

MÊS DA PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

2016



Carlos Escobar, pediatra

Filipa Fonseca, psicóloga

Helena Almeida, pediatra

Joana Romeiro, enfermeira

Luísa Tavares, enfermeira

Maria Lurdes Torre, pediatra

Marta Ezequiel, interna de pediatra

Patrícia Santos, assistente social

Teresa Vidal, enfermeira

Tiago Silva, enfermeiro

nhacjr@hff.min-saude.pt



Abril – mês de prevenção dos maus tratos na infância





Abril – mês de prevenção dos maus tratos na infância

Nos EUA desde 1983...

NATIONAL CHILD ABUSE
PREVENTION MONTH **2016**

**APRIL IS NATIONAL CHILD
ABUSE PREVENTION MONTH**

BUILDING COMMUNITY, BUILDING HOPE

Strong, nurturing communities that are supportive of families can get involved and play a role in preventing child abuse and neglect and promoting child and family well-being.





Abril – mês de prevenção dos maus tratos na infância

A Campanha do Laço Azul

- 1988 na Virgínia (E.U.A);
- Bonnie W. Finney amarra uma fita azul ao seu carro “para as pessoas se questionarem”;
- História dos maus tratos à sua neta e morte do neto de uma forma brutal;
- Porquê **azul**?
 - Lembrança dos corpos dos netos cheios de nódoas negras;
 - Azul como lembrete constante para a sua luta na protecção das crianças contra os maus tratos;

“O azul funciona para mim como um constante lembrete/alerta para lutar pela protecção das crianças.”

Bonnie W. Finney



LEI DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO

-Lei n.º 147/99, de 1 Setembro -

(última atualização: Lei n.º 142/2015, de 08/09)



DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE



Objetivos:

- **Identificar** as situações de crianças e jovens vítimas de maus-tratos e em situações de risco, identificando sinais de alerta ou características peculiares de sintomas;
- Proceder à **avaliação** de disfunções familiares que motivam os maus-tratos e situações de risco às crianças e jovens;
- Desenvolver ações necessárias com o objetivo de **minimizar** as situações detetadas;
- Proceder ao **encaminhamento** para outras instituições, sempre que necessário;
- Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da **prevenção** da ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e da sinalização ou encaminhamento dos casos identificados;
- **Adequar** os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.



FICAR – CrEPe – NHACJR

Equipa multiprofissional criada a 6 de Setembro de 2006

Trabalho em equipa

Pediatras

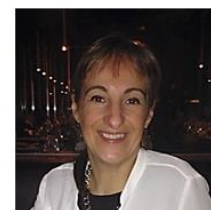
Enfermeiros

Psicóloga

Assistente Social

Jurista

Agente da PSP





“Protocolo de maus tratos”

- Preenchimento médico na Urgência Pediátrica
- Ficha de sinalização e descrição das situações ao NHACJR
- Informação social e clínica
- Protocolo de atuação incorporado (*link*)
- Facilita a recolha de dados

Protocolo Maus Tratos Dr.º Agendado n/d

PROTOCOLO DE URGÊNCIA DA CRIANÇA MALTRATADA

Avaliações

Alergias

QDP

Intervenções

Medicação / IVs

Identificação

Acompanhante

Nome Telefone

Morada

Grau de Parentesco

Mãe

Nome Idade

Escolaridade Profissão

Pai

Nome Idade

Escolaridade Profissão

Irmãos

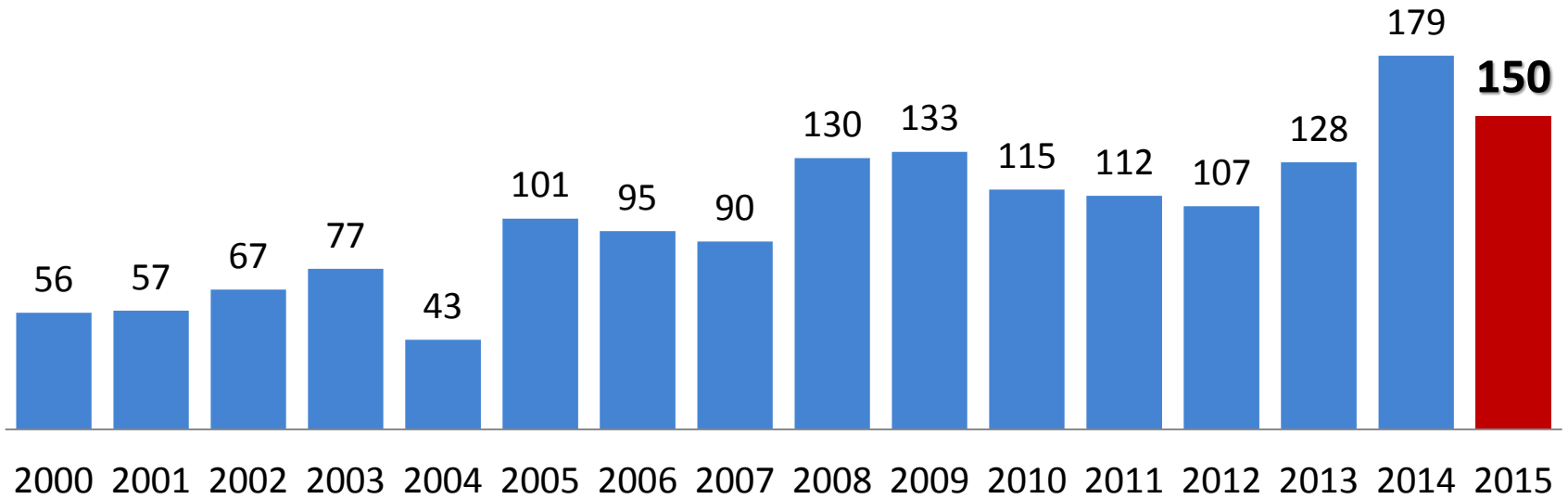
☐ Mais de 5 Irmãos

Idade	Sexo	Meio Irmão	Nome
6	Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desde 2012



