



MARIA DE FÁTIMA JOÃO CARDOSO

# ANÁLISE MÉDICO-LEGAL DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS.

## A PROPÓSITO DE ABUSO FÍSICO EM ANGOLA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MARIA DE FÁTIMA JOÃO CARDOSO

# ANÁLISE MÉDICO-LEGAL DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS.

## A PROPÓSITO DE ABUSO FÍSICO EM ANGOLA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Magalhães

**Coorientador:** Professor Doutor Francisco Corte Real

Coimbra, 2014

*Fotos de capa tiradas pela autora do trabalho*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pelo Dom da Vida.

À minha Orientadora, Professora Doutora Teresa Magalhães (da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), por me ter recebido como orientanda, pela sua disponibilidade, empenho, dedicação, atenção e contributo que permitiram novos horizontes a esta investigação. Agradeço também a sua sensibilidade e compreensão nos momentos difíceis, para levarmos a elaboração deste trabalho até ao fim.

Ao meu Coorientador, Professor Doutor Francisco Corte Real, pelo incansável contributo e incentivo prestado.

Ao Coordenador do Curso do Mestrado, Professor Doutor Duarte Nuno Vieira, pelo desafio lançado, em todo momento deste meu percurso académico.

Ao Mestre Gonçalo Castanheira, um agradecimento pela gentileza, prontidão, e disponibilidade para apoiar a realização deste trabalho num dos seus momentos mais difíceis.

A todos os docentes do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, nomeadamente, Professora Doutora Cristina Mendonça, Professor Doutor Agostinho Santos, Mestre Susana Tavares, Mestre Beatriz Silva, Mestre Cristina Cordeiro, os meus agradecimentos pelo contributo e disponibilidade prestada.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por realizar e facultar a oportunidade de frequentar este curso de Mestrado.

Uma palavra especial de agradecimento aos Srs. Comandante Geral da Policia Nacional de Angola, Diretor Nacional de Investigação Criminal, Diretor Nacional dos Recursos Humanos e Diretor das Finanças da Policia Nacional de Angola, pelo apoio, dedicação e reconhecimento na formação de quadros em Medicina Legal e Ciências Forenses.

Ao Professor Doutor Adão Manuel Sebastião, Chefe do Departamento Nacional de Medicina Legal, da Direcção Nacional de Investigação Criminal, do Comando Geral da Policia Nacional, pelo empenho, interesse e constante incentivo no tocante à formação dos médicos Angolanos, na área de Medicina Legal e Ciências Forenses.

Ao Ministério do Interior, Comando Geral da Policia Nacional, Direcção Nacional de Investigação Criminal e Ordem dos Médicos de Angola pelo empenho e o reconhecimento, na formação dos quadros angolanos no ramo de Medicina Legal e Ciências Forenses.

A todas as pessoas que estiveram envolvidas na elaboração deste trabalho de investigação, nomeadamente o Diretor Geral, Diretor Clínico, Diretor Pedagógico, Médicos, Enfermeiros do Hospital dos Queimados Neves Bendinha – Luanda, os meus agradecimentos por terem

aceitado e permitido a realização desta investigação, bem como também às crianças internados naquela Unidade Hospitalar e seus representantes legais, com os quais trabalhei, disponibilizando tempo, um “muito obrigada”

A todos os colegas os meus agradecimentos pelo incentivo nos momentos difíceis.

À Minha Família, Esposo, Filhos, Irmãos, e prima Sara, pelo amor, pelo carinho, apoio e constante incentivo e por ter feito acreditar que seria capaz.

A todos quando me acompanharam e apoiaram, o meu grande e sincero Obrigada!

# Índice

	Pág.
<b>I. Introdução</b>	<b>7</b>
1. Abuso de crianças. Um problema de saúde pública e de direitos humanos	7
2. A dimensão conhecida dos abusos	9
2.1. No mundo	9
2.2. Em Angola	11
3. Tipos de abusos	12
3.1. Aspetos gerais	12
3.2. O abuso físico vs castigo corporal	15
3.3. O caso das queimaduras	16
<b>II. Objetivos</b>	<b>20</b>
<b>III. Material e Métodos</b>	<b>22</b>
1. Material	22
2. Métodos	22
<b>IV. Resultados</b>	<b>24</b>
1. Caracterização das vítimas	24
2. Caracterização das situações com admissão hospitalar	25
3. Caracterização dos alegados casos abusivos	27
3.1. Queimaduras	27
3.2. Outras lesões	30
3.3. Denúncia	31
3.4. Caracterização do alegado abusador	31
<b>V. Discussão</b>	<b>34</b>
1. A vítima. Sua admissão hospitalar e circunstâncias do evento	35
2. Os alegados casos de abuso	36
3. Análise genérica do estudo na perspetiva médico-legal e forense.	
4. Limitações do estudo e propostas	38
<b>VI. Conclusões</b>	<b>41</b>
<b>VII. Referências bibliográficas</b>	<b>47</b>
<b>Anexos</b>	<b>50</b>

## I. INTRODUÇÃO

### 1. Abuso de crianças. Um problema de saúde pública e de direitos humanos

A violência, na qual se inclui o abuso, constitui uma questão social grave e complexa, com relevantes prejuízos para a saúde física e psicológica das vítimas (por vezes com desfecho fatal) e com importantes implicações socioeconómicas, não só para as vítimas e suas famílias, mas também para a sociedade em geral (Magalhães, T., 2010). De facto, importa reconhecer que o abuso de pessoas, seja intra ou extrafamiliar, constitui um flagelo social que contribui para a desestruturação e instabilidade emocional das pessoas envolvidas, bem como das comunidades.

O abuso de crianças é motivo de particular preocupação porque integra ofensas graves aos direitos humanos fundamentais, hoje reconhecidos também relativamente à criança enquanto sujeito de direitos, gerando perigo muito acentuado para o seu desenvolvimento integral, incluindo as vertentes da saúde física e mental (emocional, cognitiva, comportamental), social e cultural e, por vezes, perigo para a própria vida (Azevedo, M. C. & Maia, A., 2006). Esta forma de violência compromete a saúde, segurança, qualidade de vida, bem-estar e dignidade destas pessoas, com repercussão não apenas no momento do abuso mas também no futuro, uma vez o abuso deixa sempre consequências graves e frequentemente irreversíveis (Azevedo, M. C. & Maia, A., 2006).

Este fenómeno, que constitui um grave problema transversal a todas as sociedades, só há cerca de um século começou a ser encarado como tal, passando a conceção criminológica e vitimológica destes comportamentos violentos e abusivos a assumir relevosocial (Magalhães, T., 2010). Apenas no século XX, sobretudo após a I Guerra Mundial, começaram a surgir associações de apoio e defesa da criança, bem como declarações de organismos internacionais, entre as quais merecem destaque a “*União Internacional de Socorros às Crianças*” (a que se associou a *Carta dos Direitos da Criança* ou *Declaração de Genebra*, que viria a ser reconhecida na legislação de diversos países), a UNICEF e a *Declaração dos Direitos da Criança* (Magalhães, T., 2010). Isto

decorre, entre outros motivos, do facto de a criança apenas ter começado a ser, de alguma forma, protegida há pouco mais de cem anos. O conceito de “pediatria” só surgiu em 1872 e, até essa data, os médicos não tratavam crianças, deixando esse assunto ao cuidado das mulheres (mães e amas).

A referência a situações de abuso apenas começa a ser encontrada em relatos clínicos que datam de finais do século XIX. Contudo, somente no século XX, mais precisamente na década de 60, estes passam a ser identificados como um problema de saúde.

Também a nível científico começaram a evoluir os conhecimentos e técnicas para identificação e diagnósticos destes casos. As estratégias de prevenção do abuso iniciaram-se nos Estados Unidos de América (EUA), surgindo legislação que obrigava à denúncia de qualquer suspeita de abuso infantil. A Europa acompanhou este processo, sobretudo Inglaterra, França, Alemanha e alguns países Nórdicos; seguiram-se os restantes países, mas num momento posterior. Desta forma o Ocidente estava, no fim do século passado, sensibilizado, não só a nível da opinião pública mas, também, da comunidade técnico-científico e dos Estados, relativamente à necessidade de desenvolver estratégias para os identificar e evitar.

Nos EUA, na década de 70, foram criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncias, tornando público um problema considerado “particular”.

Hoje, a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como um grande número de países, reconhecem que os abusos constituem um sério problema de saúde pública, sendo igualmente um problema social e legal (a nível criminal, da proteção e dos Direitos Humanos).

Existe, assim, atualmente, uma séria preocupação no aprofundamento dos diversos instrumentos jurídicos, sociais, culturais e científicos, que garantam progressos na prevenção primária do abuso, na sua deteção, diagnóstico e tratamento/reabilitação das vítimas, famílias e agressores. Tal tem em vista afastar a criança da situação de violência, protegê-la, promover o exercício efetivo dos seus direitos, proporcionar-lhe a sua recuperação, bem como iniciar a investigação criminal relativamente à situação, se for caso disso. Alguns dos instrumentos

fundamentais para o pleno cumprimento desta tarefa, assentam na investigação científica que contribui para a melhor compreensão do fenómeno nas suas perspetivas ética, social, científica e jurídica, tendo em vista a adesão dos responsáveis da comunidade em geral a uma intervenção solidária de qualidade nas dinâmicas de prevenção primária, secundária e terciária (Azevedo, M.C. & Maia, A., 2006).

