, devido à sua falta de disponibilidade, leva a que não seja dada a devida atenção às crianças, originando um abandono afectivo e ausência de afectos. A criança não se sente amada pela sua família e tem tendência a isolar-se no seu próprio mundo, refugiando-se no seu quarto ou simplesmente manifestando a sua tristeza.
- Corrupção/Chantagem – Ocorre quando a criança é educada a conseguir atingir certos objectivos através de recompensas. Os comportamentos das crianças são induzidos de

forma não espontânea, uma vez que as suas atitudes não são tomadas por iniciativa própria, mas sim incutidas pelos pais. Este tipo de mau trato inclui todas as formas de desonestidade, perversão e depravação para com a criança.

- Sujeição ao terror – a criança é dominada pela manipulação dos seus medos. São feitas chantagens em função dos temores da criança, ameaçando-a, aterrorizando-a e levando-a a ter comportamentos pretendidos pelos pais.

- Ignorar a criança – este tipo de mau trato consiste em não valorizar ou desvalorizar o que a criança faz ou necessita para que o seu desenvolvimento seja adequado. Verifica-se uma indiferença pelos pais em relação à criança.

Deficiências não orgânicas de crescimento, baixa estatura, infecções, asma, doenças cutâneas, alergias, auto-mutilação (arranhar-se, balancear, beliscar-se...) são **sinais** característicos dos maus tratos psicológicos e emocionais (Magalhães, 2005).

Magalhães (2005) apresenta os seguintes **sintomas** que se encontram associados a este tipo de mau trato:

1) Perturbações funcionais:

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal...);
- Controle dos esfíncteres: enurese e encompresse (urinar e eliminar fezes propositadamente);
- Problemas na fala (ex. gaguez);
- Tonturas;
- Dores sem causa orgânica aparente: de cabeça, musculares (ex.: das pernas) e abdominais;
- Interrupção da menstruação na adolescência.

2) Perturbações Cognitivas:

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações de memória para as experiências do abuso;

- Baixa auto-estima; sentimentos de inferioridade;
- Dificuldades de aprendizagem (alterações da concentração, atenção e memória).

3) Perturbações Afectivas:

- Choro/ riso incontrolado;
- Sentimento de vergonha e culpa;
- Medos concretos ou indeterminados;
- Timidez;
- Inadequação na maturidade (excessivamente infantil ou adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de crise e/ou conflito.

4) Perturbações do Comportamento:

- Desinteresse total por si próprio;
- Défice na capacidade para brincar, jogar, divertir-se e do natural comportamento exploratório (falta de curiosidade).
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais:
 - Isolamento;
 - Hostilidade, agressividade / Medo, timidez, docilidade extrema;
 - Falta de confiança nos adultos;
 - Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas;
 - Ausência de resposta perante estímulos sociais;
 - Fugas de casa ou resistência em regressar a casa;
 - Manifestações de raiva contra pessoas específicas (designadamente a mãe);
 - Acidentes constantes;
 - Problemas escolares (ex. absentismo escolar; baixo rendimento escolar repentino);
 - Comportamento desviante (delinquência, prostituição, álcool ou drogas);
 - Comportamentos bizarros (ex. barrar a entrada do quarto com o objectivo de se protegerem de possíveis agressões).

5) Perturbações do Foro Psiquiátrico:

- Agitação ou hiperactividade;
- Ansiedade, depressão;
- Mudanças súbitas de comportamento e humor;

- Comportamentos obsessivo-compulsivos e/ou auto-mutilação;
- Neuroses graves (fobias e/ou manias);
- Alterações da personalidade e psicoses;
- Regressões no comportamento (chupeta, chupar no dedo);
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.

1.3 - Negligência

A negligência é difícil de definir e medir. Uma vez que, de acordo com Dias (2004), para se avaliar até que ponto uma criança é vítima de negligência, importa não só observar a qualidade dos cuidados que são negados, mas também as práticas parentais e o meio familiar envolvente. No entanto, é de extrema importância referir que a negligência diz respeito à impossibilidade dos pais (ou responsáveis pela criança) de proporcionarem as condições necessárias para que haja um saudável desenvolvimento físico, psicológico e emocional.

Para Magalhães (2005), a negligência constitui um comportamento insidioso, com repercussões graves e de regular omissão, relativamente aos cuidados a ter com o menor. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como, por exemplo, a privação de medicamentos, alimentos, ausência de protecção contra inclemência do meio (frio/calor), higiene, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio, causando dano a nível da saúde e no desenvolvimento físico e psicossocial da criança.

A negligência pode ser voluntária, com a intenção de causar dano no menor, ou involuntária, que resulta da incompetência ou desconhecimento dos pais quanto aos cuidados necessários e adequados a ter com o menor. A negligência inclui diversas tipologias, como a negligência física, psicológica/emocional, escolar/educativa, mendicidade, abandono (temporário/definitivo), e intra-uterina (que ocorre durante a gravidez) (Magalhães, 2005).

Alguns **sinais físicos de negligência prolongada** podem ser observados no atraso ou baixo crescimento do menor, cabelo fino, abdómen proeminente, arrefecimento persistente, mãos e pés avermelhados (no entanto, é necessário excluir medicamente

qualquer patologia que justifique a sintomatologia). As carências higiênicas (sujeira, eritema genital, pediculose¹, unhas sujas e por cortar); a alimentação e/ou hábitos horários inadequados e em quantidades inapropriadas; o vestuário desadequado em relação à época e ao tamanho da criança; as lesões resultantes de exposições climáticas adversas (sol/frio); as carências vitamínicas; a cárie dentária; as unhas quebradiças, grandes e sujas; as infecções persistentes ou doença crônica que não mereceu tratamento médico; os hematomas ou outras lesões inexplicadas ou com explicação contraditória; os acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; o atraso no desenvolvimento sexual, são também **sinais** de negligência para com a criança (Magalhães, 2005).

Os **sintomas** podem ser observados no atraso nas aquisições sociais e em todas as áreas da maturidade (linguagem, motricidade, socialização), nas perturbações do apetite e comportamentos estranhos (roubo de alimentos, tendência a comer exageradamente), nas perturbações do sono (sonolência, apatia, depressão, hiperactividade, agressividade), no desenvolvimento pessoal e social (problemas de aprendizagem, absentismo/abandono escolar, pobre desenvolvimento social com os pares, comportamentos para chamar a atenção dos adultos, fantasia, condutas anti-sociais), e na ausência persistente dos pais na procura ou acompanhamento dos menores na escola e nos cuidados médicos (incumprimento do calendário das vacinas, falta às consultas de pediatria, ausência nas reuniões de pais, entre outros) (Magalhães, 2005).

1.4 - Abuso Sexual

De acordo com Wong (1997, cit. in Duque, 2008), o abuso sexual infantil poderá ser definido como o envolvimento de crianças/jovens, mentalmente imaturos e dependentes, em actividades sexuais que não compreendem verdadeiramente e para as quais são incapazes de dar o seu consentimento, violando, deste modo, tabus sociais ou papéis familiares. Ocorre em todos os estatutos sociais, porém há um maior controlo nas famílias socialmente desfavorecidas sendo mais facilmente detectável a ocorrência dos abusos (Azevedo e Maia, 2006).

¹ Afecção cutânea produzida por piolhos.

O abuso sexual é uma actividade criminosa que constitui uma agressão ao bem-estar do menor por meio de actos de cariz sexual efectuados por um adulto contra uma criança e tipificados como crime (Duque, 2008).

Refere-se a abusos que implicam contacto e aqueles que não o implicam, que se designam por exposição sexual. Nos abusos que implicam contacto cabem todas as formas de sexo oral, anal, masturbação ou outras formas de contacto e exploração sexual do corpo infantil ou juvenil, como o toque de zonas erógenas (boca, ânus e genitais) ou o estímulo ou exploração em prostituição. Na exposição sexual, destaca-se: a masturbação do adulto exposto à criança ou adolescente, a exibição dos órgãos genitais da vítima ou do abusador (tendo por fim a estimulação e satisfação sexual do adulto), fotografar para fins sexuais, facilitar ou incentivar o uso de material marcadamente pornográfico, falar sobre temas de carácter sexual, expor e ridicularizar o desenvolvimento físico e sexual dos mais novos, levar a presenciar actos sexuais entre adultos, usar castigos ou punições de características sexuais, dormir, vestir ou cuidar da higiene íntima quando isso é claramente desadequado à idade e às necessidades emocionais das respectivas crianças e adolescentes, entre outros (Strecht, 2006).

López Sánchez (1995, cit. in Azevedo e Maia, 2006) aponta três critérios que devem ser considerados na definição de abuso sexual: a idade da vítima, a idade do agressor e os comportamentos do perpetrador para submeter a vítima ao que pretende. Os abusos sexuais devem ainda ser definidos através do conceito de coerção e o de assimetria de idade. A coerção refere-se à força física, pressão ou engano e deve ser considerada um critério suficiente para que um comportamento seja encarado como abuso sexual, independentemente da idade do agressor. A assimetria de idade entre o agressor e a vítima impossibilita uma verdadeira liberdade de decisão, impedindo uma actividade sexual comum, já que os participantes têm experiências, grau de maturidade biológica e expectativas diferentes.

Na maior parte das vezes, o abusador é do sexo masculino e é muito raro que os casos de abuso sexuais sejam únicos, isolados, cometidos por pessoas estranhas ou desconhecidos da criança. Em vez disso, o abusador tem uma relação prévia de proximidade com o menor, com algum investimento ou ligação emocional que muito

facilita uma intimidade rotineira, que pode condicionar não só o impacto traumático do abuso, como a maior facilidade da sua perpetuação no tempo. Ou seja, normalmente o abusador é alguém que antes, durante e depois do abuso continua a fazer parte importante da vida emocional da criança. Neste padrão, podem destacar-se os familiares do menor (ex. pais, padrastos, tios, padrinhos), professores, vizinhos, entre outros (Strech, 2006).

Segundo Duque (2008), a criança pode reagir de formas diferentes, dada a diversidade de modalidades dessa violência, do agressor, da relação que mantém com este, da duração e repetição dos episódios. No entanto, as reacções gerais que a criança desenvolve são:

- **Passividade:** opta por uma postura passiva (não grita, não tenta fugir nem defender-se) mostra-se indiferente em relação aos actos do agressor. A passividade da criança não significa que consente os actos, mas sim o medo de sofrer represálias, ameaças a que está sujeita e/ou a vergonha que sente;
- **Agressividade:** a criança tem reacção agressiva face ao agressor, sendo mais frequente no início da vitimação, contudo o poder superior, psicológico e físico do agressor poderá reduzir esta reacção à nulidade total.
- **Participação activa:** a criança participa activamente na situação construída pelo agressor. Além de não lhe resistir, colabora com ele, podendo até estimular o agressor com o seu próprio comportamento. Porém, a responsabilidade continua a ser do agressor.