Casuística



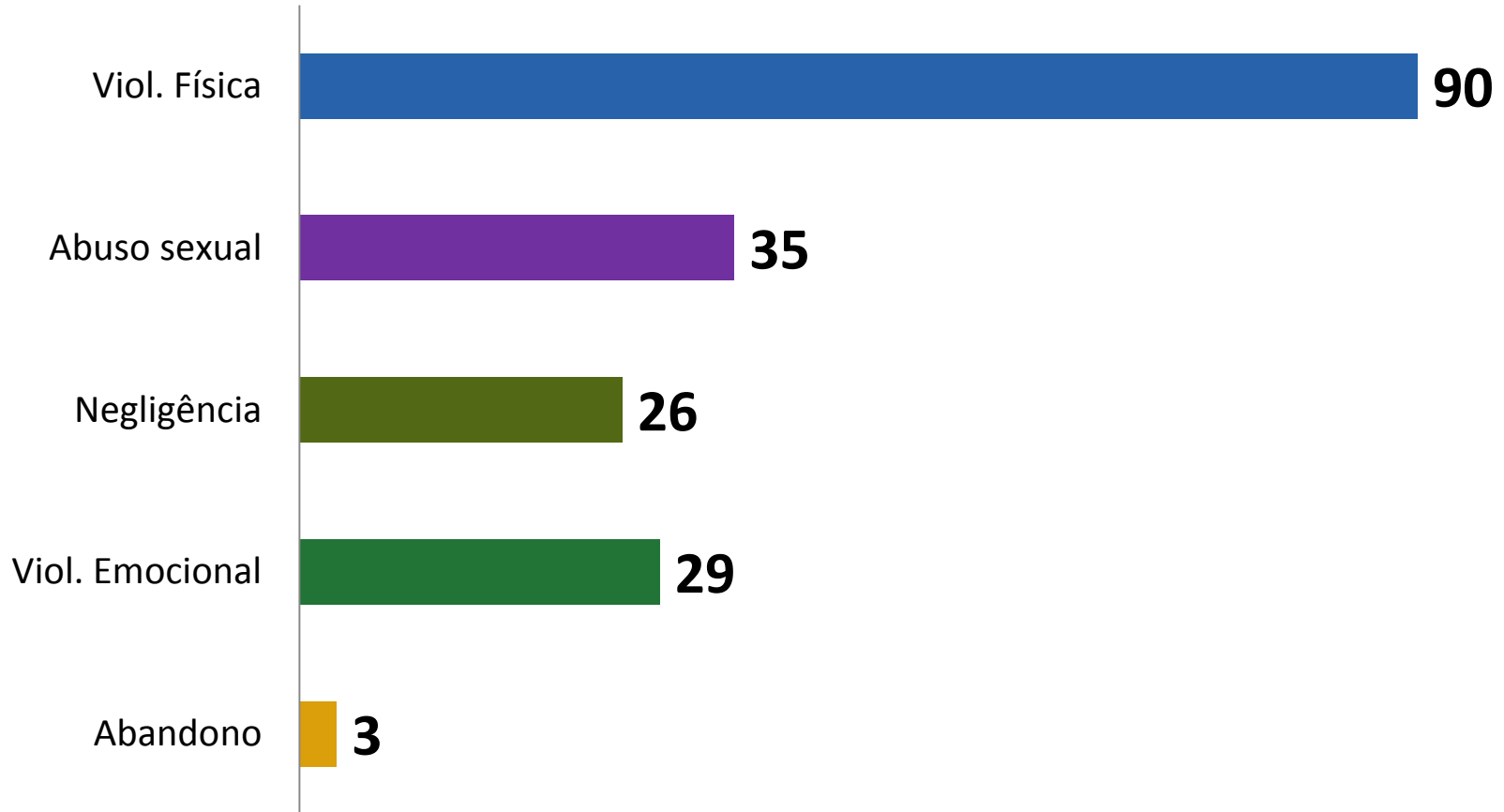
Nº total de protocolos de MT

65% Sexo Feminino

35% Sexo Masculino



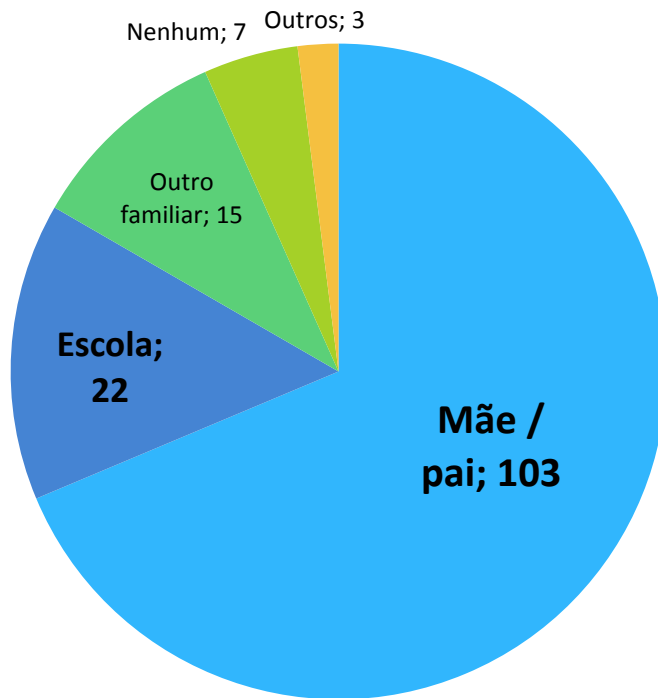
Casuística 2015



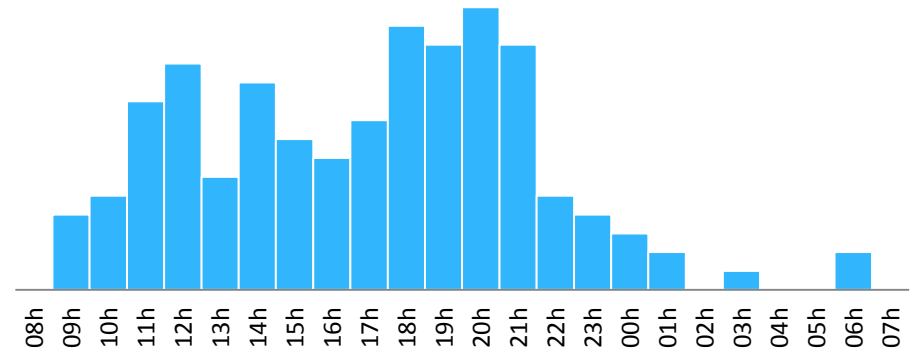


Casuística 2015

Acompanhante:



Hora de entrada no SUP:





Maus tratos infantis

“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças/jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder.

Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos).”

(T. Magalhães, 2004; DGS, 2008)



1) Violência física

2) Abuso sexual

3) Abuso emocional

4) Negligência

5) Bullying

Qualquer tipo de acção intencional que resulta da utilização da força ou objecto contra a criança ou adolescente, e que provoque ou possa provocar **dano físico**.

Fazem parte :

- criança abandonada
- queimaduras
- fraturas, traumatismos
- sufocação e afogamento
- intoxicações provocadas
- castigo corporal
- violência entre pares na forma de *bullying* físico e praxe (com intenção de provocar dor ou desconforto, físico ou psíquico) (UNICEF)
- Síndrome Münchausen por procuração



1) Violência física

2) Abuso sexual

3) Abuso emocional

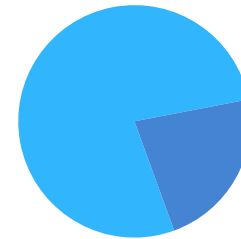
4) Negligência

5) Bullying

90 casos

Uso de
força
física; 69

Uso de
objeto ; 20



Outros; 24

Pai ; 31

52% agredidos
em **casa**

Colega
escola ; 19

Mãe ; 16



12 em contexto de **Bullying**







1) Violência física

2) **Abuso sexual**

3) Abuso emocional

4) Negligência

5) Bullying

Qualquer tipo de acção que tem como objetivo a **satisfação sexual** de um adulto ou de outra pessoa mais velha e/ou mais forte e que se encontra numa posição de poder ou autoridade sobre a criança ou adolescente.

Fazem parte :

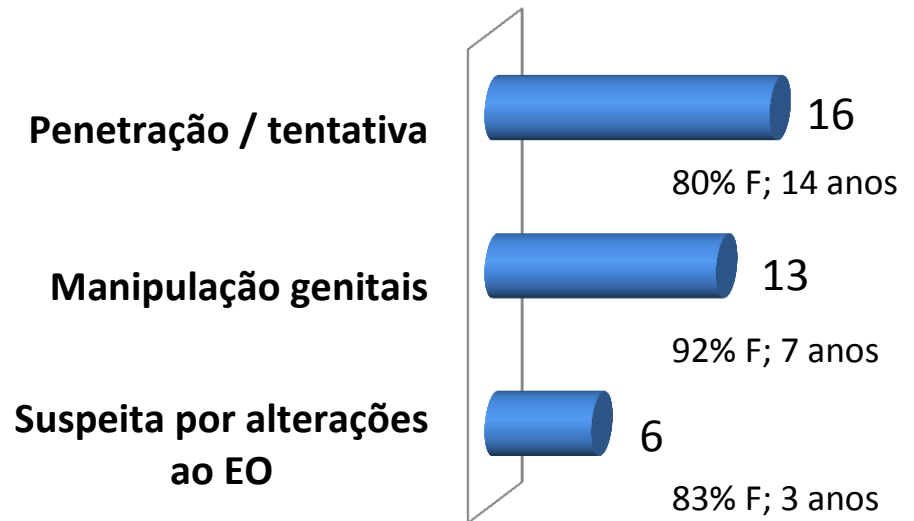
- penetração com partes do corpo ou objecto
- manipulação dos órgãos sexuais
- atos exibicionistas ou material escrito ou visual de conteúdo sexual
- captura de imagens mediante fotografia ou vídeo com carácter sexual
- casamento infantil
- mutilação genital feminina
- violência sexual nas relações de intimidade



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual**
- 3) Abuso emocional
- 4) Negligência
- 5) Bullying

35 casos

% sexo feminino; idade mediana



- Apenas 7 casos recorreram ao SUP <72h desde a agressão
- O principal suspeito agressor é um conhecido não familiar (10)



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual
- 3) **Abuso emocional**
- 4) Negligência
- 5) Bullying

Frequentemente associado a todos os outros tipos de abuso

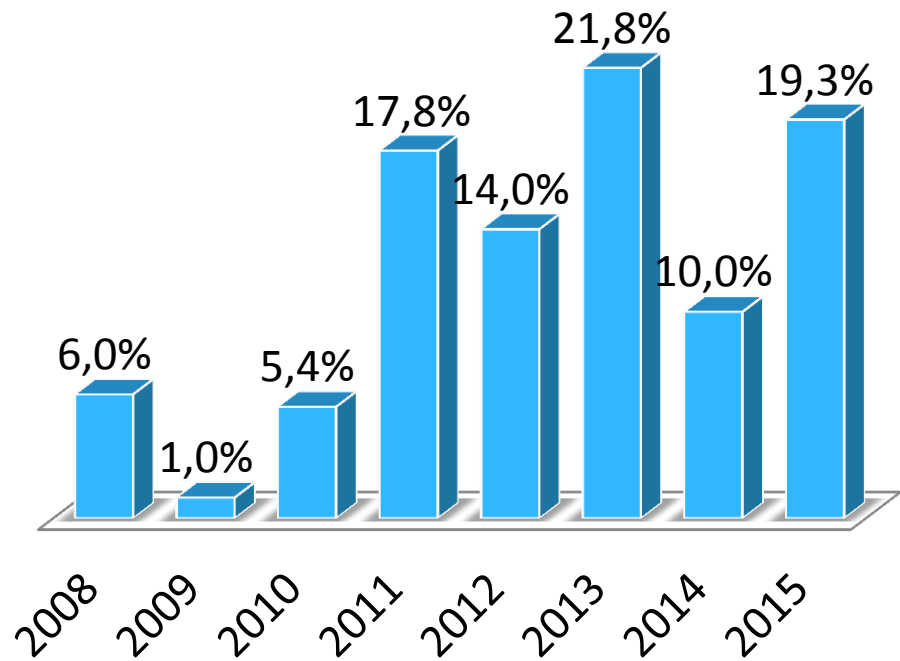
Atos deliberados caracterizados pela manipulação violenta de **emoções** ou **falta de suporte afetivo** e reconhecimento das necessidades psicológicas e emocionais.