## **2. A dimensão conhecida dos abusos**

### **2.1. No mundo**

A violência contra crianças deve ser encarada como uma epidemia à escala mundial. Estudos epidemiológicos revelam incidências de abusos cada vez maiores em diversos países considerados económicos e democraticamente fortes (Katz, C. R. T., 2008).

Um inquérito realizado nos EUA, em 1985, revelou que 62% dos pais utilizavam a agressão, materializada em empurrões, bofetadas e até o uso de armas, no relacionamento com os filhos. Segundo o *National Incidence Study*, ao longo do ano de 1986, nos EUA, 4.9 em 1000 crianças foram abusadas fisicamente, 3 em 1000 foram abusadas emocionalmente, 2.1 em 1000 foram abusadas sexualmente e 8.1 em 1000 foram vítimas de negligência física (United State Department of Health and Human Services, 1991).

O “ReportCard 5” do *Centro Innocenti* da UNICEF (2003) indica que 3500 crianças com menos de 15 anos morrem todos os anos em consequência de abusos nos países desenvolvidos. O relatório representa uma primeira tentativa para traçar um quadro comparativo dos abusos físicos em crianças nos 27 países mais ricos do mundo. Este estudo da UNICEF diz, ainda, que as crianças mais pequenas são as que correm maior risco. Um pequeno grupo de países – Espanha, Grécia, Itália, Irlanda e Noruega – têm aparentemente uma incidência de mortes de crianças devido a abusos excepcionalmente baixa, enquanto a Bélgica, República Checa, Nova Zelândia, Hungria e França têm níveis quatro a seis vezes mais elevados. Os Estados Unidos, o México e Portugal têm

taxas 10 a 15 vezes mais elevadas do que os países do topo da tabela. No entanto, as incongruências na classificação das mortes infantis e a falta de definições consensuais sobre o que é “abuso”, fazem com que não existam dados sobre abusos contra crianças suscetíveis de comparações seguras a nível internacional. O estudo da UNICEF dá ainda conta de “uma convicção crescente de que a mortalidade infantil em consequência de abusos se encontra sub-representada nas estatísticas disponíveis”. O relatório afirma que todas as estatísticas relativas a abusos de crianças devem ser tratadas com uma cautela muito especial e insiste em que é necessário dotar em todos os países de métodos de investigação consistentes e melhorar a recolha de dados para que possam informar e orientar as políticas de proteção da infância. O referido relatório utilizou um amplo leque de inquéritos realizados em vários países para estudar os fatores mais frequentemente associados à violência física. A pobreza e o stresse são fatores estreitamente associados a esta forma de violência, bem como à negligência para com as crianças, embora esta relação esteja longe de ser uma constante. Contrariamente ao que vulgarmente se pensa, 80% dos autores dos abusos são os pais biológicos.

Aquele Relatório menciona, ainda, uma questão de enorme importância e que é o estatuto jurídico dos castigos corporais. Nessa época apenas oito dos países da OCDE – Alemanha, Áustria, Dinamarca, Islândia, Noruega, Portugal, Suécia e Finlândia têm na atualidade leis que proíbem expressamente castigos corporais em crianças, considerando que a violência legalizada contra criança constitui uma violação dos direitos humanos, mesmo quando tem lugar na família. Entretanto, outros países promulgaram leis que proíbem o castigo corporal de crianças, entre os quais Chipre, Letónia, Croácia, Bulgária, Israel, Ucrânia, Hungria, Roménia, Espanha, Grécia, Holanda, Nova Zelândia, Uruguai, Venezuela, Costa Rica, Luxemburgo, Liechtenstein, Moldávia, Quénia, Tunísia e Polónia (Ribeiro, S. C. et al., 2011).

Em vários estudos se verifica que a situação de abuso infantil mortal e não mortal acompanha os níveis de violência na sociedade em geral e, ainda, os consumos de álcool e drogas.

## 2.2. Em Angola

Num estudo conduzido pelo *Instituto Nacional de Estatística de Angola*, em 2004, verificou-se que em 1998 foram acompanhados 2979 crianças em situação de risco. Todavia, em 2001 o total destes indivíduos era de 9504, apontando-se como situações de risco o abandono, negligência, abandono escolar, maus-tratos, abuso sexual, trabalho infantil, exercício abusivo da autoridade por parte dos pais e outros, bem como situações de risco incluindo conduta desviante observadas nos indivíduos menores de idade (e.g., prática de atos qualificados como crime, uso de estupefacientes, ingestão alcoólica e outras condutas desviantes). Estes números podem traduzir um aumento das práticas abusivas mas, garantidamente, significam, isso sim, uma maior preocupação e atenção social a estes casos.

Em Angola, muitos comportamentos abusivos, designadamente através de queimaduras, estão relacionadas com práticas culturais ou crenças. Por exemplo, quarenta crianças foram resgatadas em Luanda de duas igrejas ilegais que, alegadamente as “curavam” queimando-as e ferindo-as com lâminas para que o “mal” pudesse sair, espancando-as e submetendo-as a jejuns (Jornal de Notícias, 2009). Noutro caso, dezenas de crianças foram fechadas num quarto, com uma fogueira, onde eram queimadas com “jindungo”, um dos métodos usados para libertar demónio (Jornal de Notícias, 2009). Este tipo de abuso tem preocupado as autoridades e a sociedade em geral (Jornal de Notícias, 2009).

No que refere ao atendimento hospitalar das vítimas de queimaduras constatou-se que em 2007 o Hospital dos Queimados “Neves Bendinha” registou 6474 casos, que resultaram em 1637 internamentos e 549 mortes, a maioria por queimaduras do segundo e terceiro grau. Em 2008 foram tratados 6587 doentes, dos quais 1699 com internamento, morrendo 568 por queimaduras de segundo e terceiro grau (Jornal de Angola, 2010). Cerca de 60% destas vítimas eram menores de 14 anos de idade. O aumento que se tem verificado no registo hospitalar destas crianças é devido ao facto de muitos dos casos ocorrerem no seio das famílias que manuseiam geradores elétricos, candeeiros de petróleo e velas. Muitas crianças nas suas famílias têm a responsabilidade de

manusear os meios alternativos de energia e o mau uso destes meios pode causar incêndio e, conseqüentemente, queimaduras e até morte. Além dos motivos apontados, são frequentes os casos de queimaduras provocadas por água quente, gasolina e gás de cozinha. Coexistirão pois, aqui, questões acidentais com negligência e abuso.

Quando surge um caso em que as crianças são queimadas abusivamente pelos pais, estes recebem apoio da *Ação Social*, através do *Ministério Nacional de Reinserção Social "MINRS"*, que desenvolve um trabalho com as famílias desestruturadas (www.Jornalangola.com, 2009).

### **3. Tipos de abuso**

#### **3.1 Aspectos gerais**

Quando falamos de abuso, referimo-nos a determinados tipos de comportamentos que ao longo da História nem sempre foram criminalizados, sendo até normalmente legitimados, pelo que persistem ainda hoje influências culturais e sociais que inquinam os diferentes olhares sobre esta matéria e, portanto, prejudicam a identificação dos casos. Isto é em parte atribuível às vítimas, que não identificam como abusivos certos comportamentos a que são sujeitas mas, também, à sociedade em geral e, até, a muitos profissionais, que não os sinalizam e/ou denunciam às entidades competentes - muitas das vezes por questões culturais ligadas à tolerância destas práticas ou à ideia da não intromissão em questões familiares (Magalhães, T., 2010).

A violência contra a criança pode ser praticada por comissão (abuso), por omissão (negligência), ou por supressão ou transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais, que variam consoante os contextos e que podem não ser partilhadas por todos, pelo que os mesmos factos não são sempre apreendidos nem julgados segundo os mesmos critérios, assistindo-se a uma variação temporal e espacial do seu significado (Lourenço, O., 1997).

Devido ao facto de poder apresentar contornos difusos, é difícil o estabelecimento de um critério único que permita definir de modo consensual esta entidade. Acresce, ainda, que não sendo

consensual, o conceito de abuso adquire significados distintos em função das dinâmicas culturais e especificidades grupais. Contudo, os direitos das crianças, conforme estabelecido na sociedade atual, exigem padrões de resposta que assegurem a preservação dos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2008).

Importa, por isso, a quem trabalha no terreno com estas pessoas, estar familiarizado com esta problemática, bem como com as estratégias e soluções existentes em cada comunidade visando identificar e prevenir o abuso, e tratar e reabilitar as suas vítimas (Magalhães, T., 2010).

A atitude dos profissionais face à abordagem dos abusos cometidos contra a criança encontra-se intimamente relacionada com a visibilidade, ou não, que o problema assume no seu quotidiano. A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de abuso e as ideias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos, quando identificados. Assim, a efetivação de um atendimento adequado depende da possibilidade de ser capaz de suspeitar e/ou identificar a presença de uma eventual situação de abuso. Por outro lado, ter ou não visibilidade, depende da capacidade de escuta e do olhar atento e experiente que o profissional consegue ter no seu atendimento.

Podemos definir abuso como “qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional, psicológica), confiança e poder. Pode manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados ou afetos). Pela forma reiterada como geralmente acontecem, privam a vítima dos seus direitos e liberdade afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico psicológico e social) ou dignidade. Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a cultura e a época em que têm lugar” (Dias, I., Ribeiro, S. C. & Magalhães, T., 2010). De facto, podem existir em contextos muito específicos que importa considerar, como o intrafamiliar (violência doméstica) ou o extrafamiliar, podendo, neste caso

considerar-se como forma mais expressiva o espaço institucional (e.g., nas escolas, infantários, lares) e ainda o abuso entre pares (e.g., *bullying*).