O abuso sexual é de difícil detecção e diagnóstico, uma vez que raramente resultam lesões físicas ou vestígios que indiquem claramente que a criança foi ou tem sido vítima de abuso sexual, já que em alguns casos (principalmente nas situações com crianças mais pequenas) não chega a haver penetração anal ou vaginal ou, quando há penetração, a ejaculação dá-se, na maioria das vezes, fora do corpo da criança. As roupas e a criança podem ser lavadas após o abuso e o exame médico-legal pode ser superior a 48 horas após o acto, tornando-se difícil/impossível detectar vestígios de esperma ou outros

indícios presentes na criança. O tabu social implícito (vergonha da criança associada a sentimentos de culpa, medo e segredo do lar) torna-se um impedimento ao pedido de ajuda. As crianças, principalmente as mais novas, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva normal ou especial (Magalhães, 2005).

Segundo Magalhães (2005) os **sinais físicos** presentes no abuso sexual são os seguintes:

- Leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente;
- Ruborização e/ou inflamação dos órgãos genitais externos femininos (vulva) ou anal;
- Lesões cutâneas:
 - Rubor;
 - Inflamação;
 - Ptéquias (pontuado hemorrágico);
 - Atrofia cutânea perianal;
 - Verrugas perianais e/ou no intróito vaginal;
- Lesões no pénis;
- Lacerações ou fissuras genitais ou anais (sangrantes ou cicatrizadas);
- Rompimento do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- Equimoses e/ou ptéquias na mucosa oral; lacerações do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Doença sexualmente transmissível (gonorreia, sífilis, SIDA...);
- Presença de esperma no corpo ou na roupa do menor;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Gravidez.

Sintomas gerais enunciados por Magalhães (2005):

- Dor na região vaginal ou anal;
- Comichão vaginal;
- Problemas sociais e de aprendizagem.

- **Sintomas mais frequentes nas crianças:**

- 1) Perturbações funcionais:
 - Apetite (anorexia, bulimia);
 - Sono – terrores nocturnos (com vocalizações da experiência sexual);
 - Controle dos esfíncteres: enurese, encompresse;
 - Dores abdominais inexplicadas e recorrentes.
- 2) Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar.
- 3) Pobre relacionamento com as outras crianças.
- 4) Comportamentos sexuais:
 - Erotização precoce;
 - Descrição e interesse desadequados sobre questões sexuais e desapropriados à idade;
 - Masturbação excessiva;
 - Desenhos e jogos sexuais explícitos.
- 5) Comportamentos agressivos.

- **Sintomas mais frequentes nos jovens:**

- 1) Condutas aparentemente bizarras:
 - Dormir vestidos(as) com a roupa que usam durante o dia;
 - Urinar propositadamente a cama para evitar o toque do abusador;
 - Para evitar a atracção, destruir ou ocultar sinais de feminilidade;
 - Recusa em tomar banho ou em despir-se nos vestiários;
 - Recusa em ir à escola ou de ir para casa.
- 2) Perturbações do foro sexual:
 - Condutas auto-eróticas extremas (tratam-se de comportamentos aprendidos pelo que é importante não criticar ou acusar a criança ou jovem):
 - Masturbação em frente aos colegas;
 - Interação sexual com companheiros;
 - Abuso sexual de crianças mais pequenas;
 - Sedução dos adultos.
 - Sentimento de nojo em relação à sexualidade.
- 3) Comportamentos desviantes
(ex. toxicodependência; alcoolismo; delinquência; prostituição).

4) Outras perturbações:

- Depressão;
- Comportamento suicida;
- Tentativa de fuga;
- Auto-mutilação (a dor física (alívio e descompressão) é uma tentativa de controlar a dor psíquica).

As declarações feitas por menores que sofreram de abuso sexual devem ser levadas a sério. Devemos prestar muita atenção à informação verbal e não verbal que a criança/jovem nos transmite. Acima de tudo, o profissional deve ter o cuidado de fazer com que a vítima se sinta acreditada. É, portanto, fundamental saber ouvir, respeitar e dar um significado ou um destino àquilo que a vítima nos transmite, de modo a que não se sinta sozinha, exposta, desvalorizada, confusa ou assustada por tudo aquilo que tem dentro de si e que transmitiu naquele momento (Strecht, 2006).

Nas situações de abuso intra-familiar acresce com a imposição do segredo e do silêncio, perpetuando-se, frequentemente, sob a ameaça e o medo de serem desacreditadas ou de sofrerem represálias. É, também, necessário ter em conta a desigualdade do poder e da capacidade de determinação entre a vítima e o agressor, o qual usa estratégias específicas para manter a vítima silenciada e acessível aos seus intentos (Azevedo e Maia, 2006).

De acordo com Sousa (2008), quando os sinais não se evidenciam como elemento de prova de abuso, é necessário estar atento às mudanças de comportamentos das crianças, uma vez que grande parte dos sinais de abuso são comuns a outro tipo de indicadores de doença ou mal-estar.

Numa criança até aos cinco anos os sinais que podem revelar ser motivo de preocupação são: hematomas na zona perianal, dores abdominais, vômitos e infecções urinárias, rejeição física de afectos ou forte medo de pessoas só do sexo feminino ou só do sexo masculino. Nas crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, importa estar atento a sinais como a necessidade da criança ser demasiado perfeccionista na realização de tarefas, excesso de zelo relativamente à limpeza ou desordens alimentares.

Dos 12 aos 18 anos, podem ser alarmes de abuso sexual a depressão, insónia, o insucesso escolar repentino, entre outros (Sousa, 2008).

As crianças que sofrem abusos sexuais ficam privadas da sua infância, uma vez que são obrigadas a uma maturidade precoce e também lhes é negado um contexto familiar adequado, devido ao não desempenho dos papéis familiares e à não existência de uma hierarquia normal na família. A família por sua vez deixa de ser o lugar de protecção da criança para se tornar num grupo fechado e rígido (Dias, 2004).

1.5 - Síndrome de Munchausen por Procuração

A síndrome de Munchausen é considerada uma forma de abuso físico. Este tipo de mau trato verifica-se quando uma pessoa (normalmente a mãe) provoca ou exagera sinais e sintomas de doenças nos seus filhos, geralmente no bebé ou numa criança com idade pré-escolar (embora tenham existido casos confirmados em crianças até aos 16 anos de idade), para chamar a atenção da equipa médica e obter apoio emocional (Sheslow, 2008).

De acordo com Duque (2008), os pais submetem a criança a exames e internamentos médicos reiterados, alegando sintomas inventados ou activamente originados por eles (ex. ministrar droga ou medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos nas amostras de urina da criança para alterar os resultados das análises médicas; semi-sufocar, repetidamente, a criança para criar sintomas de crises de apneia, entre outros). Os médicos para determinar a causa dos sintomas fazem testes à criança, tentam vários tipos de medicação, chegando até a hospitalizá-la ou a fazer uma cirurgia, sendo todos estes procedimentos e tratamentos médicos desnecessários e prejudiciais à saúde do menor, podendo até causar a sua morte (Sheslow, 2008).

Por causa do familiar ou do cuidador parecer tão carinhoso e atencioso, muitas vezes ninguém suspeita de que a criança possa sofrer deste tipo de mau trato. Um perplexo aspecto da síndrome de Munchausen é a habilidade do familiar ou do cuidador em enganar ou manipular os médicos, sendo que, frequentemente, o autor tem formação

médica, o que leva a que consiga controlar bem os sintomas e fazer-se acreditar. Não é anormal para o pessoal médico negligenciar a possibilidade desta síndrome, uma vez que vai contra as crenças de que um cuidador ou familiar nunca aleijaria deliberadamente a sua criança, sendo portanto, de difícil diagnóstico (Sheslow, 2008).

Porém, Sheslow (2008) enuncia os seguintes aspectos que devem levantar suspeitas de que a criança sofre deste tipo de mau trato:

- Uma criança que tem múltiplos problemas médicos que não correspondem ao tratamento ou que seguem um curso persistente e intrigante;
- Descobertas laboratoriais ou físicas que são altamente incomuns, não correspondem com o historial médico da criança, ou são física ou clinicamente impossíveis;
- Sintomas de curta duração que tem tendência a pararem quando o autor não está por perto;
- Um familiar ou o cuidador que não fica contente com as “boas notícias” quando os testes médicos não encontram problemas médicos, mas continua a acreditar que a criança está doente;
- Um familiar ou um cuidador que aparenta ter conhecimentos médicos ou fascinado por detalhes medicinais ou aparenta gostar do ambiente hospitalar;
- Um familiar ou um cuidador que apresenta uma calma anormal apesar das grandes dificuldades quanto a saúde do menor;
- Um familiar ou um cuidador que dá muito apoio e incentivo ao médico, ou que se mostra indignado e exige mais intervenção médica, mais procedimentos, segundas opiniões, ou transfere para lugares mais sofisticados.

Segundo Martins (2002), as hospitalizações e exames médicos repetidos sem o estabelecimento de diagnósticos concretos, os sintomas persistentes para os quais não se encontra uma explicação válida e que só ocorrem quando a criança se encontra com a família, são indicadores que podem revelar que a criança está sujeita a este tipo de mau trato.

A síndrome de Munchausen pode revelar ser um pedido de ajuda por parte do perpetrador, que pode estar sobre ansiedade ou em depressão, sendo assim uma forma de chamar a atenção ou, então, ele próprio cresceu num seio familiar em que estar doente era a única forma de receber algum amor. Os familiares ou cuidadores possuem necessidades pessoais que ultrapassam a sua capacidade de ver a criança como uma pessoa com sentimentos e direitos (Sheslow, 2008).

Os sintomas que são criados ou exagerados pelo abusador incluem: insuficiência de crescimento, alergias, asma, vômitos, diarreia, ataques e infecções. Os prognósticos a longo prazo, para estas crianças, dependem do tempo que demorou a ser diagnosticado a síndrome de Munchausen e daquilo a que o maltratante a submeteu. Em alguns casos extremos foi diagnosticado nas crianças alterações esqueléticas destrutivas, danos cerebrais, cegueira, entre outros, derivado à manipulação feita pelo perpetrador. Se a criança envelhecer o suficiente para compreender o que se está a passar, os danos psicológicos podem ser significativos, podendo ela própria ajudar o maltratante a enganar os médicos, uma vez que sente que apenas será amada se continuar doente (Sheslow, 2008).