Fazem parte :

- insultos
- desvalorização
- ameaça
- rejeição
- indiferença
- culpabilização
- favoritismo
- *bullying* e *cyber-bullying*
- violência emocional no namoro
- problemas relacionais entre pais e criança



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual
- 3) **Abuso emocional**
- 4) Negligência
- 5) Bullying



Frequentemente associado a todos os outros tipos de abuso



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual
- 3) Abuso emocional
- 4) Negligência
- 5) Bullying

... quando o cuidador tem capacidade, conhecimento e acesso aos serviços necessários para a cobertura das necessidades da criança e falha nesse objectivo (UNICEF, 2014)

Incapacidade de proporcionar à criança ou jovem a satisfação das necessidades de **protecção ou provisão** a nível físico, emocional, médico e/ou educativo, ou incapacidade de proporcionar segurança para o seu correcto desenvolvimento.

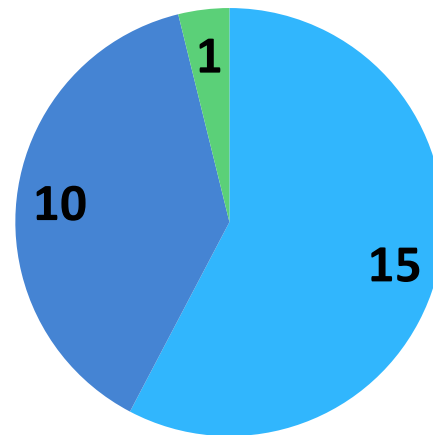
Fazem parte :

- falta de cuidados de higiene ou alimentação
- abandono temporário ou permanente
- omissão escolar
- falta na prestação dos cuidados de saúde pré e pós-natais
- mendicidade
- carência psicoafectiva



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual
- 3) Abuso emocional
- 4) Negligência**
- 5) Bullying

... quando o cuidador tem capacidade, conhecimento e acesso aos serviços necessários para a cobertura das necessidades da criança e falha nesse objectivo (UNICEF, 2014)



- Lesão resultante de comportamento negligente
- Falta de cuidados adequados
- Procura tardia de cuidados médicos



- 1) Violência física
- 2) Abuso sexual
- 3) Abuso emocional
- 4) Negligência
- 5) Bullying**

3 características principais:

- a) Um comportamento agressivo
- b) Ocorre repetida e continuamente
- c) Envolve um desequilíbrio de poder

→ É hostil e proactiva; envolve comportamentos directos e indirectos

O papel dos profissionais:

- Estar atento aos sinais e sintomas para o diagnóstico de *bullying*
- Registos das lesões e queixas que podem estar a ser desvalorizados pela escola
- Articulação com NACJR / saúde escolar



Protocolos

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO na Urg Pediátrica no ABUSO SEXUAL < 72h

NHACJR – HFF
Setembro 2014

AVALIAÇÃO INICIAL:	
1. ANAMNESE (se possível em conjunto com Psicóloga e/ou Assistente Social)	Contactos úteis: Serviço social: -Pediatria: 927820093 (<13h) -Urg Geral: 925482464 (13-21h) NHACJR: 961708849 Psicologia: ext 6470 (< 16h) PSP: ext 8392, 8456 INML: 218811800 (<17h) 917288312 (24h)
- Local, data e hora do abuso	
- Episódio isolado / recorrente	
- Informação sobre abusador	
- Informação sobre o tipo de abuso e ejaculação / outros restos biológicos	
- Antecedentes pessoais e estado vacinal	
2. EXAME FÍSICO completo, sem observação genital	
3. CONSERVAR: roupas em saco de papel / fotografia identificável das lesões	

INML:	
Contactar INML para observação médico-legal urgente no HFF ou programado na sede do INML do Sul (ver contactos)	

EXAMES COMPLEMENTARES:		
- Avaliação laboratorial geral: Hemograma + F. Renal + ALT		
- Urina II para Teste Imunológico da Gravidez (TIG) se penetração vaginal na ♀ pós-pubere		
- Serologias: Ac anti-VIH 1 e 2 + AgHBs (teste rápido) e Ac anti-VHC + AcHBs + VDRL (tubo bioquímica)		
- Outras colheitas dependendo do tipo de abuso sexual e vítima:		
Colheita:	DST:	Nota:
Zaragatoa endocervical (penetração vaginal na ♀ pós-pubere)	Meio carvão – gonorreia e bactérias (exsudado vaginal na ♀ pré-pubere) Imunofluorescência (kit próprio) – clamídia	(solicitar apoio da ginecologia ou da medicina legal)
Zaragatoa rectal (penetração anal ♂ e ♀)	Extensão do estudo de gonorreia	-
Zaragatoa faringea (penetração oral ♂ e ♀)	Extensão do estudo de gonorreia	-