Importará também referir a definição de abuso infantil que tem em conta a forma e a dimensão com as quais o agressor o incute (Lourenço, O., 1997), ou seja, a “Existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou económico, inteligência, autoridade), que comete um dano físico, psicológico ou sexual (de forma intencional, não acidental), contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.

Em suma, o abuso de crianças apresenta-se sob diversas formas, como o abuso físico (incluindo o castigo físico e, no limite, culminando com a morte), emocional ou sexual. Outras formas são a exploração pelo trabalho, pela mendicidade ou pela prostituição, a exposição à violência entre os cuidadores (violência nas relações de intimidade), bem o tráfico de crianças ou certas práticas culturais como a mutilação genital. Também as situações de negligência e abandono são particularmente graves, sendo a primeira de elevadíssima incidência.

A forma mais comum de abuso acontecerá no seio da família ou espaço equiparado - violência doméstica (VD). Esta, por vezes, estende-se por períodos de tempo alargados uma vez que a família tem tendência a encobrir ou silenciar este tipo de violência, muitas vezes por cumplicidade dos adultos e/ou medo de denunciar o abusador (Pires, A.L.D., et. al., 2005). As situações mais frequentes parecem estar relacionadas com o castigo físico e o envolvimento das crianças em situações de violência nas relações de intimidade, podendo, como já se referiu, associar-se, também, a crenças culturais e/ou religiosas.

Por vezes estas formas de violência levam à morte imediata da criança, ou pelo menos, à sua hospitalização, com os pais a atribuírem as lesões a quedas ou acidentes devidos à atividade da criança. Estes são normalmente os casos mais identificados, pois a sua evidência é notória, sendo também os que provocam mais especulação mediática e a nível da população, que ignora ou nega a

existência de abuso físico mais sistemático mas menos espetacular. Referimo-nos a situações como o bater do dia-a-dia, à bofetada ou à reguada, ou a outros castigos como permanecer com as mãos debaixo dos joelhos no chão por mau comportamento (Alberto, I.M.M., 2010).

Urge, pois, punir mas, sobretudo, detetar e prevenir estes atos de violência contra crianças, exigindo-se uma maior atenção de população em geral mas, também, dos profissionais que trabalham com estas pessoas, designadamente nas áreas da saúde e da educação.

### **3.2. O abuso físico vs castigo corporal**

O abuso físico traduz toda a violência física exercida contra a criança, incluindo a sua dimensão disciplinar e educativa. Importa, ainda, considerar outras situações específicas, como as de cariz sádico, englobando elementos de tortura, que vão desde pontapés indiscriminadamente dados por todo corpo, bater com chicotes, cintos ou correntes de animais, a queimaduras intencionais com pontas de cigarro, com resistências e água quente, até ao recurso a objetos cortantes para provocar incisões no corpo da criança (Gelles, 1989; Helfer, et. al., 1991).

O abuso físico da criança inscreve-se no contexto do quotidiano familiar, na interação entre pais e filhos, assentando de forma relevante em pressupostos socioculturais. É um facto que em muitas comunidades a criança ainda é considerada propriedade do adulto, designadamente dos pais, negando-se-lhe assim os direitos e condições de sujeito, pessoa e personalidade, sendo vista mais como objeto da vontade e saber do adulto, sem autonomia, sem características próprias nem subjetividade. Importa, portanto, conhecer o tipo mais frequente de mecanismos usados na produção de abuso físico e as lesões mais frequentemente com eles associadas (Magalhães, T. et. al., 2010).

O castigo, em geral, corresponde a uma prática (por ação ou omissão), que tem usualmente como objetivo promover a correção, punindo ou reprimindo a indisciplina ou uma conduta que se

considera incorreta, no sentido de induzir uma mudança de atitude ou comportamento (Magalhães, T., 2010).

O castigo corporal, como método pedagógico secularmente pregado por filósofos como Santo Agostinho, continuou até aos nossos dias, deixando acesa uma atmosfera de rigidez em muitas famílias e escolas (Barroso, Z., 2004). Mas esta forma de castigo constitui um tipo de violência que se traduz na produção intencional de dor e dano físico a alguém (e.g., açoite, palmada, bofetada), para além de implicar sempre um sofrimento psicológico. Esta forma não constituirá, pois, o meio mais adequado para punir a indisciplina sendo, quase sempre, desproporcional face à “gravidade” daquela (Magalhães, T., 2010).

A maioria dos castigos corporal dirigidos a crianças, envolvem o uso da mão (e.g., bofetada, murros, puxão de cabelos ou de orelhas, beliscões ou abanões), do pé (e.g., pontapé ou calcadela), da boca (e.g., mordedura), de um objeto atuando como instrumento contundente (e.g., cinto, sapato, colher de pau), cortante (e.g., lâmina de barbear, faca), ou perfurante (e.g., ponta de tesoura, agulhas) ou através de outras características (e.g., cigarro, secador de cabelo ou outros instrumentos aquecidos, ou cordas para prender), podendo ter ainda diferentes contornos, como forçar a permanecer em posições desconfortáveis e dolorosas, queimar com produtos cáusticos ou água a ferver, forçar a ingestão de alimentos, objetos ou substância líquidas impróprias, forçar a aceitação do biberão, obrigar a engolir ou sujeitar ao frio (e.g., imersão em banheira com água fria) (Ribeiro, S. C. et. al., 2011).

### **3.3 O caso das queimaduras**

Descrever-se-ão, seguidamente, alguns aspetos mais importantes relacionados com padrões de queimaduras abusivas, sendo que o padrão lesional mais frequentemente observado dentro das etiologias abusivas é do tipo *splash* (Magalhães, 2010). Queimaduras por salpicos ocorrem quando um líquido quente é arremessado ou vertido sobre uma criança. A profundidade da queimadura,

neste caso, é geralmente menor do que no caso da imersão, devido ao efeito de arrefecimento do líquido que se espalha segundo a gravidade (Scalzo, A., 1998). Nestes casos os diagnósticos diferenciais com acidentes podem ser muito difíceis de concretizar.

As queimaduras perpetradas através do uso de líquidos quentes ou ferventes (especialmente se a temperatura excede 150°) são as mais comuns e fazem sobretudo recurso a água quente, sendo mais raramente usado o café líquido, chá ou gordura de cozinhar (Scalzo, A., 1998).

Queimaduras por imersão das nádegas ou genitália são muitas vezes infligidas para punir a criança por sujar ou molhar as cuecas, em episódios de não contenção de urina ou fezes; isto ocorre em famílias onde os cuidadores são rígidos nas crenças ou exigências de higiene (Scalzo, A., 1998). Note-se que com a mesma finalidade se recorre também, com alguma frequência, aos cigarros, designadamente usando-os para queimar a região genital. As queimaduras por imersão podem envolver o dorso, nádegas, períneo e membros inferiores, ou podem atingir apenas os membros, com padrão em meia ou em luva, nas extremidades. Crianças presas em banheiras com água rasa podem levantar as mãos e pés ou pôr-se de pé, numa tentativa de proteger as nádegas e períneo; tal deixa padrões característicos de queimaduras (Scalzo, A., 1998). A criança pode, também, ser forçada para baixo em relação ao recipiente (banheira), apresentado, nesse caso, uma queimadura na parte dorsal, com uma linha que corresponde à linha de imersão, ficando poupada a área central das nádegas (Scalzo, A., 1998).

O derramamento de líquido, de cima para baixo, traduz-se por uma queimadura em forma de “v” (“sinal de seta”). Estas queimaduras, que podem ser acidentais e ocorrem quando o líquido quente inicialmente contacta com a pele e, em seguida, se espalha pelo corpo, arrefecendo à medida que avança. As arestas arrefecem mais rapidamente do que o tronco central de fluído quente. A direção da seta ou a combinação de sinais de seta observados em mais de uma área, pode ajudar a fazer o diagnóstico de abuso (Scalzo, A., 1998). O estudo do padrão de fluxo do líquido quente é fundamental para traçar pistas quanto à direção e sentido do líquido, tendo em conta a posição da vítima. Com o derramamento de gordura quente, o sinal da seta clássico pode não estar presente,

porque as gorduras tornam-se mais quentes do que água e aderem à pele, ao invés de correrem para fora da superfície, adquirindo assim maior profundidade. O sinal de seta também pode estar ausente na exposição forçada a água corrente quente de uma torneira, podendo provocar queimaduras na espessura total da pele sem um padrão de arrefecimento. Na criança com um desenvolvimento suficiente e idade para abrir uma torneira (aproximadamente a partir dos 18-24 meses de idade) esta pode, acidentalmente, sofrer uma queimadura (Scalzo, A., 1998).

Uma queimadura de água quente, por exemplo, em áreas parcialmente protegidas por roupas, como meias, pode produzir padrões alternados, que serão, contudo, distintos das linhas de escaldão por imersão.

Nas queimaduras de contacto, entre os instrumentos mais utilizados encontram-se os ferros ondulados, ferro a vapor, cigarros e isqueiros, aquecedor, pratos quentes, lâmpadas, e facas, colheres ou moedas aquecidas. Nestes casos, a forma do objeto é marcada na pele da criança. A destruição do tecido, mediada pela condução de calor, é muitas vezes uniforme em todas as direções. Tais objetos podem, obviamente, também causar queimaduras acidentais, mas neste caso os padrões geralmente são não uniformes. O contacto parcial ou total com grelhas ou outras superfícies aquecidas, bem como a aplicação repetida de ferros ondulados sobre a pele numa área do corpo pode, também, resultar num padrão de queimadura em “zebra” (Scalzo, A., 1998). As queimaduras em fogão, designadamente das mãos, são outra causa de queimaduras de contacto bastante prevalente em algumas áreas (Scalzo, A., 1998). A posição funcional da mão no momento da queimadura produz um padrão reconhecível da queimadura. A localização da queimadura, bem como a sua bilateralidade e simetria no corpo, são elementos úteis para o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre abuso ou lesão acidental.