A intervenção nas crianças, que sofrem este mau trato, inclui evitar que autor de maus tratos visite a criança por algum tempo, promovendo a sua segurança, ao mesmo tempo que se analisa cuidadosamente todas reacções e sintomas neste período (Duque, 2008).

1.6 - Síndrome da Criança Abanada

Segundo Opperman e Cassandra (2001, *cit. in* Duque, 2008), a síndrome da criança abanada constitui um tipo de maus tratos físicos em que a criança é sacudida vigorosamente estando agarrada pelos braços ou ombros. Estas crianças têm geralmente entre os 6 meses e um ano de idade.

Muitas vezes os cuidadores do bebé/criança (pais, avós, ama, tios, etc.) recorrem ao abanar numa tentativa de o silenciar quando este chora de forma persistente. O que acontece é que o cérebro da criança vai e vem muito rapidamente golpeando-se contra

as paredes do crânio, rebentando os frágeis vasos sanguíneos que o irrigam (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Santa Comba Dão, 2008).

O risco de traumatismo resultante destas acções é maior nos primeiros anos de vida do bebé/criança, uma vez que o cérebro ainda se encontra em formação e a cabeça da criança é muito frágil, causando-lhe sérias e irreversíveis lesões cerebrais, que trarão consequências como cegueira total ou parcial, perda de audição, ataques epilépticos, atraso no desenvolvimento, limitações cognitivas, dificuldades respiratórias, alterações da consciência, pupilas de tamanho desigual, incapacidade de focar o olhar e seguir o movimento, aspecto pálido e hemorragias nas retinas (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Santa Comba Dão, 2008).

Quando estas crianças são transportadas para o Hospital, poderão apresentar convulsões inexplicadas, vômitos associados a letargia, irritabilidade, bradicárdia, apneia, fontanelas proeminentes, hipotermia, atraso de crescimento e hemorragia da retina (Duque, 2008).

2. Avaliação do Contexto Sócio-familiar da Criança

Segundo Giddens (2002) a família é um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, assumindo os adultos a responsabilidade de cuidar das crianças desse grupo de pessoas. Os laços de parentesco podem ser adquiridos através do casamento ou por meio de linhas de descendência que ligam familiares consanguíneos.

É na família que se realiza a primeira socialização, ou seja, as primeiras aprendizagens das dimensões mais significativas da interacção com os outros e se dá início ao desenvolvimento da personalidade, sendo a imagem dos pais e dos irmãos a base da educação de uma criança que molda as relações sociais posteriores (Fernandes, 2002).

Uma família desestruturada, onde se verifica uma relação disfuncional entre os pais da criança (ex. situações de violência doméstica, frequente mudança de companheiro, vínculos conjugais pouco sólidos, entre outros), crise na vida familiar (como a morte de um ente querido, separação, divórcio, entre outros), mudança frequente de residência ou

emigração, famílias com problemas sócio-económicos e habitacionais (extrema pobreza, situação profissional instável, isolamento social, inexistência de retaguarda familiar), uma gravidez indesejada, uma família monoparental, uma família reconstituída com filhos de outras ligações e/ou uma família com muitos filhos, são características do contexto familiar que são factores de tensão potenciais para que haja maus tratos infantis (Magalhães, 2005).

Segundo Wong (1997, *cit. in* Duque, 2008), a causa exacta dos maus tratos infantis não é conhecida, porém a interacção de vários factores são fortes potenciadores para a ocorrência de maus tratos. Os factores de risco de maus tratos são quaisquer influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção deste tipo de situações, as quais podem ser derivadas de características individuais, experiências de vida específicas ou factores de ordem contextual (Magalhães, 2005).

As famílias disfuncionais ou famílias multiproblemáticas salientam-se pela presença de um ou mais sintomas sérios e graves de longa duração e forte intensidade. São famílias em que se podem traçar um conjunto de problemas, tais como: maus tratos, alcoolismo, prostituição, delinquência, toxicodependência, insucesso escolar, depressões, psicoses, entre outros; a estas disfunções associam-se quase sempre problemas de saúde, a nível de doenças crónicas e/ou deficiências. Estes problemas afectam um número indeterminado de membros constituintes da família. (Sousa, 2005).

Segundo Sousa (2005), apesar do conceito de família multiproblemática ser tipicamente associado à pobreza e ao baixo estatuto socioeconómico, encontram-se famílias que correspondem à definição em qualquer estrato social, cultural e económico. Tornando-se deveras importante fazer a distinção dos conceitos de famílias multiproblemáticas e de famílias pobres.

O conceito de pobreza e exclusão social encontram-se interligados. De facto, e conforme Bruto da Costa *et al.* (2008) argumenta, a forma corrente de identificar uma pessoa pobre ou uma pessoa socialmente excluída consiste em avaliar as suas condições de vida objectivas, tais como a alimentação, o modo de vestir, as condições habitacionais, a saúde, entre outros factores; este conjunto de possíveis características

serve para denunciar a maior parte dos indivíduos pobres e excluídos. Sendo a exclusão social a fase extrema do processo de marginalização, é um percurso descendente acompanhado por sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade.

Porém, a pobreza é uma realidade bem mais ampla e complexa do que um conjunto de carências materiais permite perceber. À pobreza encontra-se associada a noção de privação, por falta de recursos, da satisfação das necessidades básicas. Todos os elementos constituintes da família/agregado são considerados como pobres, incluindo as crianças e jovens, uma vez que se conjectura que todos os seus elementos constituintes usufruem parte dos recursos disponíveis, não lhes sendo permitido a satisfação das suas necessidades básicas para um desenvolvimento saudável (Bruto da Costa *et al.*, 2008).

As famílias pobres constituem um núcleo quantitativamente relevante e mais visível, tornando-se mais expostas perante os serviços sociais e a comunidade. Uma característica destas famílias é que a fragilidade se encontra bem visível, quer a nível da saúde física quer a nível do bem-estar emocional e, qualquer novo problema que ocorra neste contexto já degradado e sinistro, por mais pequeno que seja, torna-se um problema trágico e difícil de resolver, pois a família carece de condições para o ultrapassar, uma vez que a tentativa de resolução de um problema parte de uma resposta emocional e não racional (Sousa, 2005).

Magalhães (2005) menciona que os maus tratos infantis têm maior incidência nas classes mais desfavorecidas devido às carências económicas a que se associam as más condições habitacionais, ao baixo nível ou ausência de instrução escolar e da promiscuidade e desorganização da vida profissional, social e familiar.

No entanto, os maus tratos podem surgir em todos os estatutos sociais, dado que todo o ambiente envolvente apresenta aspectos que condicionam a situação, como é o caso do stress, das crises financeiras, familiares, situações de divórcio ou separação, crises físicas e emocionais, entre outros. É necessário ter em consideração as características acima enunciadas, pois a sua identificação pode revelar fontes ocultas de negligência e maus tratos e pode contribuir para evitar ou pôr fim uma situação de violência sobre a criança (Duque, 2008).

2.1. Factores de Risco

Segundo Magalhães (2005), associado ao risco dos menores serem vítimas de maus tratos, estão identificados alguns factores que é necessário conhecer. No entanto, importa referir que nem sempre a presença destes factores numa família são indicadores da ocorrência de violência contra a criança, uma vez que qualquer destes factores, isoladamente, pode não constituir um factor de risco. A sua avaliação deve sempre predominar no bom senso do profissional.

- **Características individuais dos pais:**
 - Consumo de substâncias: alcoolismo e/ou toxicodependência;
 - Perturbação psíquica ou física;
 - Antecedentes de comportamentos desviantes;
 - Pais muito jovens: personalidade imatura e impulsiva;
 - Baixo auto-controle e reduzida tolerância às frustrações, baixa tolerância ao stress, baixa auto-estima;
 - Pais que já foram maltratados;
 - Atitude intolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à criação dos filhos, condicionando a falência do sistema comunicacional de retroacção;
 - Falta de competências educativas relativamente ao processo de desenvolvimento da criança e preferência pelo recurso a métodos aversivos;
 - Gravidezes muito próximas;
 - Incapacidade para admitirem que o filho foi ou possa ser maltratado e incapacidade para lhe oferecer protecção no futuro;
 - Experiências de vinculação precoce não seguras: especialmente mãe e filho, no período pós-natal precoce;
 - Excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações positivas com os filhos.

- **Características do menor:**

- Vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades: quanto mais pequena maior é o risco;
- Não ser uma criança desejada;
- A criança não corresponde às expectativas dos pais (Baixo peso à nascença; prematuridade; temperamento difícil do bebé; deficiências físicas ou mentais; problemas médicos no primeiro ano de vida; sexo da criança; aspecto físico);
- Comportamento da criança: personalidade e temperamento não ajustados aos pais.

- **Características sócio-económicas/ situação de crise:**

- Desemprego;
- Divórcio/separação;
- Desalojamento ou mudança frequente de residência;
- Diagnóstico de alguma doença grave num dos filhos;
- Doença ou morte de um ente querido.

Segundo Duque (2008), para além dos aspectos já citados, é também fundamental conhecer a individualidade da criança, inserindo-a sempre num padrão socio-cultural, pois o que aparentemente pode corresponder a um padrão de comportamentos e manifestações de maus tratos pode estar relacionado com alguns aspectos culturais referentes à sociedade onde está inserida.

O facto de numa família com várias crianças apenas uma ser alvo de maus tratos, não significa que as restantes estejam em segurança, uma vez que a causa dos maus tratos é derivada de uma perturbação associada aos papéis de pais e não de uma perturbação no relacionamento entre pais e filhos, deste modo, os maus tratos podem ser dirigidos a qualquer criança. Assim, só com uma adequada ajuda, os pais poderão aprender a cuidar de forma diferente os seus filhos deixando de recorrer à violência (Duque, 2008).

2.2. Consequências dos Maus Tratos

Não é possível estabelecer uma conexão entre o tipo de mau trato e as suas consequências a longo prazo, visto que a maior parte destes casos são mistos e as suas consequências encontram-se associadas (Magalhães, 2005).