TERAPÊUTICA:		
1. <u>Contracepção de emergência</u> (se TIG negativo) → Levonorgestrel 1,5 mg PO em dose única		
2. Profilaxia ISTs:		
- <u>Antibiótico</u> : ♀ pós-pubere e ♂ + penetração anal/vaginal ou abuso traumático		
• Ceftriaxone 250mg IM dose única (ou Cefixima 400mg PO dose única)		
• Azitromicina 1g PO dose única (ou se <45kg: 20mg/kg PO dose única, max 1g)		
• Metronidazol 2g PO dose única (ou se <45kg: 15mg/kg/dia PO, 3id, 7 dias)		
- <u>Profilaxia VIH</u> : ♂ e ♀ + penetração ou traumática + abusador VIH positivo ou desconhecido → 28 dias		
Lactentes ou <10kg	Criança (10-30kg) ou incapaz de tomar comprimidos	Adolescentes ou >30kg
Zidovudina (AZT) sol oral (10mg/mL) 12mg/kg/dose PO 2id (max 300mg/dose)	Zidovudina (AZT) sol oral (10mg/mL) 9mg/kg/dose PO 2id (max 300mg/dose)	AZT 300mg PO 2id + 3TC 150mg PO 2id (Combivir® 1cp PO 2id)
+ Lamivudina (3TC) sol oral (10mg/mL) 4mg/kg/dose PO 2id (max 150mg/dose)	+ Lamivudina (3TC) sol oral (10mg/mL) 4mg/kg/dose PO 2id (max 150mg/dose)	+ Tenofovir 300mg PO id (Viread 245mg® 1cp/dia)
+ Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) sol oral (80/20mg/mL) – 12mg/kg/dose LPV PO 2id	+ Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) sol oral (80/20mg/mL) – 10mg/kg/dose LPV PO 2id	
NOTA: maior eficácia nas primeiras 6h; combinar sempre com os pais e explicar efeitos 2ários: náuseas, vômitos e diarreia; não iniciar se não houver previsão de uma boa adesão.		
- <u>Profilaxia VHB</u> : se vacinação incompleta ou não vacinado → IGHV 0.06mL/kg (max 5mL) IM dose única + reforço de vacina anti-VHB		

RISCO:	
- Critérios de internamento médico / psicológico → UICD ou Enfermaria + referenciar ao Serviço Social	Protocolo maus-tratos NHACJR
- Criança em perigo eminente ou actual com oposição dos detentores do poder paternal → PSP → Procurador Ministério Público (art.91º) → Acolhimento Emerg. ou Linha Nac. Emerg. Social → telf. 144	
- Sem critério de internamento e sem risco → ALTA + ECMUJ + Consulta Ped Apoio e Risco/Psic. NHACJR	

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO na Urg Pediátrica no ABUSO SEXUAL > 72h

NHACJR – HFF
Junho 2014

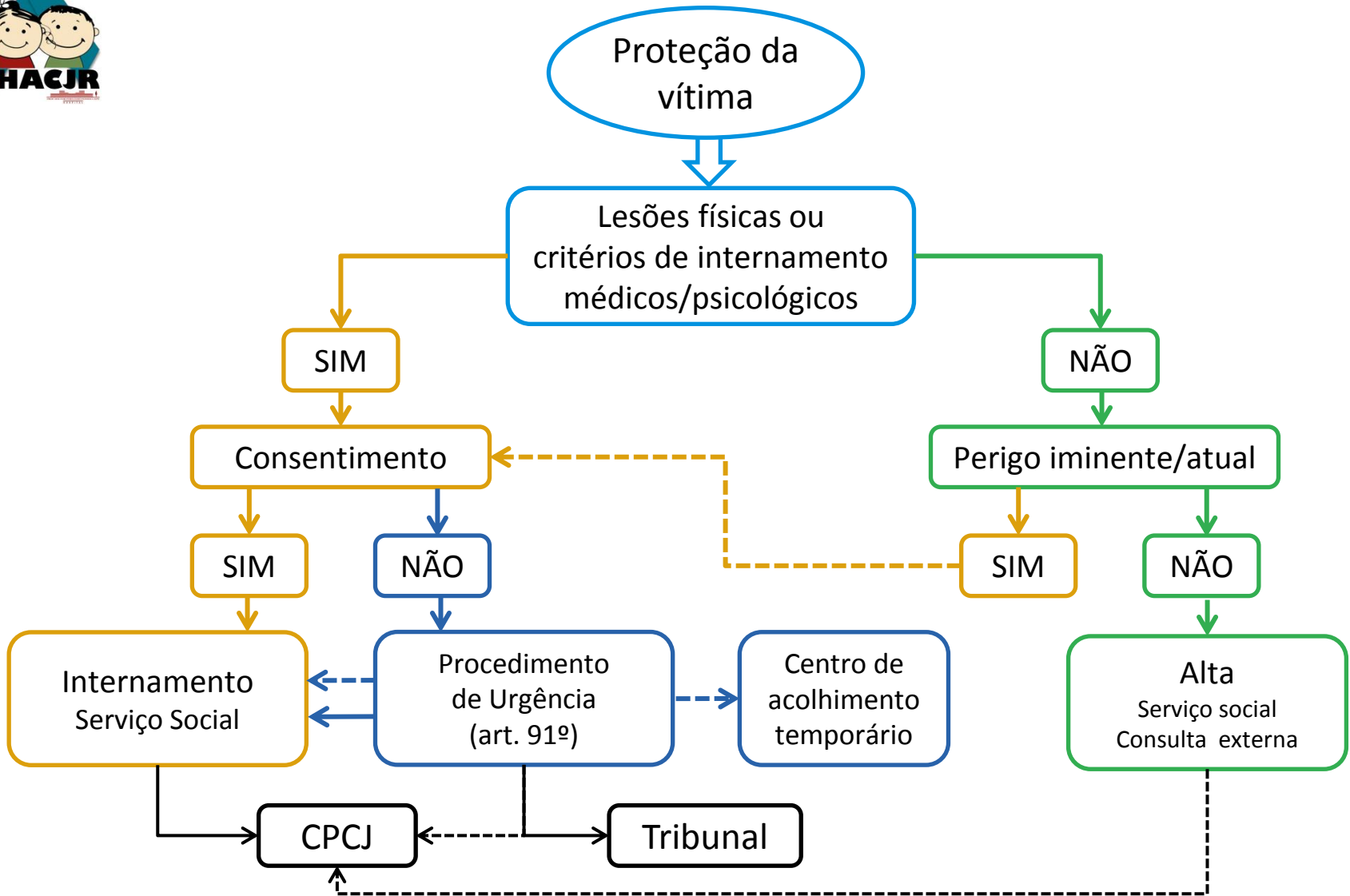
AVALIAÇÃO INICIAL:	
1. ANAMNESE (se possível em conjunto com Psicóloga e/ou Assistente Social)	Contactos úteis: Serviço social: Pediatria – 927820093 (<13h) Urg Geral – 925482464 (13-21h) NHACJR: 961708849 Psicologia: ext 6470 (<16h) PSP: ext 8392, 8456
- Local, data e hora do abuso	
- Episódio isolado / recorrente	
- Informação sobre abusador	
- Informação sobre o tipo de abuso	
- Antecedentes pessoais e estado vacinal	
2. EXAME FÍSICO com observação genital (pedir colaboração ginecologia)	
3. CONSERVAR: fotografia identificáveis das lesões	