Queimaduras por ação da chama, embora severas, são raras em situação de abuso. Quando presentes, estão, na maioria das vezes, associadas a incêndios que atingem a roupa das vítimas. Nos casos de queimaduras intencionais, este tipo de mecanismo é utilizado para infligir lesões, sobretudo nas mãos, com objetivo de castigar a criança (Magalhães, T., 2010).

As queimaduras provocadas pela energia elétrica podem ser de difícil diagnóstico pelo facto de serem, normalmente, de pequenas dimensões. As lesões habitualmente observadas localizam-se a nível das mãos (ponto de entrada da corrente elétrica) e dos pés (ponto de saída da corrente elétrica).

Os agentes químicos originam uma grande variedade lesional, dependendo das propriedades físico-químicas. Os efeitos lesivos destes agentes relacionam-se com seu pH e com a sua natureza química, podendo atuar por contacto ou a nível sistémico.

Uma história cuidadosa e a análise detalhada da sede, tipo e padrão das queimaduras, são essenciais para promover o diagnóstico diferencial com outras etiologias não abusivas.

## II. OBJETIVOS

Os abusos, designadamente os abusos físicos perpetrados através da queimadura de crianças, são situações por vezes muito graves do ponto de vista clínico, geralmente acompanhadas de sequelas físicas, encerrando também, e invariavelmente, importantes consequências do ponto de vista psicossocial. Estes casos estão frequentemente associados a práticas culturais, designadamente o castigo corporal para educação, mas também a crenças religiosas, para além de outras motivações. Assim há, além do mais, que se ter em conta os contextos sociais e culturais em que ocorrem estas práticas, para que com base neste conhecimento se possa, efetivamente, definir estratégias de prevenção deste tipo de abuso.

Importa, pois, fazer uma chamada de atenção da sociedade em geral, mas em particular dos profissionais das áreas da saúde, forense e da proteção, bem como de todos os que trabalham com crianças, designadamente em Angola, para a existência destes abusos, de forma a contribuir para o seu pronto e correto diagnóstico. Este facto irá promover a proteção, o tratamento e a reabilitação destas vítimas. Elegemos para este trabalho as queimaduras, porque apresentam uma grande frequência em Angola, porque frequentemente são graves, e porque o seu diagnóstico diferencial com situações acidentais ou de negligência constitui sempre uma grande desafio, importando, por isso, conhecer em detalhe esta problemática para a poder controlar.

Também para este propósito será fundamental a existência de normas periciais relativas à metodologia de avaliação médico-legal destas vítimas, para efeitos de prova - o que inexistente em Angola -, tudo isto no melhor interesse da vítima e como contributo para uma boa administração da Justiça.

De facto, apesar de existirem múltiplos estudos na literatura internacional sobre esta matéria, desconhecem-se estudos deste tipo relativamente à realidade de Angola, designadamente na perspetiva médico-legal e forense e, sobretudo, elaborado a partir de uma amostragem concreta.

Assim,o presente estudo tem como objetivo geral contribuir para promover o conhecimento sobre a situação que se vive em Angola em matéria de abuso de crianças,nomeadamente no que se refere aos abusos perpetrados através de queimaduras. Tal conhecimento será fundamental para a definição de estratégias que promovam a deteção, denúncia e diagnóstico médico-legal destes casos, visando o atempado tratamento e proteção das vítimas, bem como, sempre que necessário, a investigação criminal. Este conhecimento será ainda relevante numa futura definição de normas de intervenção médico-legal e forense.

Os objetivos específicos pretendem contribuir para uma melhor informação sobre os casos, caracterizando vítimas, situações de admissão hospitalar, lesões de queimaduras (comparando-as relativamente às suas alegadas etiologias - abusiva, acidental ou negligência), outras lesões encontradas, bem como a denúncia e a caracterização do alegado abusador.

### **III. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **1. Material**

Foi realizado um estudo baseado nos casos de crianças admitidas por queimaduras na Unidade de Queimados do Hospital Neves Bendinha, em Luanda. Foram selecionados os casos que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Crianças (idade inferior a 18 anos);
- b) Ambos os sexos;
- c) Admitidos na Unidade de Queimados do Hospital Neves Bendinha;
- d) Entre 1 de agosto a 5 de setembro de 2011 e 10 de dezembro de 2011 a 20 de janeiro de 2012 (por conveniência da investigadora);
- e) Em que existiu a possibilidade de entrevistar um dos progenitores ou o representante legal da criança, sempre que necessário para esclarecimento dos dados colhidos através do processo clínico.

Dos 300 casos que deram entrada naquela Unidade no período assinalado, foram selecionados 230 (76.7%), tendo em conta os critérios de inclusão atrás descritos.

#### **2. Métodos**

Para a execução deste trabalho foi utilizada uma ficha de recolha de dados, construída para o efeito. A ficha incluía 51 questões, divididas nas seguintes secções: (a) Caracterização da vítima; (b) Caracterização da situação que justificou a admissão hospitalar; (c) Caracterização dos casos alegadamente abusivos.

A ficha foi preenchida durante o período de internamento das crianças, incluindo dados constantes do processo clínico hospitalar e outros obtidos através da entrevista de um dos progenitores ou do representante legal da criança. Nos casos em que houve lugar à realização da entrevista (não estruturada), foi previamente obtido o consentimento informado e por escrito, por parte dos participantes.

Todos os dados foram colhidos pela investigadora, que acompanhou os casos desde a admissão até ao internamento, assegurando desta forma a fiabilidade na sua colheita.

Os dados foram tratados no programa Microsoft Excel 2007 e no programa estatístico SPSS Statistics versão 19. Foi efetuada uma estatística descritiva, com recurso a tabelas.

## IV. RESULTADOS

### 1. Caracterização da vítima

As vítimas eram metade de cada sexo. A tabela 1 apresenta a distribuição de idade das vítimas por faixa etária, notando-se que 50% são menores de 5 anos. A média de idade foi de 7 anos (mín=1; máx=17; SD= 4.4).

Tabela 1 Distribuição das vítimas por idade (n=230)

<b>Vítimas por idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	18	8
<b>2 a 5</b>	97	42
<b>6 a 10</b>	72	31
<b>11 a 15</b>	32	14
<b>16 a 17</b>	11	5

Quanto ao município de residência, a maioria residia em Viana (36%) e Luanda (30%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das vítimas por município de residência (n=230)

<b>Município de residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Luanda</b>	70	30
<b>Viana</b>	84	36
<b>Cacuaco</b>	20	9
<b>Belas</b>	21	9
<b>Cazenga</b>	20	9
<b>Icolo e Bengo</b>	6	3
<b>Kissama</b>	4	2
<b>Outros</b>	5	2

Relativamente ao nível de escolaridade, pelo menos 99% frequentavam o primeiro ciclo (desde os 6 anos de idade) (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição das vítimas a partir de 6 anos de idade por nível de escolaridade (n=115)

<b>Vítimas por nível de escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1ª- 4ª classe</b>	67	58
<b>5ª -6ª classe</b>	36	31
<b>7ª- 9ª classe</b>	12	10

A quase totalidade das crianças (n=229; 99.6%) estava a cargo dos seus familiares; apenas num caso não havia qualquer informação.

Relativamente aos antecedentes de saúde, 91.3% (n=210) não apresentavam história conhecida de patologias ou traumatismos, 1.7% (n=4) eram portadores de doenças crónicas, sendo que em relação às restantes não se conseguiu obter informação segura.

No que se refere à história de comportamento desviante, em 65%(n=150) não havia história conhecida, sendo que em 35%(n=80) dos casos não se obteve qualquer informação.

## **2. Caracterização das situações com admissão hospitalar**

Constatou-se que a maioria das vítimas foi levada para o hospital por familiares (69.1%), seguidos dos vizinhos (19.6%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Pessoa que levou a criança ao hospital (n=230)

<b>Quem leva a criança ao hospital</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conhecido</b>	10	4.4
<b>Vizinho</b>	45	19.6
<b>Familiar</b>	159	69.1
<b>Desconhecido</b>	1	0.4
<b>Sem informação</b>	15	6.5

Quanto ao intervalo entre a queimadura e a ida ao hospital, apenas 60% recorreram ao hospital no próprio dia (Tabela 5).

Tabela 5 – Tempo decorrido entre a queimadura e a ida para o hospital (n=230)

<b>Tempo entre queimadura e recurso ao hospital</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No próprio dia</b>	138	60
<b>1 a 5 dias</b>	81	53
<b>6 a 30 dias</b>	6	2
<b>Mais de 30 dias</b>	5	2

Em 97% dos casos tratar-se-ia do primeiro episódio de queimadura (Tabela 6), sendo que em 76.5% o evento terá acontecido em casa da vítima (Tabela 7).