De acordo com a mesma autora, os maus tratos intrafamiliares são os que geram maior impacto negativo na vida das crianças. São responsáveis pela quebra de confiança e uma importante perda de segurança em casa, o que constitui uma ameaça profunda para o seu desenvolvimento.

Parafraseando Azevedo e Maia (2006) normalmente, o processo de vinculação entre pais e filhos deve ocorrer antes da concepção, ou seja, uma criança não desejada ou a inconcordância entre a criança idealizada com a criança real pode perturbar os processos de vinculação. A qualidade da relação que o menor estabelece com as figuras de referência vai influenciar os conhecimentos e expectativas acerca do que pode esperar dele próprio e do meio envolvente, influenciando as relações intra e interpessoais. As crianças com uma vinculação insegura terão maior probabilidade de apresentar défices em áreas como a linguagem e a interacção social, que por sua vez estão na origem dos problemas de aprendizagem, adaptação escolar e de socialização.

As crianças maltratadas apresentam grandes dificuldades no relacionamento com os seus pares e com os adultos. São crianças apáticas e isoladas, reagindo de forma agressiva ou negativa ao sofrimento do outro. Têm tendência para o desenvolvimento de depressões, revelam pouca expressão afectiva, falta de motivação e envolvimento, comunicação de afectos negativos, inconsciência, imprevisibilidade, ambivalência, ambiguidade, baixa auto-estima e, com frequência, culpabilizam-se por serem vítimas de violência por parte dos pais (Azevedo e Maia, 2006).

As autoras argumentam, ainda, que a criança depressiva revela pouca autonomia nos seus comportamentos diários relacionados com a higiene pessoal e vestuário. As perturbações de ordem somática são frequentes (dificuldades em dormir, pesadelos, sonolência diurna e perturbações do apetite). As crianças revelam uma extrema

sensibilidade em relação às separações, manifestando uma grande vontade de agradar, dificultando a sua autonomia, seguindo um comportamento de obediência transformando-se na criança que os pais desejavam que fosse, aparentemente mostram-se educadas, responsáveis e dóceis. Porém, este comportamento pode esconder o sofrimento das crianças. Para que a criança desenvolva o seu verdadeiro “eu” necessita de ter consciência de que é vítima de maus tratos e manter uma certa distância com o abusador, mantendo outras formas de socialização que funcionem como modelos alternativos e eficazes.

As crianças maltratas têm tendência a seguir condutas anti-sociais e delinquentes, e reproduzir nos seus filhos a violência de que foram vítimas em criança. Desenvolvem transtornos múltiplos da personalidade e tendências dissociativas, doenças neurológicas, doenças psiquiátricas, alterações hormonais ou do metabolismo, depressões e sequelas orgânicas de origem traumática (Magalhães, 2005).

As crianças abusadas são mais facilmente afastadas pelo seu grupo de pares, recebem menos elogios e mais críticas negativas, experienciam menos reciprocidade nas relações com os seus companheiros e apresentam uma capacidade inferior na resolução de problemas sociais. Os maus tratos de que a criança é vítima, sejam estes físicos, psicológicos, negligência, abandono ou abuso sexual, são responsáveis por perturbações de várias ordens na vida das crianças e com diferentes níveis de gravidade consoante a frequência, intensidade, tipo e duração do abuso, idade da criança, grau de relacionamento com o perpetrador, personalidade do menor, entre outros (Azevedo e Maia, 2006).

2.3. Prevenção dos Maus Tratos

Dado que os maus tratos têm consequências devastadoras e, por vezes, irreversíveis na vida das crianças, no seu desenvolvimento físico, emocional e social, a melhor opção que a comunidade em geral deve tomar é uma atitude de prevenção. Magalhães (2005) considera três níveis de protecção:

- Primária – Onde se efectua a prestação de serviços à população em geral, com o objectivo de evitar o surgimento dos casos de maus tratos;
- Secundária – Prestação de serviços a grupos específicos tendo como finalidade tratar ou evitar novos casos de violência contra a criança. Azevedo e Maia (2006) mencionam que o principal objectivo desta intervenção consiste na detecção precoce da população em risco e na mudança da sua situação, de modo a prevenir os maus tratos;
- Terciária – Nesta fase, a intervenção é dirigida a vítimas de maus tratos, com o objectivo de minorar a gravidade das sequelas originadas por este problema, procurando-se a reabilitação ou cura das pessoas afectadas.

O objectivo principal da prevenção consiste em promover alterações necessárias a nível económico, cultural, legal, entre outras, para evitar ambientes disfuncionais, potenciadores de ocorrência de violência (Magalhães, 2005).

Parafraseando Azevedo e Maia (2006), os programas de prevenção devem ser globalizados, sendo a saúde e bem-estar pessoal um conceito unitário. Através de diferentes programas interactivos nas diferentes instituições (escolas, pais, profissionais de serviços sociais, entre outros) deve promover-se a intervenção preventiva dos maus tratos infantis, sendo que estes programas, para além de fomentar o desenvolvimento de determinados conhecimentos e habilidades dos menores, deverão ter como objectivo provocar mudanças nas instituições em que estes vivem, principalmente no sistema de relações interpessoais.

Os programas de protecção, para serem funcionais, têm de ter em consideração: as características individuais dos pais, menores, relações familiares, interacções com o meio envolvente e redes sociais; os recursos disponíveis; as modalidades de avaliação da validade e fiabilidade dos programas; as questões éticas e legais relativas à privacidade da família e seus direitos, e, por fim, a dimensão técnico-cooperativa baseada no novo paradigma da intervenção, caracterizado pela interdisciplinaridade e transversalidade das políticas e das práticas sociais sustentadas em programas e projectos e não em instituições (Magalhães, 2005).

Melhorar as condições de vida das famílias e indivíduos, nomeadamente: ao nível do trabalho, habitação, apoio social, assistência médica, entre outros; apostar numa educação de qualidade através do sistema formal e/ou informal; criar redes de apoio social de modo a evitar o isolamento das famílias e/ou indivíduos; promover a participação activa da população na vida comunitária; implementar programas de educação sexual, através da educação formal e da não formal; aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento das crianças e respectivas exigências de maternidade e paternidade; melhorar as competências dos pais para ultrapassar situações de stress; proporcionar a vinculação dos pais com os filhos através de actividades que conduzam à criação de laços emocionais e afectivos; privilegiar o papel da escola como local onde a criança se sinta integrada, respeitada e onde se sinta bem; investir na formação inicial e contínua de professores relativamente à problemática dos maus tratos; investir na promoção da saúde mais do que na prevenção da doença (Azevedo e Maia, 2006).

III - Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Crianças

Segundo o artigo 3.º, n.º 1 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (consultar Anexo 2):

“A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo”.

A promoção dos direitos e a protecção da criança e do jovem em risco compete, subsidiariamente, às entidades públicas e privadas com atribuições em matéria de infância e juventude, às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e, em última instância, aos Tribunais, quando a intervenção das CPCJ não possa ter lugar por falta de consentimento dos pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem ou por não dispor dos meios a aplicar ou executar a medida adequada (Princípio da Subsidiariedade, art. 66.º da Lei 147/99, de 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).



Figura 1 – Modelo de Intervenção (CNPCJR, 2008)

Qualquer pessoa que conheça situações de perigo pode comunicá-las às entidades competentes em matéria de infância e juventude (ECMIJ), às entidades policiais, às CPCJ ou às autoridades judiciais. As autoridades policiais e judiciais comunicam às CPCJ as situações de crianças e jovens em perigo que conheçam no exercício das suas funções. As ECMIJ (nomeadamente, as Autarquias locais, Segurança Social, Escolas, Serviços de Saúde, Forças de Segurança, Associações Desportivas Culturais e Recreativas) comunicam às CPCJ as situações de perigo, quando não possam, no âmbito exclusivo das suas funções, assegurar a protecção de que a criança/jovem precisam (CNPCJR, 2008).

A CNPCJR (2008) refere as seguintes situações que levam a que as CPCJ participem ao Ministério Público uma situação de perigo para o menor:

- Quando consideram adequado o encaminhamento para adopção da criança/jovem;
- Ausência/retirada dos consentimentos para a intervenção, bem como no incumprimento dos acordos;
- Quando não existam os meios para aplicar ou executar a medida adequada;
- Não tenha sido proferida decisão após expirar o período de 6 meses do conhecimento da situação;
- Quando justifiquem procedimento cível.

Como se pode visualizar no “Esquema 1: Formas de Intervenção” (consultar anexo 4), a intervenção pode ser informal ou formal, sendo dada a prioridade aos meios de intervenção informal, excepto nas situações de urgência, onde é exigida uma medida de protecção imediata. Nas outras situações, deve organizar-se uma estratégia de intervenção entre os diferentes profissionais e instituições, capaz de avaliar as suspeitas de perigo ou a gravidade dos maus tratos e de orientar o caso, planeando a investigação de modo a assegurar a protecção adequada ao menor e efectuar um acompanhamento familiar. A rede informal deve ser dinamizada pelos profissionais das ECMIJ ao nível municipal, autárquico ou regional (Magalhães, 2005).

Quando a intervenção da rede informal não é eficaz ou em casos de abuso sexual, a situação deverá ser sinalizada à CPCJ do concelho de residência do menor ou, na sua inexistência, ao Tribunal da Comarca, passando deste modo para a rede formal da intervenção. É da competência da CPCJ ou do Tribunal a definição de medidas de protecção. A retirada do menor para um local de protecção (Hospital ou outra Instituição) pode ser efectuada pela Polícia sem ordem do Tribunal, no entanto este deve ser imediatamente comunicado para que a situação seja legalizada nas 48 horas após a retirada (Magalhães, 2005).

De acordo com Magalhães (2005), este sistema pretende dar resposta às crianças e jovens que, por circunstâncias sócio-familiares particulares, não vêm reconhecidos os seus direitos, carecendo do imprescindível para o seu desenvolvimento pleno e saudável e sofrem de situações de violência.

Encontra-se prevista no artigo 152.º - A do actual Código Penal (2008, p.96-97) a punição relativamente a quem sujeita o menor a maus tratos:

“Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade ou ofensas sexuais ou a tratar cruelmente, a empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas, ou, a sobrecarregar com trabalhos excessivos”.

A resposta penal nos casos dos crimes contra a autodeterminação sexual contra menores de 18 anos, encontra-se estipulada nos artigos 171.º Abuso sexual de crianças menores de 14 anos, no artigo 172.º Abuso sexual de menores dependentes entre os 14 e os 18 anos e no artigo 173.º Actos sexuais com adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos, do Código Penal (2008).

