

Maus-tratos Hospitalares atenderam 35 mil crianças em seis anos

Vigilância. Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco sinalizaram mais de 36 mil casos de menores vítimas de maus-tratos entre 2008 e 2014. Negligência é o exemplo mais comum. PORTUGAL PÁGS.10 E 11

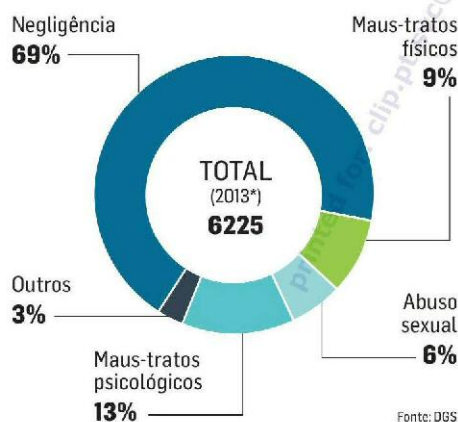
Hospitais e centros de saúde receberam 35 mil crianças por maus-tratos em 6 anos

Risco. Negligência é o tipo de mau-trato mais comum. Equipes trabalham em rede com escolas e outras instituições para ensinar famílias

Número de sinalizações



Tipos de maus-tratos



ANA MAIA

Os Núcleos de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) dos hospitais e centros de saúde sinalizaram mais de 30 mil casos de menores em risco ou vítimas de maus-tratos entre 2008 e 2013. Número a que, segundo dados provisórios, se somam cerca de seis mil crianças acompanhadas no ano passado, na maioria dos casos por situações de negligência (*ver infografia*), que podem ser tão variadas como má alimentação, falhas a consultas, vestuário desadequado ou faltas constantes à escola. No outro ex-

tremo estão situações como a de Bia, que morreu na semana passada vítima de agressões físicas.

Numa das salas do Centro de Saúde do Lumiar as enfermeiras Aida Ferreira, Lurdes Florindo, a psicóloga Alda Morgado, a médica Alice Gonçalves e a assistente social Susana Andrade traçam um plano de intervenção. “Temos aqui o caso das gémeas. Sabemos que este é um pai bom cuidador, mas é violento a falar com a mulher mesmo em frente das crianças. Já assistimos a isso aqui e também nas vi-

sitas domiciliárias. Queremos evitar uma possível situação de violência doméstica. Penso que podemos oferecer uma consulta de psicologia ao pai”, diz Aida Ferreira para as colegas que com ela constituem o NACJR do Centro de Saúde.

“Podemos referir que é preocupado com as filhas, mas que reparámos que tem um tom de voz alto ao pé delas e que podem ficar assustadas”, sugere Alda Morgado. Vão aproveitar a próxima consulta para apresentar a psicóloga. “O nosso objetivo é fazer a prevenção e evitar casos de maus-tratos. Ve-

mo-los nas consultas, sabemos quais são as suas capacidades e podemos traçar um plano de intervenção logo no início”, diz Aida Ferreira. “O nosso trabalho é dar às famílias as ferramentas de que precisam. Queremos que consigam educar”, reforça Alice Gonçalves. Fazem-no com idas a casa, mais consultas programadas e procuram outros membros da família para ajudar. Tudo tem de ser feito com a autorização da família.

O Ministério da Saúde criou os NACJR em 2008. Existem cerca de 240 nos centros de saúde e 44 nos hospitais. Fazem parte de uma rede maior inserida na Lei 147/99, que define o sistema de promoção e proteção dos direitos das crianças. Divide-se em três níveis. No primeiro estão os serviços de saúde, educação, segurança social, instituições de solidariedade, as polícias. No segundo, as comissões de proteção de menores e no terceiro o Ministério Público ou os tribunais.

As referências aos núcleos de saúde são feitas pelas consultas, as escolas, instituições de solidariedade, hospitais. Como o alerta de uma escola por causa de um comportamento demasiado infantil de uma menina de 6 anos e que levou o Centro de Saúde do Lumiar a intensificar as consultas até descobrir que era amarrada. É para estas entidades que os núcleos de saúde também referenciam para criar uma rede que ensine as famílias a cuidar melhor das crianças. Quando não resulta, os casos são comunicados aos níveis seguintes. Dos casos sinalizados pelos núcleos de saúde, 48% são referenciados para outras entidades – como escolas, hospitais, instituições de solidariedade – 43% para as comissões de proteção de menores e 9% para o Ministério Público e tribunais. O núcleo do Lumiar tem 467 processos abertos desde que foi criado, em 2008.

Casos mais graves nas urgências

No núcleo do Hospital de São Fran-

cisco Xavier registam-se cerca de 500 novos casos por ano. “Os mais graves vêm da urgência, mas a maior quantidade vem do internamento e consultas, onde se observam sinais de risco”, diz a assistente social Paula Afonso, membro do núcleo de São Francisco Xavier. Sinais que passam por gravidez não vigiada, falta de ligação ao bebé, doença mental da mãe e adições.