Tabela 6 - Frequência da ocorrência da queimadura (n=230)

<b>Frequência da ocorrência da queimadura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primeira ocorrência</b>	223	97
<b>Periodicamente/várias vezes por semana</b>	1	0.4
<b>Esporadicamente</b>	3	1.3
<b>Sem informação</b>	3	1.3

Tabela 7 – local da ocorrência da queimadura (n=230)

<b>Local da ocorrência da queimadura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Casa da vítima</b>	176	76.5
<b>Casa de outrem</b>	48	21
<b>Local de trabalho</b>	3	1.3
<b>Local rural</b>	1	0.4
<b>Automóvel</b>	1	0.4
<b>Lugar público</b>	1	0.4

De acordo com os registos clínicos de admissão e relativamente às circunstâncias da ocorrência, em 47% dos casos terá a mesma sido devida a negligência e em 33% a acidente; alegadamente, a queimadura terá sido intencionalmente infligida em 20% (n=46) dos casos (Tabela 8).

Tabela 8- Etiologia da ocorrência descrita nos registos hospitalares (n=230)

Ocorrências descritas nos registos hospitalares	n	%
Acidente	78	33
Agressão extrafamiliar	33	14.3
Agressão intrafamiliar	13	5.7
Negligência	106	47

A investigadora, recorrendo aos indicadores de suspeição mais frequentes ( Magalhães T, 2010) procedeu à sua própria avaliação médico-legal, concluindo que após a conjugação de toda a informação disponível, dos achados clínicos e dos exames complementares de diagnósticos, estas conclusões quanto à etiologia da situação, referida nos registos hospitalares estaria e acordo em 96.5% dos casos.

### 3. Caraterização dos alegados casos abusivos

#### 3.1. Queimaduras

Quando ao mecanismo que denota ter produzido a queimadura, predominou o atingimento por líquido aquecido (*splash*) em 61.7% (n=142) dos casos, seguido por ação da chama (33%; n=76) e de imersão em líquido aquecido (5.3%; n=12) (Tabela 9). As queimaduras por *splash* e ação de chama foram contudo mais frequentes nos casos de negligência, enquanto a imersão em líquido quente/fervente ocorreu mais nos casos alegadamente abusivos (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos casos de acordo com o mecanismo da queimadura

Mecanismo de ação	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
Ação da chama	8 (10.5%)	30 (39.5%)	38 (50%)	76 (100%)
<i>Splash</i> com líquido quente	29 (20.4%)	47 (33.1%)	66 (46.5%)	142 (100%)
Imersão em líquido quente	9 (75%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	12 (100%)

Nas situações em que existia descrição da localização das queimaduras, e tendo em consideração que as regiões corporais atingidas foram múltiplas na sua maioria (95.7%), os membros superiores, em igual número que tórax/mamas, seguidos dos membros inferiores, foram as áreas mais atingidas (21.6%, 21.6% e 18.4%) na globalidade dos casos; esta tendência mantém-se independentemente da etiologia das queimaduras. A diferença mais relevante, nos casos abusivos, parecem ser aqueles em que mais vezes são atingidos os órgãos sexuais e nádegas (Tabela 10). Em média obtiveram-se 4 lesões por caso de alegado abuso, 5.1 nos alegados acidentes e 5.4 nos casos de suposta negligência.

Tabela 10- Distribuição das lesões de queimaduras de acordo com a localização da superfície corporal

Local queimadura	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
Cabeça	12 (6.6%)	22 (5.5%)	34 (5.9%)	68
Pescoço	13 (7.1%)	25 (6.3%)	30 (5.3%)	68
Face	20 (11%)	59 (14.9%)	79 (13.8%)	158
Tórax	36 (19.8%)	78 (19.6%)	114 (20%)	228
Mamas	4 (2.2%)	6 (1.5%)	10 (1.8%)	20
Abdómen	14 (7.7%)	36 (9.1%)	50 (8.8%)	100
Membros superiores	38 (20.9%)	86 (21.7%)	124 (21.7%)	248
Membros inferiores	32 (17.6%)	74 (18.6%)	106 (18.6%)	212
Órgãos sexuais	5 (2.7%)	6 (1.5%)	11 (1.9%)	22
Nádegas	8 (4.4%)	5 (1.3%)	13 (2.2%)	26
<b>TOTAL</b>	182 (100%)	397 (100%)	571 (100%)	1150

Relativamente à forma das lesões de queimadura, as lesões moduladas surgiram em 50% dos casos alegadamente abusivos (Tabela 11), ainda que o total destas lesões

moduladas represente apenas uma ínfima parte da globalidade de todas as lesões observadas (0.05%).

Tabela 11 - Distribuição das lesões das queimaduras quanto à forma

Quanto à forma	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
<b>Modelada</b>	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (100%)
<b>Não Modelada</b>	180 (20.8%)	391 (45.1%)	396 (45.7%)	867 (100%)

Relativamente à simetria das lesões de queimadura, estas são significativamente mais bilaterais e simétricas nos casos de alegados abusos (56.6%), comparativamente às outras etiologias acidentais ou por negligência (6.4% e 7.6%, respetivamente) (Tabela 12). Já no caso da distribuição irregular das lesões se demonstra exatamente o oposto (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das lesões quanto à sua simetria

Quanto à simetria	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
<b>Bilateral e simétrica</b>	26 (56.6%)	5 (6.4%)	8 (7.6%)	39
<b>Unilateral</b>	12 (26%)	12 (15.4%)	14 (13.2%)	38
<b>Distribuição irregular</b>	8 (17.4%)	61 (78.2%)	84 (79.2%)	153
<b>TOTAL</b>	46 (100%)	78 (100%)	106 (100%)	230

Em relação ao grau da queimadura, a maioria foi de 2º grau (65.2%), verificando-se que as mais graves (2º e 3º grau), foram mais frequentes nos casos alegadamente abusivos (78.2% e 17.4%, respetivamente) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos casos quanto ao grau de queimadura

Quanto ao grau da queimadura	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
1º grau	2 (4.4%)	18 (23%)	29 (27.4%)	49
2º grau	36 (78.2%)	51 (65.4%)	63 (59.4%)	150
3º grau	8 (17.4%)	9 (11.6%)	14 (13.2%)	31
<b>TOTAL</b>	46 (100%)	78 (100%)	106 (100%)	230

Relativamente à extensão das queimaduras, em 55.7% dos casos globais, esta não foi superior a 10% do atingimento da superfície corporal. Nas situações alegadamente abusivas foi significativamente menos extensa do que nos restantes casos (até 10% da área corporal em 74% dos casos vs 46.2% e 54.7% para as suspeitas de acidente e negligência, respetivamente) (Tabela 14).

Tabela 14 -Distribuição das vítimas de acordo com a extensão das lesões

Quanto à extensão	Abusivo (n=46)	Acidental (n=78)	Negligência (n=106)	Total
1 – 10%	34 (74%)	36 (46.2%)	58 (54.7%)	128
11 – 20%	8 (17.4%)	22 (28.2%)	35 (33%)	65
21 – 30%	2 (4.4%)	14 (18%)	8 (7.6%)	24
31 – 40%	1 (2.1%)	6 (7.6%)	5 (4.7%)	12
>50%	1 (2.1%)	0	0	1
<b>TOTAL</b>	46 (100%)	78 (100%)	106 (100%)	230

Em relação ao registo documental, o registo fotográfico foi efetuado em 67.8% do total dos casos em estudo.

### 3.2. Outras lesões

Foram detetados sinais sugestivos de outras agressões físicas em 29 dos 46 casos alegadamente abusivos (63%). Os mecanismos que mais frequentemente denotam ter produzido essas lesões foram bofetadas (41.4%), murros (27.6%) e pontapés (20.7%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Mecanismo que denotam ter produzido as lesões (n=29)

<b>Mecanismos que denotam ter produzido as lesões</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bofetadas</b>	12	41.4
<b>Morros</b>	8	27.6
<b>Pontapés</b>	6	20.7
<b>Arranhões</b>	2	6.9
<b>Abanões</b>	1	3.4

Nesses casos, o tipo de lesões traumáticas (isoladas ou em associação) mais frequentes foram as equimoses (36.8%), seguidas pelos hematomas (26.3%), o edema (21.1%) e as escoriações (15.8%). Em 8 casos (27.6%) encontraram-se cicatrizes de lesões não recentes.

Não foram detetados sinais sugestivos de agressão sexual em nenhum dos 46 casos.

### **3.3. Denúncia**

A denúncia (independentemente da admissão hospitalar), apenas foi feita em 12 casos (26%): em 8 por familiares e 4 por vizinhos. Esta denúncia foi predominantemente comunicada a uma unidade policial (n=11) e só num caso ao Instituto Nacional de Criança.

### **3.4. Caracterização do alegado abusador**

Identificaram-se 60 suspeitos. Desses, em 67% dos casos atuaram isoladamente, em 13% em conjunto, não havendo informação quanto aos restantes. Maioritariamente o alegado abusador era familiar da vítima (58.4%) (Tabela 16)

Tabela 16 – Relação do suposto abusador com a vítima (n=60)

<b>Relação do suposto abusador com a vítima</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Familiar</b>	35	58.4
<b>Vizinhos</b>	15	25
<b>Conhecidos</b>	8	13.3
<b>Desconhecidos</b>	2	3.3

Estes alegados abusadores eram maioritariamente do sexo feminino (n=34; 56%), não havendo informação em 6 casos.