Artigo 171.º	Artigo 172.º	Artigo 173.º
Abuso sexual de crianças	Abuso sexual de menores dependentes	Actos sexuais com adolescentes
Menor de 14 anos	14 aos 18 anos	14 aos 16 anos
<ul style="list-style-type: none"> - Prática de acto sexual de relevo; - Prática de cópula, coito anal ou oral; - Introdução de partes do corpo ou objectos; - Importunação sexual (actos exibicionistas, ...); - Actuação mediante conversa obscena, escrito, espectáculo ou objectos pornográficos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prática de acto sexual de relevo; - Prática de cópula, coito anal ou oral; - Introdução de partes do corpo ou objectos; - Importunação sexual (actos exibicionistas, ...); - Actuação mediante conversa obscena, escrito, espectáculo ou objectos pornográficos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prática de acto sexual de relevo; - Prática de cópula, coito anal ou oral; - Introdução de partes do corpo ou objectos. <p>De maior com menor entre 14 a 16 anos, abusando da sua inexperiência.</p>
Crimes Públicos		

(Tabela n.º 1 – Actos de Abusos Sexuais Punidos por Lei)

Magalhães (2005) defende como fundamental para a investigação, compreender as fases de evolução do comportamento do menor no seu percurso abusivo. As fases típicas numa situação de abuso sexual, são as seguintes:

- Segredo;
- Sentimento de abandono;
- Acomodação à situação;
- Revelação do segredo;

- Contradição da revelação pela dificuldade de assumir essa realidade e pelo receio de causar a degradação familiar;
- Aceitação dos acontecimentos e desenvolvimento de estratégias que lhe permitam a sua auto-aceitação sem vergonha, dívidas ou culpabilidade. Sendo neste processo necessário a ajuda dos técnicos;
- Resolução.

3.1. Medidas de Promoção dos Direitos e Protecção

As medidas de promoção e protecção da Lei de Protecção de Crianças e Jovens têm como finalidade afastar das crianças e/ou jovens o perigo em que se encontram, proporcionando as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e o seu pleno desenvolvimento e garantir a sua recuperação física e psicológica de qualquer forma de exploração ou abuso (Magalhães, 2005).

Nas situações de emergência ou enquanto se procede o diagnóstico da situação do menor e a definição do seu encaminhamento subsequente, podem ser aplicadas medidas provisórias, sendo a aplicação destas medidas da competência das CPCJ ou dos Tribunais (Magalhães, 2005).

Segundo a Lei de Protecção de Crianças e Jovens (ver anexo 2) estas medidas podem ser:

- Medidas em meio natural de vida:
 - o Apoio junto dos pais (programa de Educação parental) (artigo 39.º);
 - o Apoio junto de outro familiar (programa de Educação parental) (artigo 40.º);
 - o Confiança a pessoa idónea (com quem a criança tenha relação afectiva - recíproca) (artigo 43.º);
 - o Apoio para a autonomia de vida (+ 15 anos) (artigo 45.º).
- Medidas de colocação:
 - o Acolhimento familiar (artigo 46.º);
 - o Acolhimento em instituição (artigo 49.º).

- Medida com regime especial – de competência exclusiva dos tribunais:
 - o Confiança a pessoa seleccionada para a adopção (meio natural de vida) ou a instituição (colocação) com vista a futura adopção (artigo 44.º).

O artigo 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo enuncia que apenas em situações de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física do menor e em que haja oposição dos detentores do poder paternal ou responsável do menor, se legitima o recurso aos procedimentos de urgência.

Considera-se que uma criança/jovem se encontra numa situação de perigo quando:

“Está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; é obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação” (artigo 3.º, n.º 2 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Uma situação de urgência trata-se de “uma situação de perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem” (artigo 5.º, alínea c) da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

O tempo para uma criança é completamente diferente do que aquele que encontramos quando nos referimos a um adulto. O processo de desenvolvimento do menor não pára e, deste modo, as intervenções necessárias para a defesa do seu superior interesse têm de ser oportunas, daí que os processos de promoção e protecção tenham carácter urgente e muitas das intervenções que nele se justificam tenham de ser tomadas imediatamente (Manata, 2008).

Segundo Magalhães (2005), quando é necessário proceder à retirada da criança do seu lar, as autoridades policiais podem determinar o seu acolhimento enquanto não for possível a intervenção do tribunal. As unidades de emergência destinam-se a situações muito pontuais que surgem a horas tardias da noite ou aos fins-de-semana, quando é de todo impossível recorrer a uma casa de acolhimento temporário. As casas de acolhimento temporário permitem o acolhimento da criança pelo período de seis meses, neste período de tempo é efectuado o diagnóstico da situação e a preparação do encaminhamento em conjunto com os serviços da comunidade que se encontram responsáveis pelo caso.

“O Centro de Acolhimento é uma resposta social que surge para responder às actuais necessidades postas pela temática das crianças e famílias em situação de risco, devendo caracterizar-se, fundamentalmente, por garantir o acolhimento imediato e absolutamente transitório de crianças em situações de urgência, decorrentes de abandono, maus tratos, negligência ou outros factores” (Fernandes e Silva, 1996, p.5)

A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança/jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamentos de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que garanta à criança/jovem os cuidados adequados para satisfação das suas necessidades, proporcionando-lhes condições para a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral. As instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas beneficiando do acordo de cooperação com o Estado (artigo 49.º e 52.º, da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, ver anexo 2).

A medida aplicada é obrigatoriamente revista após findo o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial e, em qualquer caso, após decorrido um período nunca superior a seis meses. Segundo o artigo 62.º, n.º 3 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, a decisão de revisão pode determinar: a cessação da medida; a substituição da medida por outra mais adequada; a continuação ou a prorrogação da execução da medida; a verificação das condições de execução da medida e, por fim, a comunicação à segurança social da verificação dos requisitos da adopção.

Para Coelho e Neto (2007), a retirada urgente da criança do seu seio familiar deve ser uma situação que só deve ocorrer em última instância e após reflexão sobre a possibilidade de terem sido analisadas e avaliadas todas as alternativas possíveis a essa retirada.

Segundo os mesmos autores, a retirada pode ter consequências graves para o desenvolvimento da criança, para além de ser traumática se for efectuada de uma forma agressiva. É fundamental ter em conta o conceito de vinculação e de reparação afectiva, uma vez que a perda da figura de referência da criança pode originar atrasos de desenvolvimento, depressão ou perturbação no funcionamento futuro da personalidade. Estas consequências dependem da intensidade, frequência e duração da separação, sendo o período mais vulnerável a partir dos seis anos de idade.

“Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança” (artigo n.º 3 da Convenção sobre os Direitos das Crianças, 1990 (ver anexo 1).

É o **superior interesse da criança** o critério prioritário e prevalente quanto a adopção de medidas que visam o bem-estar físico, intelectual, moral ou social da criança/jovem, retirando-a de qualquer forma de perigo. Este interesse é encontrado em função de um caso concreto, situado no tempo e no espaço, através de uma perspectiva sistémica e multidisciplinar, não podendo esquecer ou deixar de ponderar o grau de desenvolvimento sócio psicológico do menor, uma vez que o processo de desenvolvimento é uma sucessão de estádios, com características e necessidades próprias (Manata, 2008).

As situações mais comuns na retirada de urgência são sinalizadas pelos hospitais, principalmente os pediátricos que, após alta clínica, desaconselham que a criança seja entregue aos cuidados dos seus responsáveis. Também bastante comuns são os casos indicados pelos infantários ou creches que indicam as crianças com indícios de serem vítimas de maus tratos físicos, negligência ou abandono (Coelho e Neto, 2007).

Sempre que seja necessário proceder-se à retirada das crianças do seu seio familiar, deve efectuar-se estudos interdisciplinares rápidos e diagnósticos correctos de forma a traçar projectos de vida bem definidos para a criança, em que a reintegração familiar é o objectivo prioritário, o que pressupõe trabalhar a família, tornando-a progressivamente mais competente e responsável. Deste modo, torna-se fundamental a participação activa das famílias no decorrer do processo, estes têm o direito de ser informados sobre a evolução do caso (Fernandes e Silva, 1996).

Sempre que os laços familiares existentes sejam ténues ou mesmo em situações de ruptura, devem ser estimulados o fortalecimento ou o restabelecimento das relações familiares, salvo se essa relação se mostre desaconselhável ou não haja decisão judicial em contrário (Fernandes e Silva, 1996).

IV - Estudo de Casos

Para que melhor se possa compreender a intervenção do profissional de Serviço Social num Centro de Acolhimento Temporário com as crianças e as suas respectivas famílias, são apresentados, neste Projecto de Graduação, quatro Processos Sociais de crianças institucionalizadas na Associação A Casa do Caminho (consultar anexos 5; 6; 7 e 8).

A Associação A Casa do Caminho é uma IPSS que visa o acolhimento temporário de crianças entre os 0 e os 6 anos de idade. A instituição recebe crianças até aos 3 anos, podendo, em casos excepcionais, acolher crianças mais velhas (como é no caso de irmãos) (ver anexo 9).

A Associação A Casa do Caminho encontra-se dividida por três módulos: o **módulo rosa**, onde se encontram os meninos com idades compreendidas entre 0 a 18 meses, o **módulo azul** onde estão os meninos dos 18 aos 3 anos e, por fim, o **módulo verde** onde permanecem os meninos dos 3 aos 6 anos. Estes módulos encontram-se subdivididos em dois espaços, de forma a separar as Crianças mais pequeninas das mais velhas, respondendo desta forma às necessidades e características de cada faixa etária.

Para efectuar o presente estudo de casos, é necessário proceder-se a uma caracterização da família, visando possibilitar o entender do motivo pelo qual a criança foi institucionalizada, compreender a intervenção que foi efectuada, as mudanças que ocorreram no seio familiar e o Projecto de Vida definido para a criança. Importa referir que os motivos que originaram o acolhimento na Associação A Casa do Caminho são idênticos, uma vez que têm como base a negligência, porém o encaminhamento das crianças é diferente. Os nomes das crianças e sua família apresentados nos casos são fictícios.

4.1. Entrevista

Para a realização da seguinte entrevista, a entrevistada escolhida é a assistente social da Associação A Casa do Caminho.