EXAMES COMPLEMENTARES:		
- Urina II para Teste Imunológico da Gravidez (TIG) se penetração vaginal na ♀ pós-pubere		
- Serologias: Ac anti-VIH 1 e 2, Ac anti-VHC, AgHBs, AcHBs e VDRL		
- Outras colheitas dependendo do tipo de abuso sexual e vítima:		
Colheita:	DST:	Nota:
Zaragatoa endocervical (penetração vaginal na ♀ pós-pubere)	Meio carvão – gonorreia e bactérias (exsudado vaginal na ♀ pré-pubere) Imunofluorescência (kit próprio) – clamídia	(solicitar apoio da ginecologia para colheita do endocolo)
Zaragatoa rectal (penetração anal ♂ e ♀)	Extensão do estudo de gonorreia	-
Zaragatoa faringea (penetração oral ♂ e ♀)	Extensão do estudo de gonorreia	-
Raspado de vesículas para PCR Herpes 1/2	Se lesões vesiculares genitais suspeitas de herpes	(solicitar apoio da ginecologia)
Biopsia de condiloma	Se suspeita de infecção por HPV	(referenciar a dermatologia)

TERAPÊUTICA:	
1. Contracepção de emergência não indicada → se TIG positivo referenciar ao SU Obstetrícia	
2. Profilaxia ISTs:	
- <u>Antibiótico</u> : ♀ pós-pubere ou pré-pubere sintomática e ♂ + penetração anal/vaginal ou traumático	
• Ceftriaxone 250mg IM dose única (ou Cefixima 400mg PO dose única)	
• Azitromicina 1g PO dose única (ou se <45kg: 20mg/kg PO dose única, max 1g)	
• Metronidazol 2g PO dose única (ou se <45kg: 15mg/kg/dia PO, 3id, 7 dias)	
- Profilaxia VIH não indicada	
- <u>Profilaxia VHB</u> : se vacinação incompleta ou não vacinado → reforço de vacina anti-VHB (se abuso decorreu nas 6 semanas prévias)	

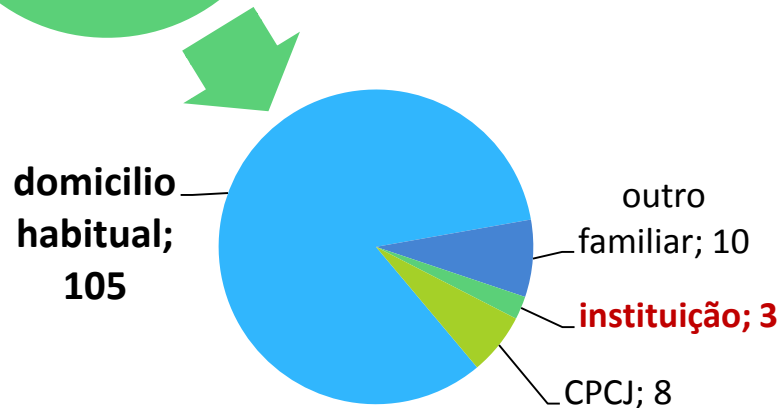
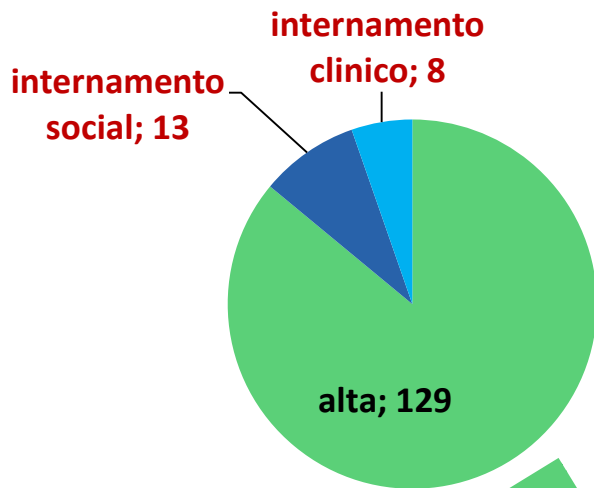
RISCO:	
- Critérios de internamento médico / psicológico → UICD ou Enfermaria + referenciar ao Serviço Social	Protocolo maus-tratos NHACJR
- Critérios internamento social → Enfermaria + CPCJ ou Tribunal (se já estiver a decorrer processo)	
- Criança em perigo eminente ou actual com oposição dos detentores do poder paternal → PSP → Procurador Ministério Público (art.91º) → Acolhimento Emerg. ou Linha Nac. Emerg. Social → telf. 144	
- Sem critério de internamento e sem risco → ALTA + ECMUJ + Consulta Ped Apoio e Risco/Psic. NHACJR	

Terapêutica disponível no S.O.