Em 12(20%) dos casos tratava-se de indivíduos de menor idade (até aos 18 anos). A média da idade foi de 24 anos (mín=5; máx=60; SD=10.1) (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição do suposto abusador de acordo a idade (n=60)

<b>Idade do suposto abusador</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>5 a 10</b>	2	3
<b>11 a 15</b>	6	10
<b>16 a 20</b>	8	13
<b>21 a 25</b>	7	11.7
<b>26 a 30</b>	11	18
<b>31 a 35</b>	11	18
<b>36 a 40</b>	7	13
<b>41 a 45</b>	4	6.7
<b>46 a 50</b>	2	3.3
<b>51 a 55</b>	1	1.6
<b>56 a 60</b>	1	1.6

Em relação à atividade profissional do suposto abusador, nos casos em que havia informação disponível e se encontravam em idade ativa, apenas se conseguiu apurar que 15 exerciam atividades relacionadas como comércio e 2 encontravam-se desempregados.

Quanto à história de antecedentes psiquiátricos, em 93% dos casos não existia história conhecida; 7% (n=4) dos indivíduos eram portadores de uma psicopatologia diagnosticada. Sobre uma eventual história de comportamento desviante, apenas em 26 (43.3%) casos havia informação, sendo que o consumo abusivo de álcool era a situação mais frequente (61.5%) (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição do suposto abusador de acordo com a história do comportamento desviante (n=26)

<b>História de comportamentos desviantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Consumo abusivo de álcool</b>	16	61.5
<b>Consumo de drogas</b>	3	11.5
<b>Abuso prévio a outras crianças</b>	3	11.5
<b>Violência na relação de intimidade</b>	3	11.5
<b>Delinquentes</b>	1	4

## V. DISCUSSÃO

Não se encontraram estudos publicados em revistas indexadas sobre a problemática do abuso em crianças em Angola, designadamente no que às queimaduras se refere, pelo que o presente trabalho poderá constituir a primeira aproximação a esta temática.

Na introdução a esta investigação foi feita referência à severidade das taxas destes casos, bem como das lesões e consequências futuras resultantes para as crianças/futuros adultos. Daí a necessidade de cada vez se conhecerem mais profundamente estas situações, nas suas diversas vertentes, em cada país e comunidade, para que as medidas de deteção, diagnóstico e prevenção se possam adequar a cada realidade. Visa-se, com isto, detetar e tratar/reabilitar atempadamente as vítimas mas, também, as suas famílias e, sempre que possível, os perpetradores.

Para isso, importa que existam protocolos de intervenção e normas de atuação para cada profissional que integre a equipa multidisciplinar de profissionais que para estas situações se preconiza. Ora, durante a realização deste trabalho, constatamos que em Angola não existem equipas multidisciplinares organizadas, nem protocolos interinstitucionais, nem normas procedimentais, designadamente para médicos e especialistas médico-legais.

Daí o objetivo do nosso trabalho, que se pretendeu constituir como um pequeno contributo para conhecer melhor esta realidade e para reforçar a ideia da necessidade urgente da organização dos serviços, de forma a que as equipas multidisciplinares possam existir e intervir adequada e atempadamente, para bem das vítimas, da comunidade e da Justiça.

## **1. A vítima. Sua admissão hospitalar e circunstâncias do evento**

As vítimas analisadas neste estudo eram em metade dos casos menores de 5 anos, com uma idade média de 7 anos, o que as torna pessoas em especial risco para sofrerem este tipo de lesões, independentemente da etiologia da mesma (abusiva, acidental ou por negligência).

Os registos clínicos eram escassos quanto à sua caracterização, designadamente no que se refere à história clínica, que deve ser pormenorizada, e na qual é fundamental a descrição exaustiva do desenvolvimento da criança e dos seus antecedentes patológicos e traumáticos, bem como da história social e do calendário vacinal da criança, entre outros (Jonhson, C. & French, G., 2005; Maguire, S. et. al., 2008), pelo que muita informação terá ficado por apurar neste estudo.

A quase totalidade destas crianças estava a cargo de familiares, tendo no entanto sido estes a levá-las para o hospital apenas em 69% dos casos; nas restantes situações, foram os vizinhos a fazê-lo, o que poderá estar relacionado com o facto de que, como se viu, numa grande percentagem dos casos abusivos, e eventualmente de negligência, os familiares estarem implicados.

Preocupante é o facto de que em 57% dos casos as crianças queimadas não foram levadas ao hospital no próprio dia, o que pode significar ou desleixo (desvalorização das lesões) ou intenção de não tornar público o caso (sobretudo nas situações abusivas e de negligência). Este atraso na procura de cuidados de saúde é, aliás, um importante indicador de abuso (Magalhães, T. et. al., 2010).

De acordo com os registos clínicos, em 97% dos casos tratar-se-ia da primeira ocorrência de queimadura que, na sua maioria (77%) teria tido lugar em casa, o que também estará de acordo com o facto dos perpetradores dos abusos, e eventualmente dos comportamentos negligentes, serem mais frequentemente os familiares.

Fundamental é, também, que dos registos clínicos relativos a casos deste tipo conste uma descrição pormenorizada do evento, incluindo a hora exata, a localização do(s) cuidador(es) durante

a ocorrência, o tipo concreto de ocorrência, bem como as medidas que de imediato foram tomadas para proteger a criança. Também em relação a estes aspetos se encontraram lacunas importantes nos registos, o que se pode dever ao silêncio da vítima ou de quem a acompanha, uma vez mais sobretudo nos casos abusivos ou de negligência, em que a ocultação é um fenómeno típico (Magalhães, T., 2010). Este aspeto é fundamental para posteriormente, e tendo em conta as características das lesões, de poder apurar da etiologia destes casos.

De acordo com o que foi possível retirar dos registos clínicos e de algumas entrevistas feitas, sobretudo com as mães, 47% dos casos terá resultado de negligência (e.g., uso de velas e fogareiros, por falta energia elétrica, em períodos durante os quais as crianças ficam entregues a elas próprias ou a irmãos de menor idade), 33% de acidentes (devido às más condições habitacionais, desencadeiam facilmente incêndios – muitas vezes têm gasolina ou petróleo em casa – ou quando carregam tachos ou panelas com líquidos ferventes tropeçam e caem, atingindo as crianças) e 20% de abuso. Tal como referido na literatura, na maior parte dos casos dos eventos acidentais a história descrita era compatível com as lesões e/ou com o nível de desenvolvimento da criança, verificando-se uma procura precoce dos cuidados de saúde (Johnson, C. & French, G., 2005; Maguire, S. et. al., 2008), o mesmo já não se podendo afirmar para os alegados casos de abuso e de negligência.

## **2. Os alegados casos de abuso**

A imersão de partes do corpo da criança em líquido quente/fervente verificou-se em 75% dos casos alegadamente abusivos, enquanto nas situações de negligência foram mais frequentes as queimaduras por *splash* (47%) e nos acidentes por ação de chama (40%), o que está de acordo com a literatura ( Magalhães, T. et. al., 2010).

O local das queimaduras não revelou diferenças significativas entre as diversas etiologias, sendo sempre atingidos mais frequentemente os membros superiores, tórax/mamas e membros

inferiores. Apenas importa destacar que nos casos abusivos os órgãos genitais e nádegas foram mais atingidos (7%), do que nos casos acidentais ou de negligência (3% e 4%, respetivamente), mas o número absoluto de casos com atingimento desta região não é suficientemente robusto para se poder tirar conclusões. Note-se, contudo, que num grande número de casos estas se localizavam os área não próprias para acidentes, aspeto que deve ser considerado no diagnóstico da etiologia destes casos (French, H., et. al., 2006).

As queimaduras desenhavam a forma do objeto que as produziu em 50% dos casos alegadamente abusivos, o que constitui outro indicador típico de abuso (Magalhães, T., et. al., 2010), mas também aqui não se podem retirar conclusões dado que em apenas 4 casos do total as lesões eram figuradas ou moduladas.

Outro indicador sugestivo de abuso é a simetria e bilateralidade das lesões (Magalhães, T., et. al., 2010), tendo-se encontrado esta característica em 57% dos casos alegadamente abusivos, sendo a distribuição irregular em em 78% e 79% dos casos supostamente acidentais ou devidos a negligência.

A maior parte da totalidade das queimaduras eram do 2º grau (65), sendo que as mais graves (2º e 3º graus), foram mais frequentes nos casos alegadamente abusivos (78% e 17%, respetivamente), o que pode estar relacionado com a intencionalidade da sua produção.

Em 56% dos casos as queimaduras não atingiram mais do que 10% da superfície corporal. Foi nas situações alegadamente abusivas que estas se revelaram menos extensas (até 10% da área corporal em 74% dos casos vs 46% e 55% para as suspeitas de acidente e negligência, respetivamente), o que pode também ser explicado pela produção intencional da lesão, num específico local do corpo.

Nos casos alegadamente abusivos, como seria expectável, de acordo com a literatura (Johnson, C. & French, G., 2005; Maguire, S. et. al., 2008), foram encontrados sinais sugestivos de outros abusos físicos em 63% dos casos, ficando a dever-se sobretudo a bofetadas (41%), murros

(28%) e pontapés (21%). O tipo de lesões traumáticas (isoladas ou em associação) mais frequentes foram as equimoses (37%), os hematomas (26%), o edema (21%) e as escoriações (16%). Em 28% dos casos encontraram-se cicatrizes de lesões não recentes, as quais podem corresponder, em parte, a situações anteriores de abuso, traduzindo assim a reiteração típica destas práticas (Magalhães, T., et. al., 2010) – contudo, trata-se apenas de uma suposição, não se podendo inferir diretamente este facto dos resultados obtidos.