O tipo de entrevista utilizada é semi-estruturada, uma vez que o guião foi previamente organizado e as perguntas iam-se adaptando à conversa com a entrevistada. No guião da entrevista são utilizadas perguntas abertas com o objectivo de poder dar a oportunidade à entrevistada de expor a sua opinião, tendo um grau de resposta mais abrangente com o objectivo de se ficar a compreender melhor e de uma forma mais precisa o trabalho do Serviço Social na instituição. Foram também utilizadas perguntas fechadas, sobretudo relacionadas com a caracterização sócio-demográfica da entrevistada.

A entrevistada mostrou, durante toda a entrevista, não ter qualquer tipo de dificuldade de resposta, dando exemplos concretos de modo a explicar melhor cada situação, tinha uma boa comunicação tendo as suas respostas abertas facilitado o decorrer da entrevista, sem qualquer tipo de dúvidas ou restrições, dando resposta a todas as questões do guião da entrevista.

O conteúdo da entrevista encontra-se na íntegra no anexo 10.

4.1.1. Guião da Entrevista

1.º Caracterização Sócio-demográfica do Entrevistado

Idade

Profissão

Situação na profissão

Experiência profissional

Experiência profissional no que toca à intervenção na área do acolhimento temporário de crianças

2.º Factores Que Influenciam o Acolhimento Temporário das Crianças

2.1. Factores que caracterizam a institucionalização.

2.2. No momento da entrada da criança na instituição, quais as providências que o assistente social deve tomar após a institucionalização?

2.3. Principais necessidades das crianças que são acolhidas.

3.º A Intervenção Familiar

3.1. Qual a função do assistente social na intervenção com familiares directamente implicados no projecto de vida das crianças?

3.2. Como tenta gerir o temperamento difícil de alguns familiares?

3.3. Quando os familiares não se mostram receptivos ao plano de intervenção que lhes propõe como tenta contornar esta situação?

4.º Principais Dificuldades nesta Área

4.1. Dificuldades encontradas no âmbito do exercício da sua profissão.

5.º Principais Estratégias Adoptadas para Superar Dificuldades

5.1. Principais estratégias adoptadas para superar as dificuldades com que se depara no âmbito da execução da sua profissão.

6.º Principais Desafios com os Quais os Profissionais se Deparam

6.1. Que tipo de desafios considera que seja importante destacar para poder intervir nesta problemática e proporcionar um projecto de vida adequado para o saudável desenvolvimento das crianças?

6.2. Qual o contributo da Casa do Caminho para a resiliência das crianças institucionalizadas?

7.º Comentário em Relação aos Casos Práticos

7.1. Qual a sua opinião quanto ao resultado das intervenções nos seguintes casos:

7.1.1. Família n.º 1

7.1.2. Família n.º 2

7.1.3. Família n.º 3

7.1.4. Família n.º 4

4.2. Análise e Discussão de Conteúdo

Toda a informação recolhida dos quatro Processos Sociais das crianças institucionalizadas na Associação A Casa do Caminho e a entrevista realizada à Assistente Social da instituição foi submetida a uma análise e discussão de conteúdo.

De acordo com os vários autores que foram abordados, ao longo do presente trabalho, na origem da institucionalização encontramos situações de crianças vítimas de maus-tratos, negligência ou quaisquer outros tipos de violações dos seus direitos e liberdades fundamentais, afectando a sua saúde, desenvolvimento físico, psicológico e/ou social e a própria dignidade da criança. Foram também abordados os factores de risco que podem estar associados aos maus tratos infantis. De facto, e de acordo com a Assistente Social da Associação A Casa do Caminho, numa situação de institucionalização pode observar-se um conjunto desses factores, sendo na sua maioria situações de negligência, carências sócio-económicas, patologias do foro psiquiátrico e comportamentos desviantes por parte dos responsáveis da criança, situações de violência doméstica, pais jovens e imaturos, bem como a inexistência de retaguarda familiar.

A mesma constatação pode ser observada no “Motivo de Acolhimento na Casa do Caminho”, nos quatro Processos Sociais expostos no presente trabalho (consultar anexos 5; 6; 7; 8): a falta de rendimentos, os antecedentes de falta de competência parental, a não cooperação com os serviços, a falta de maturidade para assumir a guarda de uma criança e a inexistência de retaguarda familiar são exemplos de factores que influenciaram a institucionalização destas crianças na Associação A Casa do Caminho.

Do que se pode reter do artigo 49.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (ver anexo 2), a finalidade da instituição visa dar resposta às necessidades das crianças acolhidas, em termos de alojamento, alimentação, higiene, educação e saúde, promovendo o seu desenvolvimento integral. Do que se pode analisar na entrevista, para além da satisfação destas necessidades básicas, muitas das crianças institucionalizadas necessitam:

*“ (...) de **apoio psicológico e psicoterapêutico**, tendo em conta situações graves que vivenciaram antes da entrada na instituição, bem como de um **plano de estimulação que possa colmatar os atrasos de desenvolvimento** que muitas vezes apresentam. São também crianças **muito carentes** que necessitam de **atenção individualizada**”.*

Porém, Coelho e Neto (2007) defendem que a retirada das crianças pode originar graves consequências no desenvolvimento da criança. Esta ideia está de acordo com a opinião da entrevistada relativamente ao impacto que a institucionalização tem na vida das crianças:

“A institucionalização é para qualquer criança uma situação adversa e que em muitos casos se pode considerar mesmo traumatizante. Num primeiro momento surge a falta de percepção do que lhes está a acontecer e um sentimento de tristeza e de revolta. Posteriormente, e mesmo estando adaptadas à instituição, muitas crianças têm dificuldade em perceber porque motivo têm que permanecer institucionalizadas durante tanto tempo e porque razão não podem ficar com a sua família, ou com (...) as famílias adoptivas. Estas situações ocorrem com mais frequência nas crianças mais velhas (...).”

Esta situação de revolta e sentimentos de tristeza encontra-se bem representada no Processo Social da Família n.º 3. Se no início da institucionalização a Liliana se adaptou bem à Casa do Caminho, não apresentando dificuldades na separação dos pais no final das visitas, regressando bem para o respectivo módulo, com o passar do tempo, e principalmente quando iniciou as saídas com os pais, era-lhe mais custosa a separação, não aceitando o facto de ter de permanecer na instituição.

Segundo a entrevistada, no momento da entrada das crianças na instituição, compete ao Serviço Social servir de intermediário entre os técnicos que acompanham a criança e os técnicos da instituição. É também neste momento que é efectuada a recolha dos documentos e informações relativas à situação da criança e do seu agregado familiar, sendo estas informações de extrema importância para um melhor atendimento a ser-lhe dado e posteriormente à sua família.

Durante o tempo em que as crianças permanecem na instituição, compete ao Serviço Social efectuar: abertura e organização do processo social; realização de uma primeira entrevista aos familiares aquando do acolhimento da Criança (esta entrevista tem como objectivo dar a conhecer a instituição, a marcação dos dias das visitas...), bem como de

outras entrevistas, sempre que se considere necessário para fazer uma avaliação do evoluir de cada situação; acompanhamento das visitas dos familiares; participação em diligências nos Tribunais; elaboração de relatórios, sempre que se considere de importância para a definição do Projecto de Vida da criança; participação em reuniões interinstitucionais no sentido de serem partilhadas informações sobre as situações e definidos planos de trabalho em cada situação... Todas estas actividades do Serviço Social têm, como objectivo último, a definição do Projecto de Vida das crianças e o seu posterior encaminhamento.

Ou seja, é no momento em que surge o Pedido de Acolhimento que nasce a intervenção do Serviço Social. De acordo com a Assistente Social da Associação A Casa do Caminho,

“ainda que o Assistente Social seja chamado a intervir aquando da solicitação de acolhimento da criança na instituição, é a partir do momento em que se concretiza o acolhimento que o Serviço Social intervém de uma forma mais activa, sendo sua função efectuar um diagnóstico da situação que esteve na origem da institucionalização, bem como posteriormente elaborar um plano de intervenção junto da família no sentido desta se capacitar das mudanças a efectuar na sua forma de vida, sempre no sentido da possibilidade do regresso da criança ao agregado familiar de origem. (...) Durante o período em que a criança permanece institucionalizada é necessário capacitar os familiares para a mudança, fazendo-os perceber que apesar de poderem contar com o apoio de diversos serviços, são eles quem tem que mostrar desejo e real motivação para alterar a sua forma de vida, no sentido de, no mais curto espaço de tempo possível, a criança ser reinserida no seu agregado familiar. É necessário levar a que as pessoas percebam que uma instituição, por melhor que seja, não é o sítio ideal para que uma criança possa crescer de uma forma saudável e (...) levar a que os familiares tomem consciência dos problemas que levaram a que a criança fosse institucionalizada e do que poderão fazer para alterar essa situação, bem como numa fase posterior, encaminha-los e orienta-los para os serviços que os poderão auxiliar e prestar apoio a vários níveis (económico, profissional, habitacional...).”

De facto, Magalhães (2005) refere que é da competência dos Assistentes Sociais:

- Promover apoio psicossocial e acompanhamento social ao menor e sua família, dando-lhes auxílio no desenvolvimento de um projecto de vida;
- Mediar o relacionamento na família, e desta com as instituições e com a sociedade em geral;

- Promover o apoio domiciliário, através de uma equipa de técnicos especializados, favorecendo a permanência do menor na família biológica ou alargada;
- Preparar o menor quando estiver em causa a sua retirada do seu seio familiar;
- Preparar o menor para a realização de exames médicos e/ou audiência em Tribunal;
- Elaborar relatórios sociais com vista à definição do projecto de vida da criança;
- Elaborar relatórios sociais para os órgãos criminais, sempre que seja necessário;
- Colaborar nos programas de prevenção dos maus tratos.

É ainda da competência do Serviço Social elaborar Planos de Intervenção, tendo como base a definição dos problemas e necessidades que originaram o acolhimento da criança, sendo o ponto de partida para a definição dos objectivos com vista a proporcionar mudanças no seio familiar. Contudo, uma questão que é necessário analisar, quando se efectua uma intervenção familiar, é perceber a motivação que a família tem para mudar, uma vez que o factor de mudança e o sucesso da intervenção advém da motivação e empenho dos pais e da confiança que depositam nos técnicos. Segundo a entrevistada:

“existem famílias com as quais é difícil articular e fazer uma aproximação no sentido de as estimular e levar a efectuar mudanças na sua forma de vida. São famílias completamente desestruturadas, que não seguem as orientações que lhe são dadas, não têm consciência crítica relativamente aos problemas que as afectam (e que estão na origem da retirada da criança) e que muitas vezes apenas insistem em culpabilizar os serviços e os técnicos pela retirada da criança e pela falta de apoio que lhes é dada”.