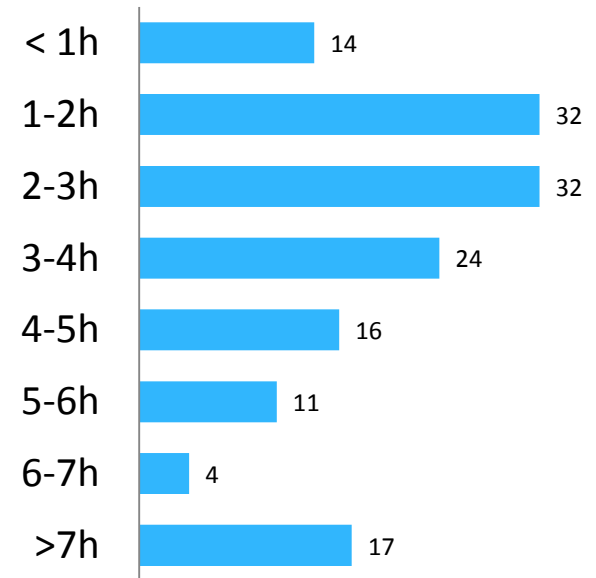


Casuística 2015

Encaminhamento:

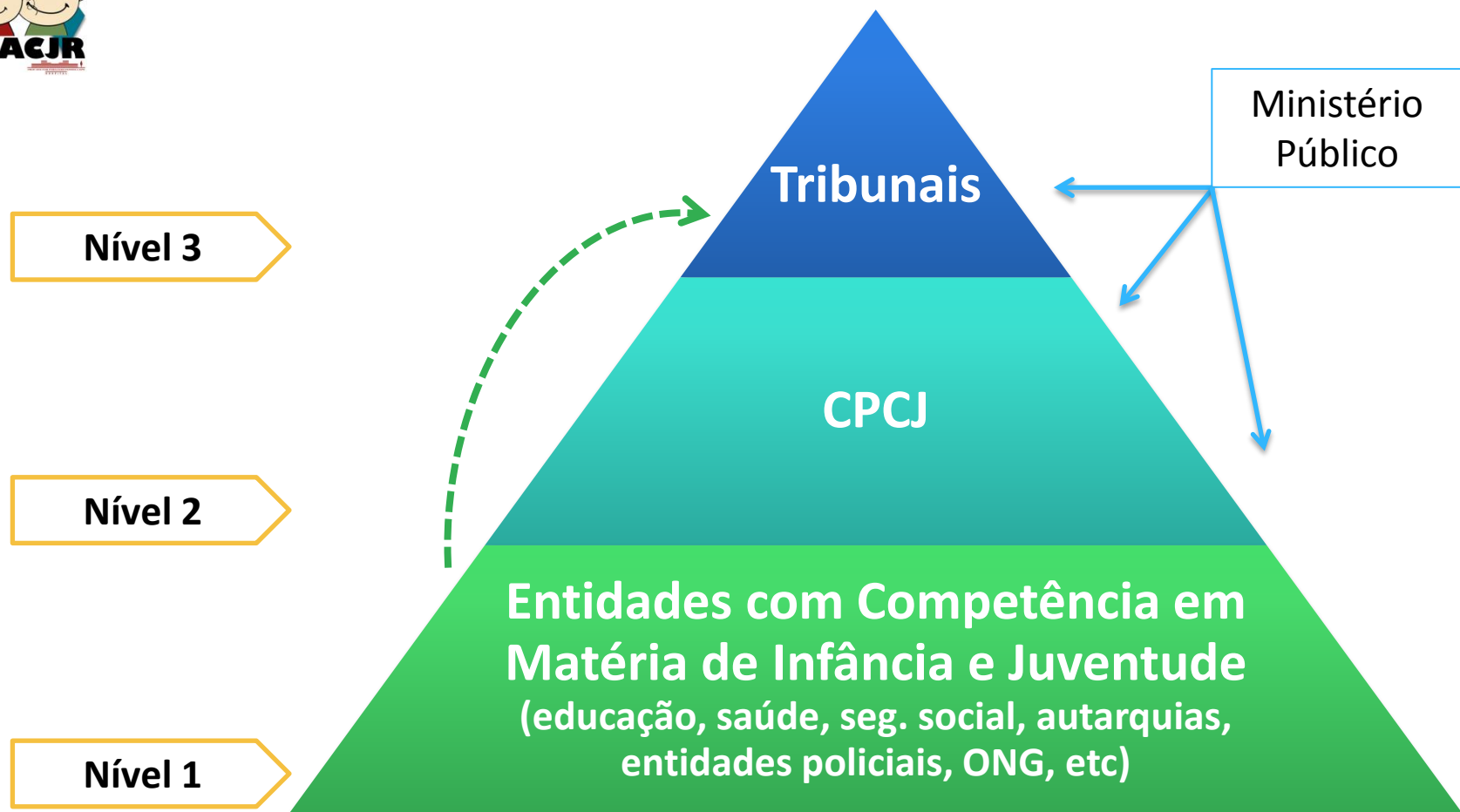


Tempo permanência no SUP:





Níveis de acção tutelar:



DL n.º 147/99 de 1 de Setembro e DL n.º 142/2015 de 8 de Setembro

PRÍNCIPIO DA SUBSIDIARIEDADE



promoção e
proteção

criminal



26 (17%)