E há histórias que não esquecem. Como a do bebé que referenciaram poucas horas depois de nascer, porque apesar de os pais terem dinheiro eram toxicod dependentes e os sinais de risco estavam lá todos. Da comunicação feita à comissão de proteção de menores e de como os pais recusaram esse contacto. E de como a comissão contactou o tribunal e este deu a indicação para que o bebé fosse para uma instituição assim que tivesse alta. De como o tribunal ditou o regresso à família cinco meses depois. E de como bastaram 11 dias para voltar à urgência, com queimaduras de cigarro, abusado sexualmente e lesões cerebrais.

Mas é a suspeita sem a prova que cria mais angústia. “A maior parte das situações não é nada clara. Os pais, aqui, estão muito condicionados. Há muitos olhares atentos. Normalmente, troco sempre impressões com as comissões de menores, escolas e centros de saúde à procura de mais dados”, conta. “Quando há uma suspeita, referenciamos para o núcleo e marcamos uma consulta vocacionada para a situação de risco como se fosse de seguimento. Temos mais tempo para falar com as crianças e a família”, diz a pediatra Ana Caldeira, referindo que os profissionais estão muito alerta para os maus-tratos.

Mas também reforça que nem sempre os maus-tratos saltam à vista. “Mesmo numa situação de abuso sexual nem sempre os sinais são claros”, dando o exemplo de uma menina que entrou na urgência com uma infeção no joelho. Ficou internada e foi uma análise

que mostrou uma infeção por uma bactéria só transmissível sexualmente. A criança não disse nada, falaram com a família e de imediato com a comissão de proteção de menores.

SINAIS

OBSERVAÇÕES

► **Um dos** métodos de avaliação de sinais de risco nas crianças com menos de 12 meses é a observação da forma como os pais se relacionam com os bebés. Por exemplo, se o bebé chora durante a consulta, o médico ou o enfermeiro observam se os pais reagem, se tentam acalmar o bebé, se lhe prestam atenção.

URGÊNCIAS

► **Idas às urgências** constantes sem que esteja com uma doença física, mas com queixas constantes de dores de barriga. Pode ser um sinal de ansiedade indicador de que há distúrbio na família.

FALA E SONO

► **Dois dos sinais** a ter em conta pelos profissionais como a existência de risco são problemas de sono, dificuldades na fala, na alimentação ou mesmo apatia. A estes juntam-se outros indicadores que os profissionais têm em conta, como problemas de relacionamento ou comportamentos que não são próprios para a idade. Alguns destes sintomas são comunicados pelas escolas aos núcleos da saúde.

FAMÍLIA

► **A criança** pode ser referenciada por conhecimento anterior de fatores de risco da família, como doença mental da mãe ou do pai (bipolaridade, esquizofrenia, depressão), situações de toxicod dependência ou consumo de álcool, retirada de filhos do casal. A referência pode acontecer ainda antes do nascimento, para que o acompanhamento seja precoce.



A proteção das “crianças enjeitadas” começou há cinco séculos

MISERICÓRDIA A proteção das crianças em Portugal deve muito à rainha D. Leonor e à obra que fundou há 516 anos, em agosto 1498: a Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia. A Misericórdia de Lisboa, a primeira do género a nível nacional, tinha como princípios atuar “junto dos

pobres, presos, doentes” e apoiava os chamados “envergonhados”, pessoas caídas na pobreza. Mas rapidamente, com o aumento do seu prestígio, passou a ter como responsabilidade “o apoio às órfãs e a administração do Hospital Real de Todos-os-Santos, com a incumbência da

proteção das crianças enjeitadas”. Missão que prosseguiu até aos nossos dias, sendo uma referência no acolhimento de menores em lares como o ilustrado na foto, que data de 1935 e retrata instalações médicas para cuidado infantil, integradas na obra de proteção à maternidade carenciada.

Faltam mãos e horas para poder cuidar

QUEIXAS Profissionais e técnicos de saúde lamentam a falta de investimento em recursos humanos e o pouco tempo dado aos núcleos

“Parece que é preciso que uma desgraça aconteça para se colocar o tema em cima da mesa. O país politicamente não se preocupa com as crianças”, desabafa Aida Ferreira, coordenadora do núcleo de apoio a crianças e jovens em risco do Centro de Saúde do Lumiar. Faltam recursos humanos e tempo para avaliar todos os casos de crianças em risco ou vítimas de maus-tratos. Queixas semelhantes às das comissões de proteção de menores e que levaram à chamada do ministro da Segurança Social ao Parlamento, que prometeu mais horas para os técnicos.

“Há um desfalque das instituições de solidariedade nas comissões de proteção de menores, na saúde, na Segurança Social. Na prática, isto tem consequências. São precisas pessoas para ir com as famílias, levá-las ao médico. Quando não há um técnico para o fazer, tem-se a esperança angustiante de que a família vá ao médico de família”, diz Susana Andrade, assistente social do Centro do Lumiar e membro do núcleo.