Uma vez que é um trabalho contínuo entre técnicos e os familiares directamente implicados na definição do Projecto de Vida do menor, a aproximação do técnico com estas famílias deve ser baseada, sempre que seja possível, “*num clima de confiança, de compromisso e de rigor, fazendo-as entender que (...) estamos dispostos a ajudar e a colaborar na organização da sua vida (...)*”, em que o conceito de *empowerment* está sempre ligado em toda a intervenção efectuada com a família, a entrevistada acrescenta ainda que:

“inicialmente é necessário colocarmo-nos na sua posição e fazê-las entender que percebemos como estão a sofrer com a retirada da criança. É necessário, com insistência, fazê-las perceber que a criança poderá voltar à sua companhia e que isso depende da sua motivação e do seu real desejo em alterar os aspectos que motivaram a institucionalização da criança (...). No entanto, e se este trabalho de motivação não for suficiente, muitas vezes é preciso confrontar as famílias com o facto da criança não ser “sua propriedade”, que correm o risco de a perder, podendo esta ser adoptada, caso não adiram ou recusem efectuar mudanças na sua vida”.

Ou seja, torna-se fundamental para o decorrer do processo e consequentemente para a definição do Projecto de Vida da criança, consciencializar e responsabilizar os cuidadores da criança pelo facto de esta se encontrar institucionalizada, sendo portanto fulcral, trabalhar em conjunto para pôr termo aos problemas e necessidades que necessitam de ser ultrapassadas.

Em relação aos quatro Processos Sociais apresentados no presente trabalho, no que concerne às mudanças efectuadas pelas famílias das crianças, pode-se constatar:

- **Família n.º 1** (anexo 5)

Projecto de Vida: Reintegração Familiar (Família Alargada – tios maternos).

O facto de se ter estipulado o encaminhamento da criança para a reintegração familiar na família alargada deve-se, em primeiro lugar, à falta de competências parentais por parte da mãe, uma vez que esta optou por uma postura de recusa quanto ao aceitar os motivos que levaram à institucionalização da Margarida, dificultando deste modo a intervenção por parte dos técnicos e a ocorrência de mudanças propícias para ultrapassar os problemas e necessidades existentes. Durante a permanência da menina na instituição, foi notória a ausência da mãe no acompanhamento do desenvolvimento da filha, uma vez que a Margarida recebia visitas da mãe de uma forma pouco regular não havendo preocupação em justificar as ausências.

Por sua vez, os tios maternos, após terem sido notificados pelo Tribunal da possibilidade de poderem visitar a Margarida de forma regular e de acordo com as regras da Casa do Caminho, mostraram-se disponíveis e entusiasmados com o facto de

poderem assumir a guarda da menor. Nas visitas, mostravam-se carinhosos e atenciosos com a bebé, sendo frequentes as trocas de palavras de afecto e carinho, dedicando a sua atenção unicamente à Margarida.

Como reuniam as condições necessárias para assumir a guarda da menina a 30.06.2009 o Tribunal decretou a entrega da menor aos tios maternos.

- **Família n.º 2** (anexo 6)

Projecto de Vida: Adopção (com consentimento da progenitora).

A progenitora declara em Tribunal que concorda que a Filipa seja encaminhada para adopção, estando a depoente consciente do seu acto e do que futuramente ele implica na vida da menor. Tem também consciência de que, a partir daquele momento, ela ou qualquer outro membro da sua família ficam impedidos de visitar a menor, bem como fica inibida de exercer o respectivo poder paternal.

Assim, a 03.11.2009 o Tribunal, com o acordo da progenitora, aplicou à Filipa uma medida de confiança à instituição com vista a futura adopção.

De acordo com a Assistente Social da Casa do Caminho, *“sabendo que não conseguiria reunir condições, nem teria a disponibilidade necessária para assumir esta criança, a mãe decidiu oferecer-lhe um futuro melhor. Este foi sem dúvida um verdadeiro acto de amor...”*.

- **Família n.º 3** (anexo 7)

Projecto de Vida: Reintegração Familiar (Família Biológica).

Se os motivos que originaram o acolhimento da Liliana na Associação A Casa do Caminho eram derivados sobretudo à imaturidade dos pais, principalmente da mãe, devido aos factos de serem muito jovens, à falta de rendimentos que permitissem fazer face às despesas do dia-a-dia, ao facto de ambos se encontrarem desempregados, à não

colaboração com os serviços e, à ausência de retaguarda familiar, desde que a Liliana foi institucionalizada, os progenitores tentaram fazer um esforço no sentido de alterar a sua forma de vida, reunido condições que lhes permitissem assumir a filha. A progenitora arranjou um emprego. Ambos alugaram uma casa onde passaram a viver juntos. A avó paterna, mostrou-se disponível para apoiar os progenitores na educação da Liliana.

Este caso é sem dúvida um exemplo de sucesso, uma vez que a retirada da criança a estes pais elucidou-os para o facto de terem de provocar mudanças no seu seio familiar para voltar a reaver a Liliana. De acordo com a entrevistada,

“houve um esforço dos progenitores no sentido de se organizarem e criar condições que lhe permitissem vir a receber novamente a filha, bem como houve também um investimento técnico nesse sentido. Considero no entanto que se deveria ter aguardado mais algum tempo até que se conseguisse melhor perceber a consistência das alterações efectuadas pelos progenitores na sua forma de vida, não se correndo o risco de se tratar apenas de uma situação temporária e da criança ter que voltar a integrar uma instituição”.

- **Família n.º 4** (anexo 8)

Projecto de Vida: Adopção (sem consentimento dos progenitores).

De acordo com a Assistente Social da Associação A Casa do Caminho,

“O agregado familiar desta criança tinha já sido alvo de várias intervenções técnicas, todas elas sem sucesso. Ao longo do tempo de permanência da criança na Casa do Caminho foi também possível perceber que os pais não tinham quaisquer competências para cuidar deste menino, ainda tão pequenino”.

Durante a permanência do Miguel na instituição, os pais não cumpriram com as visitas que lhes eram permitidas, não havendo da sua parte preocupação em justificar as ausências às visitas. Quando visitavam o menino, com frequência chegavam atrasados, não aproveitando desta forma o tempo em que lhes era permitido estar com o Miguel.

Os pais mostravam-se bastante passivos, principalmente o pai que se limitava quase só a permanecer com o menino ao colo. Apresentavam poucos recursos e capacidade para interagir com o Miguel, desconhecendo as necessidades de uma criança com a sua idade. Por vezes, eram desadequados, quer nas atitudes, quer na linguagem inapropriada que utilizavam. Raramente recorriam a brinquedos ou jogos para interagir com o menino.

Para o Miguel, estas visitas não se revestiam de qualquer significado. Permanecia tranquilo, mas indiferente. Não evidenciava reacções discriminadas em relação às figuras parentais, ao contrário do que sucedia com as figuras prestadoras de cuidados. Aceitava passivamente a presença dos pais não revelando sinais de contentamento ou de desagrado, não parecendo gratificado com as visitas. O Miguel separava-se facilmente dos pais.

Para além disto, os pais não colaboravam com os serviços no sentido de potenciar mudanças gratificantes para o seio familiar, não optando por uma parte activa no que toca à provocação de mudanças e criação de condições necessárias para reaver o Miguel.

Apesar do Tribunal, a 27 de Março de 2009, ter aplicado uma medida de confiança na Instituição com vista a futura adopção, os pais recorreram, mas continuaram a manter a postura que tinham no início do processo, ou seja, uma postura de passividade.

Deste modo, e de acordo com a entrevistada, *“não havendo possibilidade de entrega da criança aos pais, nem existindo ninguém na família alargada capaz e disponível para o assumir (...) a decisão de adopção foi a que melhor salvaguardou os seus interesses”*.

Como acima é referido, o Assistente Social, no âmbito do exercício da sua função, depara-se com várias dificuldades que, de uma maneira ou de outra, necessita de ultrapassar. Para além das dificuldades já mencionadas no que toca às famílias das crianças institucionalizadas, segundo a entrevistada:

“A falta de tempo e de recursos técnicos da instituição é também uma outra dificuldade com todos os dias me deparo. O ideal seria ser efectuado um trabalho sistemático e rigoroso com as famílias das crianças, o que se torna muitas vezes impossível devido ao volume de trabalho e à falta de técnicos na instituição”

Sendo ainda da sua opinião, como técnica com experiência no âmbito da área de acolhimento temporário de crianças, que:

“todos os profissionais que estão directamente envolvidos na problemática das crianças em perigo têm como principal desafio tentar, todos os dias e dentro das suas competências, melhorar o desempenho da sua actividade profissional. Durante o tempo em que as crianças permanecem na instituição, devemos todos contribuir para que se sintam protegidas e amadas e para que, no mais breve espaço de tempo, encontrem o seu caminho e possam ser felizes e crescer junto de uma família. Este é sem dúvida o meu principal objectivo enquanto técnica de serviço social de um centro de acolhimento temporário. No entanto, tenho consciência que em muitas situações este é sem dúvida um objectivo difícil de concretizar e que não depende exclusivamente da Casa do Caminho. A articulação com os técnicos que estão directamente implicados no projecto de vida das crianças é fundamental, mas nem sempre, por diversos condicionalismos é o desejável. O trabalho que deveria ser efectuado com as famílias fica muito aquém do que seria necessário. As decisões dos Tribunais nem sempre atendem ao interesse das crianças. Considero que todos os profissionais que trabalham nesta área deveriam ter consciência das implicações da institucionalização e do que quão útil seria se todos trabalhássemos no mesmo sentido e sempre em prol do superior interesse das crianças”.

Como tem sido abordado ao longo do presente trabalho, é dever de toda a comunidade actuar no sentido de prevenir a ocorrência de maus tratos infantis, de forma a que todas as crianças tenham direito a ser crianças e que possam viver a sua infância de uma forma digna. Quando o seio familiar não lhe proporciona as condições necessárias para que a criança tenha um desenvolvimento saudável, compete ao Serviço Social desenvolver, em torno das famílias, um conjunto de actividades que necessitam ser desenvolvidas por forma a criar as condições necessárias para proporcionar o bem-estar da criança. Deste modo, é necessário haver uma articulação de esforços entre a família e os profissionais de Serviço Social, com vista a concretizar as mudanças necessárias.