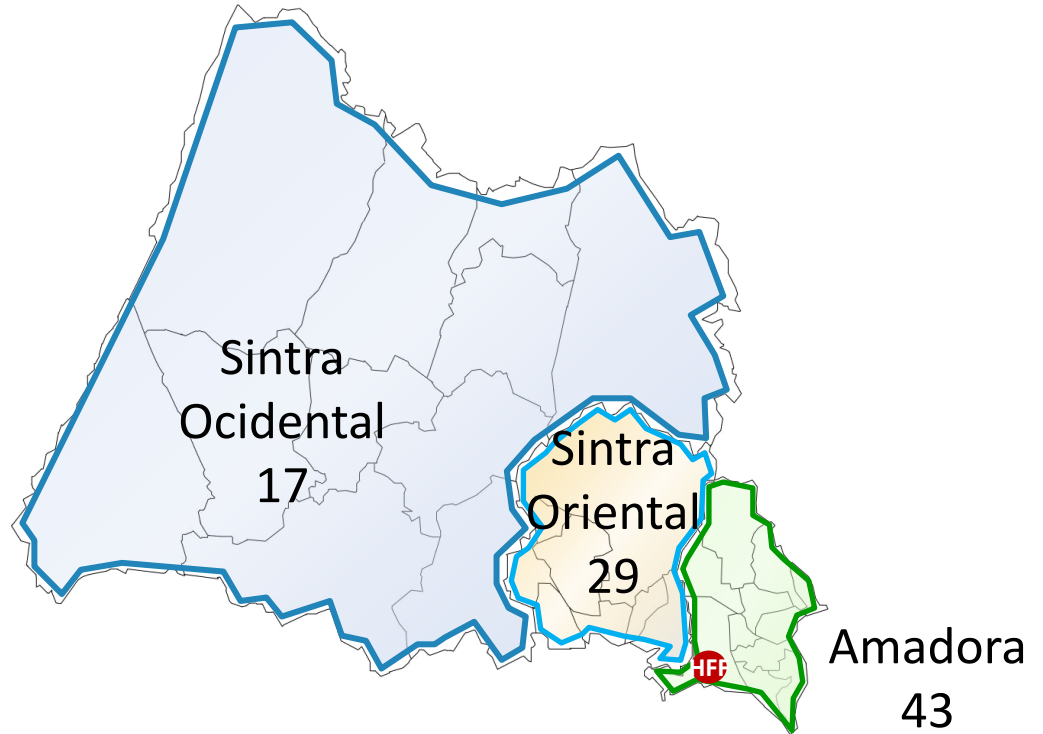


9

Apenas **NACJR** (Centro saúde) - 6,7%



CPCJ - 80,2%





Critérios de referenciação à Consulta

Pediatria de Apoio e Risco:

- Existência de resultados de exames complementares em curso
- Medicação em ambulatório com necessidade de monitorização
- Achados do exame físico com necessidade de reavaliação clínica
- Necessidade de investigação de situações clínicas relacionadas fora do âmbito da urgência
- Outras situações que se considerem clinicamente relevantes

Psicologia NHACJR:

- Alterações de comportamento
- Alterações emocionais graves
- Suspeita de atraso psicomotor ou défice cognitivo
- Necessidade de articulação com Serviços Externos para orientação da situação (ex. CPCJ, Tribunal)
- Situação ocorrente em ambiente familiar (casa ou escola)
- Risco de recorrência



Formação

- Curso de Maus Tratos no HFF, 21 de Abril
- 3 Workshops MT Crianças e Jovens, II Jornadas Açorianas de Pediatria (Terceira e Faial), 18 a 22 de Junho
- Curso Pré-Congresso III Reunião da Secção de Pediatria Social: “*Abuso Físico e Sexual – da teoria à prática*”(Porto) – 26 de Novembro
- Organização da Sessão de Formação no HFF: “*Genitais da Criança e MGF*”, Dr.ª Anabela Neves - INML-CF, 22 de Setembro
- Participação na Sessão de Formação “*Circuito do MT*”, organizado pela CPCJ Sintra Ocidental, 20 de Novembro



Sessão de Esclarecimento/Formação: Circuito do Mau Trato - Abusos Sexuais
28 de Novembro de 2015
Auditório dos Serviços Hospitalares de Apoio e Suporte de Saúde





Formação





Organização

- Presidente da Secção de Pediatria Social da SPP – Dr.ª Maria Lurdes Torre
- Representação nas CPCJ:
 - Amadora: Filipa Fonseca
 - Sintra Oriental: Maria Lurdes Torre
 - Sintra Ocidental: Luísa Tavares e Joana Romeiro
- Participação no Grupo de trabalho “*GovInt: Crianças e Jovens em Risco – Amadora*”, Filipa Fonseca
- Membro da Comissão organizadora do “*I Encontro de Família e Saúde Mental na Amadora*”, 15 de Dezembro, Filipa Fonseca
- Participação na organização da III Reunião da Secção de Pediatria Social
- Reunião de trabalho semestral com a rede de NACJR da área de influência do HFF



Actividade científica

Artigo

- “Predicting Risks: Physical and Sexual Abuse in Maltreated Children in a Pediatric Emergency Department”, para submeter para a revista Child Abuse and Neglect (Impact Factor 2.574)

Comunicação Oral

- “Violência física na Criança / Adolescente: factores de risco e modelo preditor”, 16.º Congresso Nacional de Pediatria, 22 de Outubro

Posters

- XXII Congresso SEPS, 7 a 9 de Maio, Almeria, Espanha:
 1. “Urgencias: una puerta siempre abierta a las victimas en el maltrato infantil – experiencia de una década”,
 2. “Realidad o ficción? Problemas de abuso o de salud mental? A propósito de un caso clínico”
 3. “Síndrome de Münchausen por Poderes: un tipo de abuso raro pero real!”
 4. “La Actuación de un Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)”
- III Reunião da Secção de Pediatria Social da SPP, 27 de Novembro, Porto:
 5. “Abuso Sexual em Adolescentes do Sexo Feminino: Quando a consequência é uma gravidez”
 6. “Abuso Sexual de menores do Sexo Masculino: uma Experiência na área suburbana de Lisboa”
- I Encontro de Família e Saúde Mental da Amadora, 15 de Dezembro:
 7. “Abordagem da Saúde à Criança e Jovem em Risco”





Actividade científica





Desafios futuros

- ▶ Maior abrangência do “protocolo de maus tratos”
 - “protocolo da criança e jovem em risco”
 - preenchimento para profissionais não médicos
 - disponível noutros contextos fora do SUP: desde a neonatologia até à transição para o adulto
- ▶ Necessidade de processo único multiprofissional
 - criação de campos para outros profissionais e de seguimento
- ▶ Melhoria da articulação
 - Equipa de Prevenção de Violência no Adulto (EPVA)
 - Ginecologia / obstetrícia
 - Ortopedia
 - Saúde mental do adulto

**Compreensão do fenómeno e
desenho de intervenções**

MÊS DA PREVENÇÃO
DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

2016



Apresentação do livro

Leitura do conto na
Enfermaria de Pediatria