Apenas em 26% destes casos foi apresentada denúncia, o que também corresponde a uma situação esperada, dado o silêncio e ocultação que caracteriza estes casos (Magalhães, T., 2010). De todos os casos de suspeita de abuso (os quais posteriormente foram referenciados pelo hospital), identificaram-se 60 suspeitos que em 67% das situações terão atuado isoladamente, sendo maioritariamente um familiar da vítima (58%), do sexo feminino (56%), com idade média de 24 anos (note-se que em 20% estes seriam indivíduos menores de idade). Fatores de risco frequentemente referidos para os abusadores foram aqui encontrados, sobretudo o consumo abusivo de álcool era a situação mais frequente (62%) (Dias, I., 2010).

### **3. Análise genérica do estudo na perspetiva médico-legal e forense. Limitações do estudo e propostas**

O presente estudo baseou-se numa amostra de conveniência e beneficiaria se tivesse sido possível prolonga-lo para se obterem mais casos alegadamente abusivos, de forma a que se conseguissem conclusões mais robustas. Da mesma forma, beneficiaria se para além de investigadora que esteve no local a fazer o levantamento dos casos tivesse estado um segundo investigador com especialização médico-legal, de modo a avaliar os casos nesta perspetiva, permitindo desta forma selecionar os alegados casos abusivos de acordo com critérios previamente definidos e não de acordo com os critérios que possam ter sido usados no hospital que, admitindo-se

que estejam corretos, não foram à partida protocolizados, resultando da apreciação de diferentes médicos.

De qualquer forma, a investigadora, recorrendo aos indicadores de suspeição mais frequentes (Magalhães, T., et. al., 2010) procedeu à sua própria avaliação médico-legal, concluindo, após a conjugação de toda a informação disponível, dos achados clínicos e dos exames complementares de diagnósticos, que as conclusões quanto à etiologia da situação, referida nos registos hospitalares, estariam corretas em 97% dos casos.

Referiu-se ao longo deste trabalho, que em Angola não existem normas periciais relativamente à metodologia da avaliação médico-legal e forense de vítimas de abusos. Ora é sabido que em situações de suspeita ou deteção de crianças abusadas deverá ter lugar uma investigação que tem em vista o correto diagnóstico do caso, devendo este obedecer a um protocolo previamente estabelecido (Magalhães, T., et. al., 2010).

Este protocolo inclui uma avaliação médico-legal e forense que deve contemplar uma entrevista forense, (Peixoto, C. E., et. al., 2013), a colheita da história médica forense (Magalhães, T., et. al., 2013), o exame físico (Magalhães, T., et. al., 2013) e a realização de exames complementares, sempre que tal se revele necessário (e.g., Rx do esqueleto ósseo, tomografia cerebral, retinoscopia, estudos analíticos, designadamente para estudo da coagulação, exames toxicológicos). Em muitos casos poderá ser feita também uma avaliação psicológica forense (Magalhães, T. & Ribeiro, C., 2010; Ribeiro, C. & Peixoto, C. E., 2013). Conjugados todos estes dados com a informação obtida através da polícia, dos serviços de proteção das crianças, de outros profissionais dos serviços de saúde, etc, poder-se-á, então, proceder ao relatório médico-legal e forense, o qual deve obedecer a normas estritas para ser claro, rigoroso, mas nunca se afastar daquilo que é possível concluir tendo essencialmente por base a evidência científica na matéria. E é nesta evidência que se deve basear o diagnóstico diferencial, nem sempre possível de concretizar de forma definitiva e, seguramente, a parte mais complexa da intervenção médico-legal e aquela em

que recai a maior expectativa por parte das autoridades que irão intervir, seja a nível da investigação criminal, seja a nível da intervenção para proteção.

Neste sentido, seria desejável que os serviços médico-legais Angolanos definissem normas e protocolos de atuação para melhor ajudar os serviços de saúde e os serviços judiciários e judiciais a diagnosticarem estes casos e a neles intervirem correta e atempadamente, prevenindo assim maiores danos.

## VI. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem extrair as seguintes conclusões:

1. As vítimas eram muito novas (50% até aos 5 anos, sendo a média de idade 7 anos), encontrando-se 99.6% a cargo dos familiares os quais, em apenas 69% dos casos, foram as pessoas que as levaram ao hospital;
2. Mais de metade das crianças queimadas (57%) não foram levadas ao hospital no dia do evento, sendo que em 77% dos casos este aconteceu em casa;
3. Em 97% dos casos tratar-se-ia da primeira queimadura;
4. De acordo com os registos clínicos (diagnóstico confirmado pela investigadora para a quase totalidade dos casos), 47% das queimaduras associava-se a negligência, 33% a acidente e 20% a abuso;
5. A queimadura provocada por imersão em água quente verificou-se em 75% dos casos alegadamente abusivos;
6. Os locais mais atingidos foram os membros superiores (22%), tórax/mamas (22%) e membros inferiores (18%), para todos os casos, verificando-se que a região genital e nádegas sofreu mais queimaduras nas situações alegadamente abusivas (7%);
7. As queimaduras figuradas, apesar de muito escassas no geral, surgiram em 50% dos casos de suspeita de abuso, bem como a distribuição bilateral e simétrica das lesões (em 57% destes casos);
8. As queimaduras foram de 2º grau em 65% dos casos, sendo as mais graves nos casos supostamente devidos a abuso; no entanto, foi nestes casos que houve menos atingimento da área corporal (74% até 10% da área corporal);
9. Em 63% dos alegados abusos encontraram-se outras lesões distintas das queimaduras e em 28% cicatrizes de lesões;
10. A denúncia da suspeita de abuso foi apresentada em apenas 26% dos casos;

11. Os supostos abusadores seriam maioritariamente familiares da vítima e do sexo feminino (58% e 56%), respetivamente, com idade média de 24 anos (20% menores de idade) e em 62% dos casos havia referência a consumo abusivo de álcool.

Os resultados deste estudo demonstraram, de uma forma genérica, que existem lesões de queimadura que podem ter origem abusiva, seguramente muito mais do que aquelas que são detetadas, dado que o diagnóstico nestas situações é muito difícil ea denúncia é raramente feita, tendo em conta que os casos, sobretudo se intrafamiliares, estão envoltos em dinâmicas particulares de segredo e ocorrem maioritariamente dentro das casas dos próprios abusadores, levando ao atraso do conhecimento público da situação. Daí a maior gravidade deste casos e a urgência do seu diagnóstico precoce.

Estes casos seriam melhor apoiados se se conseguisse:

1. Promover a sua deteção precoce pelos profissionais que trabalham com crianças;
2. Incentivar a sinalização/denúncia da sua suspeita por esses mesmos profissionais;
3. A colaboração de especialistas em medicina legal para apoiar o diagnóstico mais seguro dos casos;
4. Definir normas procedimentais e protocolos que apoiassem o diagnóstico por esses especialistas e a sua boa articulação com os outros profissionais os quais, no seu conjunto, deveriam constituir uma equipa multidisciplinar de intervenção nestes casos.

## Resumo

**Introdução:** A detecção dos abusos contra crianças não é fácil para o médico, pois a história clínica recolhida é muitas vezes enganosa, os achados físicos são muitas vezes inespecíficos e os médicos, na maioria dos casos, não incluem o abuso no diagnóstico diferencial dos quadros clínicos com que se confrontam. Este diagnóstico é particularmente complexo no caso das queimaduras, cujas consequências, pelo menos do ponto de vista psicológico, são sempre graves. Daí a necessidade de cada vez se conhecerem mais profundamente estas situações, nas suas diversas vertentes, em cada país e comunidade, para que as medidas de detenção, diagnósticos e prevenção se possam adequar a cada realidade. **Objetivo:** Contribuir para conhecer melhor esta realidade e para reforçar a ideia da necessidade urgente da organização dos serviços em Angola, para que as equipas multidisciplinares possam existir e intervir adequada e atempadamente, para bem das vítimas, da comunidade e da justiça. **Material e Métodos:** Foram estudadas 230 crianças admitidas por queimaduras na Unidade de Queimados do Hospital Neves Bendinha, em Luanda. A ficha de recolha de dados foi preenchida durante o período de internamento das crianças, incluindo dados constantes do processo clínico hospitalar e outros obtidos através da entrevista de um dos progenitores ou representante legal da criança. **Resultados e Discussão:** As vítimas eram muito novas (50% até aos 5 anos; média de idade 7 anos), encontrando-se 99.6% a cargo dos familiares os quais, em apenas 69% dos casos, foram as pessoas que as levaram ao hospital; 57% não foram levadas ao hospital no dia do evento, sendo que em 77% dos casos este aconteceu em casa. Estes aspetos podem estar relacionados com a tentativa de ocultação dos casos abusivos. De acordo com os registos clínicos, 47% das queimaduras associava-se a negligência, 33% a acidente e 20% a abuso. A queimadura provocada por imersão em água quente verificou-se em 75% dos casos alegadamente abusivos. Os locais mais atingidos foram os membros superiores (22%), tórax/mamas (22%) e membros inferiores (18%), para todos os casos, verificando-se que a região genital e nádegas sofreu mais queimaduras nas situações alegadamente abusivas (7%). As queimaduras figuradas, apesar de muito escassas no geral, surgiram em 50% dos casos de suspeita de abuso, bem como a distribuição bilateral e simétrica das lesões (em 57% destes casos), o que é altamente sugestivo de lesões intencionalmente infligidas. As queimaduras foram de 2º grau em 65% dos casos, sendo as mais graves nos casos supostamente devidos a abuso; no entanto, foi nestes casos que houve menos atingimento da área corporal (74% até 10% da área corporal), talvez porque a queimadura intencional foi aplicada a uma área concreta. Em 63% dos alegados abusos encontraram-se outras lesões distintas das queimaduras e em 28% cicatrizes de lesões (o que pode traduzir reiteração do abuso). A denúncia da suspeita de abuso foi apresentada em apenas 26% dos casos, o que está de acordo com a ocultação típica destes

casos. Os supostos abusadores seriam majoritariamente familiares da vítima e do sexo feminino (58% e 56%), respectivamente, com idade média de 24 anos (20% menores de idade) e em 62% dos casos havia referência a consumo abusivo de álcool. Estes casos seriam melhor apoiados se conseguisse: (1) promover a sua detecção precoce pelos profissionais que trabalham com crianças; (2) incentivar a sinalização/denúncia da sua suspeita por esses mesmos profissionais; (3) a colaboração de especialistas em medicina legal para apoiar o diagnóstico mais seguro dos casos; (4) definir normas procedimentais e protocolos que apoiassem o diagnóstico por esses especialistas e a sua boa articulação com os outros profissionais os quais, no seu conjunto, deveriam constituir uma equipa multidisciplinar de intervenção nestes casos.