No entanto, torna-se também necessária a articulação de todos os profissionais envolvidos no processo, de modo a estipularem e distribuírem tarefas entre si para

rentabilizar recursos, visto que a falta de tempo e de recursos técnicos é um entrave para que haja um bom acompanhamento e uma boa intervenção junto da família em questão.

Importa ainda referir a importância da constante actualização do Plano de Intervenção, uma vez que a intervenção do Serviço Social vai incidir na família, que, por sua vez, é constituída por indivíduos que fazem parte da sociedade, sendo esta dinâmica tornando-se, portanto, fundamental a actualização das necessidades, tarefas e metas pretendidas.

É opinião de vários autores citados no presente trabalho e também da entrevistada que a instituição pode causar traumatismos na vida da criança, sendo dever de todos os intervenientes dos casos (técnicos, funcionários e pais) contribuir para que seja desenvolvido na criança um processo de resiliência. Segundo Anaut (2005), a resiliência tem a ver com a capacidade de um indivíduo para sair vencedor de uma situação que poderia ser traumática, como uma força reforçada. A resiliência implica adaptação face às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas), o desenvolvimento normal apesar dos riscos e o domínio de si após um traumatismo.

Deste modo, torna-se fulcral, para o seu desenvolvimento da criança, uma intervenção conjunta entre todos os envolvidos no caso de forma a minorar as consequências da institucionalização e o facto de não poder crescer no seio familiar. Segundo a entrevistada:

“De forma a minorar o sofrimento destas crianças e para que elas se sintam bem na instituição, é necessária uma intervenção conjunta de todos os técnicos, bem das figuras prestadoras de cuidados, as quais estando diariamente com elas, podem efectuar um trabalho essencial no sentido de as fazer sentir bem nesta que é temporariamente a sua casa, e de aproximar o ambiente da instituição o mais possível ao ambiente de uma família”.

Conclusão

Historicamente assiste-se a um crescente enfoque na problemática dos maus tratos a crianças, devido à crescente consciencialização em torno da infância enquanto um período fundamental de desenvolvimento, com especificidades, necessidades e problemas próprios; é notório também o aumento do grau de exigência dos padrões culturais associados à saúde e ao bem-estar da criança. O movimento dos Direitos Humanos e dos Direitos das Crianças veio a ser um grande passo para que estas possam viver uma infância digna, em que todos nós temos o dever e direito de intervir.

A realidade dos maus tratos infantis depende da cultura existente e difere de sociedade para sociedade. Para que se possa intervir adequadamente, nos casos de maus tratos infantis, é necessário analisá-los como se fossem únicos e, como refere Azevedo e Maia (2006), tendo sempre em consideração um conjunto de factores que se lhe encontram associados: as características do indivíduo; o ambiente mais próximo que o rodeia (microsistema); o ambiente mais amplo (o exossistema) e, por último, o sistema que engloba todos os anteriores (macrossistema). Ou seja, os maus tratos infantis são o produto de múltiplas transacções entre as características das crianças, das pessoas que delas cuidam e dos factores ambientais (culturais, económicos, sociais...) onde se infligem ao longo do tempo.

Segundo Duque (2008), os comportamentos ou reacções das crianças face aos maus tratos são variáveis. Para Azevedo e Maia (2006), as experiências de maus tratos durante a infância têm consequências negativas para a criança, não apenas no momento em que ocorrem, mas também ao longo de todo o seu percurso de desenvolvimento. Os problemas no desenvolvimento físico e motor, as perturbações emocionais e sociais, os problemas de comportamentos, os atrasos no desenvolvimento cognitivo e diminuição do rendimento escolar são consequências que os maus tratos têm nas vidas das crianças.

Dado isto, a prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de protecção das crianças/jovens que, nas sociedades modernas, é um dever do Estado, representante de cidadãos, e visa assegurar que as crianças, como sujeito de direitos, possam usufruir do seu lugar na infância. A construção de um Projecto de Vida

para a criança tem lugar quando existe uma medida de promoção e protecção estipulada pelas CPCJ ou pelos Tribunais. As medidas de promoção e protecção da Lei de Protecção de Crianças e Jovens têm como finalidade afastar o perigo em que as crianças/jovens se encontram (Lei de Protecção de Crianças e Jovens, artigo 34.º, n.º 1, alínea a)).

O art.º 4.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo enuncia os princípios pelos quais se deve reger a intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo, entre os quais estipula o do interesse superior da criança e do jovem (a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto), o da intervenção precoce (a intervenção deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida), o da intervenção mínima (a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja acção seja indispensável à efectiva promoção dos direitos e à protecção da criança e do jovem em perigo), o da proporcionalidade e actualidade (a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo em que a criança ou o jovem se encontram no momento em que a decisão é tomada e só pode interferir na sua vida e na da sua família na medida do que for estritamente necessário a essa finalidade), o da responsabilidade parental (a intervenção deve ser efectuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem), o da prevalência da família (na promoção de direitos e na protecção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adopção), entre outros.

Em defesa deste artigo, o profissional de Serviço Social enfrenta uma realidade bastante complexa, contraditória e dinâmica. E, como o principal objectivo é produzir mudanças, necessita definir muito bem os passos que lhe permitam alcançar as mudanças pretendidas na estrutura familiar. O Serviço Social, no âmbito das crianças acolhidas, intervém no sentido de estabelecer e mediar as ligações entre as famílias, as crianças e as diversas entidades implicadas no acompanhamento dos processos, de modo a uniformizar procedimentos, criar canais de comunicação, definir as respectivas intervenções e dar a conhecer a actualidade do processo.

É no momento em que surge o Pedido de Acolhimento que nasce a intervenção do Centro de Acolhimento Temporário. Após o acolhimento da criança a equipa técnica procede ao estudo e diagnóstico do motivo de acolhimento e da situação da sua família identificada, por forma a diagnosticar os problemas e necessidades; mediante este estudo, elabora-se um Plano de Intervenção para a família, estipulando tarefas com vista a minimizar ou eliminar esses mesmos problemas e necessidades, sendo imperativo conhecer todos os aspectos que caracterizam a família, com vista à mudança e consequentemente o seu regresso à família de origem.

A função de estagiário junto da Instituição A Casa do Caminho concretizou-se na: organização dos Processos Sociais das respectivas crianças; participação, realização e registo de entrevistas efectuadas aos familiares; acompanhamento e registo das visitas dos pais às crianças; elaboração de Planos de Intervenção; participação em reuniões técnicas, participação em reuniões interinstitucionais, entre outros.

A realização deste trabalho contribui para a consciencialização das realidades que levam à intervenção futura de um profissional de Serviço Social em contacto com situações concretas de abuso de crianças e jovens obrigados à institucionalização.

Bibliografia

Alto Comissariado da Saúde (2009). Comissão Nacional de Saúde da Criança e o Adolescente 2004-2008. [Em linha]. Disponível em <www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/06/cnsca_2004-2008.pdf>. [Consultado em 11.08.2009].

American Humane (2009). Mary Ellen Wilson. How one girl's plight started the child-protection movement. [Em linha]. Disponível em <www.americanhumane.org/about-us/who-we-are/history/mary-ellen.html>. [Consultado em 15.07.2009].

Anaut, M. (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa, Climepsi editores, pp. 41-49.

Azevedo, M. do C., e Maia, Â. da C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa, Climepsi editores.

Bruto da Costa, A., Batista, I., Perista, P. e Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza. Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa, Gradiva.

Casa do Caminho (2008). História. [Em linha]. Disponível em <www.casadocaminho.pt/historia.htm>. [Consultado em 01.07.2009].

CNPCJR (2008). Direito das Crianças. Sistema de Protecção Português. [Em linha]. Disponível em <www.cnpcjr.pt/left.asp?07.01>. [Consultado em 01.07.2009].

Código Penal (2008). *Código Penal e Legislação Complementar*, 2.^a ed.. Lisboa, QUID JURIS sociedade editora, pp. 96-108.

Coelho, A. M. e Neto, M. (2007). Retirada de Crianças nas Situações Urgentes. [Em linha]. Disponível em <www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1310&m=PDF>. [Consultado em 29.08.2009].

Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Santa Comba Dão (2008). “Síndrome da Criança Abanada”. Porque não podemos abanar as nossas crianças?!. [Em linha]. Disponível em <www.cm-santacombadao.pt/portal/page?_pageid=239,3255332&_dad=portal&_schema=PORTAL>. [Consultado em 05.08.2009].

Diário da República (1999). Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. [Em linha]. Disponível em <www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1026&m=PDF>. [Consultado em 05.07.2009].

Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma Abordagem Sociológica*. Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento.

Duque, C. (2008). MAUS TRATOS: Que intervenção? – A Abordagem da Psicologia Legal. [Em linha]. Disponível em <www.scribd.com/doc/3100666/MAUS-TRATOS-Que-intervencao-A-Abordagem-da-Psicologia-Legal>. [Consultado em 20.07.2009].

Fernandes, M. A. e Silva, M. G. P. da (1996). *Centro de Acolhimento para a Criança em Risco*. Lisboa, Direcção-Geral da Acção Social.

Fernandes, O. M. (2002). Família e cidadania. [Em linha]. Disponível <www.apagina.pt/arquivo/ImprimirArtigo.asp?ID=2015>. [Consultado em 18.08.2009].

Giddens, A. (2002). *Sociologia*, 3º ed.. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Magalhães, T. (2002). *Maus-tratos em Crianças e Jovens*, 4.ª ed.. Lisboa, Quarteto.

Manata, C. (2008). Superior Interesse da Criança. [Em linha]. Disponível em <http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2249&m=DOC>. [Consultado em 29.08.2009].

Martins, P. C. (2002). *Maus-tratos a crianças. O perfil de um problema*. Minho, Universidade do Minho.

Organização das Nações Unidas (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social. Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*. Lisboa, Departamento Editorial do ISSScoop, pp. 20-24.

Sheslow, D. V. (2008). Munchausen by Proxy Syndrome. [Em linha]. Disponível em <kidshealth.org/parent/general/sick/munchausen.html#>. [Consultado em 05.08.2009].

Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra, Quarteto.

Sousa, T. (2008). Prevenir o abuso de crianças. [Em linha]. Disponível em <appepasc.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=74:prevenir-o-abuso-de-criancas&catid=37:foi-noticia&Itemid=78>. [Consultado em 05.08.2009].

Strecht, P. (2006). *Uma Ferida no Coração: Abuso sexual a rapazes*. Lisboa, Assírio & Alvim.

UNICEF (s/d). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. [Em linha]. Disponível em <www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. [Consultado em 29.08.2009].