A lei prevê que sejam contempladas horas do horário normal destes profissionais para trabalharem no núcleo de apoio a crianças em risco. Mas com menos recursos e muito trabalho, na prática, o que resulta é pouco. “A lei tem uma lacuna. Não diz qual o tempo obrigatório. A Saúde dá três horas por semana, o que não chega e não nos dá capacidade para fazer a gestão

dos processos”, aponta Aida Ferreira. São as que têm para as reuniões semanais em que discutem os casos e as ações a fazer junto das famílias e outras instituições. O mesmo aponta Paula Afonso, assistente social do núcleo do Hospital São Francisco Xavier. “Não temos o luxo de estar a discutir os ses. A lei diz que deve ser dada primazia de tempo ao núcleo, mas não é verdade. Há um esforço que fazemos para manter a dinâmica”, lamenta.

Horas que faltam também para a formação. “Só vemos o que estamos treinados a ver. O nosso trabalho é mais do que medir ou pesar. É preciso ter competência para estas áreas. É um trabalho muito sério e importante. É preciso que os políticos percebam que este é um trabalho que tem de ser pago e reconhecido”, diz Alice Gonçalves, médica de família no Centro de Saúde do Lumiar.

ENTREVISTA: BÁRBARA CATANHO DE MENEZES

Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil explica que o objetivo dos serviços de saúde é evitar as situações graves e dar competências aos pais

“São casos que não estão só ligados a condições económicas nem a um perfil”



“
Temos de ver a família como estando doente”

São os hospitais e os centros de saúde muitas vezes os primeiros a identificar situações de crianças vítimas de maus-tratos. Em que casos os núcleos de saúde de apoio a crianças em risco fazem comunicação ao Ministério Público e à comissão de menores?

Se for uma situação de perigo iminente, ou que não haja adesão imediata dos pais no momento, o núcleo comunica ao Ministério Público. Uma criança espancada, a prova de que os pais consomem drogas, álcool, e consequentemente que a criança passa horas sozinhas, ou que tem uma doença crónica e que os pais não dão a medicação podem ser casos extremos de perigo de vida iminente. Comunica-se ao Ministério Público e pode pedir-se a retirada da responsabilidade parental por 72 horas. Pretende-se detetar as situações de risco mais cedo para evitar que evoluam para este tipo de

situação.

Como é que isso é feito pelos núcleos?

A Saúde sempre defendeu que os médicos e os enfermeiros que fazem a vigilância das crianças deveriam estar atentos a uma nova realidade, que é a identificação de situações de risco de maus-tratos. Introduzimos, em 2013, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil um novo enfoque sobre a relação emocional, as perturbações do desenvolvimento e do comportamento, incluindo um novo parâmetro de avaliação de risco familiar. São tão importantes como medir ou pesar a criança. Esta avaliação vai definir o plano de intervenção.

E que intervenção é essa?

Podemos falar de um perfil de famílias de risco?

A mensagem que passamos aos profissionais de saúde é que não estamos aqui para julgar. Sempre que há uma suspeita, temos de ver a família como estando doente e a precisar de ajuda. São casos que não estão ligados só a condições so-

cioeconómicas nem a um perfil definido. A dinâmica do mau-trato desenvolve-se por características dos pais e da criança, do meio familiar e ou socioeconómico. Se alguma destas áreas descompensa e se os profissionais não estiverem atentos para detetar a situação, podemos estar perante uma situação de crise que poderia desencadear qualquer tipo de mau-trato. A intervenção, muitas vezes, passa por criar um espaço onde os pais possam falar das dificuldades, dos medos e vivências. Isso permite orientar e reforçar as competências como pais. Pode parecer pouco, mas às vezes é suficiente para diminuir os fatores de risco.

Quais são os sinais de alerta?

Muitos dos sinais são através de alterações do comportamento. As crianças mostram-se agitadas, com problemas de sono, apatia, dificuldade em alimentar-se, perturbações da linguagem. Depois de fazer toda a pesquisa de que não é uma

doença física, temos de colocar sempre a hipótese de perturbação emocional, que é o primeiro sintoma de conflitos familiares. Muitos pais não percebem que não estão a responder às

necessidades da criança. Uma situação destas poderia vir a desencadear uma situação de negligência passiva, se não houver uma intervenção atempadamente.

O que pode levar a estas falhas?

Uma das funções do enfermeiro, médico de família ou até dos profissionais das urgências é fazer a avaliação de competências parentais e ajudar estes pais a desenvolvê-las. Podem estar com problemas pessoais, de trabalho, surgir uma doença ou uma morte, um divórcio que provoque uma crise familiar e que leva a uma falha na dinâmica familiar. Ou, pelas suas características, são pais que precisam de ajuda mais especializada. Não conseguem ser protetores dos filhos talvez porque ainda estão muito virados para si próprios e não sabem como o fazer.