**Palavras-Chaves:** Criança; Vítima; Abuso; Violência; Agressão; Negligência; Acidente; Queimadura; Diagnóstico.

## Abstract

**Introduction:** It is difficult for a doctor to detect a children abuse, due to the fact that the history about the event is sometimes not true, the physical findings are usually unspecific, frequently doctors don't include the abuse in the differential diagnosis. This diagnosis is particularly difficult to perform in burns, which consequences, at least from the psychological point of view, are always severe. That's why is important to know deeply this situations, in their several strands, in each country and community, so the detection measures, diagnosis and prevention can be adjust to each reality. **Objective:** To contribute to better understand this reality and to reinforce the necessity to organize the services in Angola, so that the multidisciplinary teams can exist and act in accordance and within a suitable way and schedule, for the welfare of the victims, community and justice. **Material and Methods:** 230 children were studied; they were admitted in the burn unit from the Hospital Neves Bendinha, in Luanda, Angola. The collection of data forms was fulfilled during the inpatient period; it includes information from their medical historical process and others collected through an interview to the children's parents or their legal representative. **Results and Discussion:** The victims are very young (50% until the age of 5; average: 7 years-old), in 99.6% their relatives were in charge, and in only 69% of the cases, the relatives took the children to the hospital; 57% were not taken to the hospital in the day of the event, and in 77% of the cases the event happened at home. These aspects can be related with the attempt to hide these abusive cases. Accordingly to the clinic registrations, 47% of the burns were associated to neglecting acts, 33% to accidents and 20% to abuse. Burns caused by the immersion in hot water were showed in 75% of the alleged abusive cases. The body parts more affected were the upper limbs (22%), chest/breast (22%) and lower limbs (18%), for all the cases; the genital area and buttocks were the regions where more burns were suffered by the alleged abused children (7%). The patterned burns, in spite of being very rare, appeared in 50% of the suspected abuses cases, as well as the bilateral distribution and symmetrical of the burns (in 57% of these cases); these may suggest that the burns were intentional inflicted. The burns were of 2<sup>nd</sup> degree in 65% of the cases, being the more severe in the abuse cases; however, in these cases there was less body burn (74% until 10% of body area), maybe because the intentional burn was applied in a concrete area. In 63% of the alleged abuses there were other injuries and in 28% scars (that may suggest the reiteration of the abuse). The abuse complaints were presented in only 26% of the cases, which is in accordance with the attempt to hide them. The alleged abusers were mainly the victims' relatives and the females (58% and 56%, respectively), with an average age of 24 years (20% minors) and in 62% of the cases there was a reference to an abusive alcohol consumption. These cases would be better supported if it was possible to: (1) promote the early

detection by the professional that work with children; (2) promote the report of the professionals regarding these events; (3) obtain collaboration from the forensic doctors to support a more secure diagnosis in these cases; (4) set some procedure rules and protocols that can support the diagnosis performed by these physicians and their better cooperation with other professionals, creating together a multidisciplinary team for the intervention in these cases.

**Key words:** Children; Victim; Abuse; Violence; Aggression; Neglecting ; Accident; Burns; Diagnosis.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTO, I. M. M.: Maltrato e Trauma na Infância. Caracterização do Maltrato Infantil Abuso físico. 2ª ed. Coimbra: Almedina. 2010. p. 27-57.
- AZEVEDO, M.C. & MAIA, A.C.: Maus-tratos à Criança. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- BARROSO, Z.: Contribuição para uma tipologia de maus-tratos infantis: síntese dos resultados obtidos num hospital público de Lisboa. In CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, VIII, Coimbra, 2004. p. 1-15.
- DIAS, I., RIBEIRO, S., C., MAGALHÃES, T.: A construção social do abuso na infância. Conceitos e tipologias de abuso infantil. In: Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico, Magalhães T (Coord), Lisboa: Lidel, 2010. pp. 5 – 22.
- DIAS, I.: Factores de risco de abuso infantil. In: Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico, Magalhães T (Coord), Lisboa: Lidel, 2010. pp. 31-35.
- FRENCH, G., JOHNSON, C., YOUNG, M.: Bruises and burns. In: Child abuse. Quick reference. For healthcare, social service, and law enforcement professionals, Giardino AP, Alexander R (Eds), 2ª ed, St Louis, GW Medical Publishing Inc, 79-109, 2006.
- GELLES, R. J.: Child abuse. An overview. In: Clark M & Clark J. The encyclopedia of child abuse. New York: Facts on File. 1989, p. xiii-xxix.
- HELPER, R.E., & KEMPE, R.S.: The Battered Child. 4ª ed. Chicago: The University of Chicago Press. 1991.
- JOHNSON, C., FRENCH, G.: Bruises and burns in child maltreatment. In: Child Maltreatment. A clinical guide and reference, Giardino AP, Alexander R (Eds), 3ª ed, St Louis, GW Medical Publishing Inc, 63-79, 2005.
- JORNAL DE ANGOLA ONLINE: Crianças vítimas de queimaduras no Hospital dos queimados em Luanda (2008). [Consult. a 9.05.2012]. Disponível em: <http://www.jornaldeangola.com>.
- JORNAL DE NOTÍCIAS: Crianças "feiticeiras" entregues às famílias. 2009. [Consult. a 9.05.2012] Disponível em [http://www.jn.pt/PaginaInicial/Mundo/Interior.aspx?content\\_id=1071030](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Mundo/Interior.aspx?content_id=1071030).

- KATZ, C. R. T.: Indicadores de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes para Uso na Prática da Odontopediatria. [Consult. a 9.05.2012]. Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/revista/v7n2/3.pdf>.
- LOURENÇO, O.: Children's attributions of moral emotions to victimizers: some data, doubts, and suggestions. *British Journal of Development Psychology*, 15 (4): 425-438, 1997.
- MAGALHÃES, T., JARDIM, P., SANTOS, A., et. al: Indicadores físico de abuso, In: *Abuso de Crianças e Jovens. Da suspeita ao diagnóstico*, Magalhães T (Coord), Lisboa: Lidel. 2010, pp. 52-103.
- MAGALHÃES, T., JARDIM, P., VIEIRA, D.N.: Exame físico e colheita de vestígios em vítimas de alegada agressão sexual. In: *Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada*. Magalhães T, Vieira DN (Coord). Maia: SPECAN, 2013, pp. 231-268.
- MAGALHÃES, T., JARDIM, P., VIEIRA, D.N.: História médica forense em casos de alegada agressão sexual, In: *Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada*. Magalhães T, Vieira DN (Coord). Maia: SPECAN, 2013, pp. 213-230.
- MAGALHÃES, T.: *Violência e abuso – Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra 2010.
- MAGUIRE, S., MOYNIHAN, S., MANN, M., POTOKAR, T., KEMP, A. M.: A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children, *Burns*, (34)1072:1081, 2008.
- PEIXOTO, C. E., RIBEIRO, C., MAGALHÃES, T.: Entrevista forense a criança alegadamente vítimas de abuso, In: *Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada*. Magalhães T, Vieira DN (Coord). Maia: SPECAN, 2013, pp. 75-102.
- PIRES, A. L. D. & MIYAZAKI, M. C.O.S.: Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Artigo de Revisão. (2005). [Consult. a 9.05.2012]. Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>.
- RIBEIRO S.C., MALTA, W. & MAGALHÃES, T.: O castigo físico de criança. Estudo de revisão. *Revista Portuguesa do Dano Corporal Coimbra*. XX (22): 55-73, 2011.

RIBEIRO, C. & PEIXOTO, C. E.: Avaliação psicológica forense de crianças alegadamente vítimas de abuso,  
In: Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada. Magalhães T, Vieira DN (Coord). Maia: SPECAN,  
2013, pp. 103-120.

SCALZO, A. J.: Burns and child maltreatment. In: Child maltreatment. Monteleone, J. A. (Ed). St. Louis: G.  
W. Medical Publishing. 1998. p. 153-174.

UNICEF: “A league table of child maltreatment deaths in rich nations”, Innocenti Report Card (5),  
September 2003. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre.

# Anexos



República de Angola  
Ministério da Saúde

## DECLARAÇÃO

Para efeito de Reconhecimento de Título de Mestrado, declara-se que, **MARIA DE FÁTIMA CARDOSO DE ALMEIDA**, Médica Legista, esteve no nosso hospital a fazer colecta de dados Sobre **Crianças Queimadas**, no ano de 2011 no mês de Julho à Setembro e no ano de 2012 nos meses de Janeiro à Março.

E por ser verdade e me ter sido solicitado, mandei passar a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com carimbo em uso neste Hospital.

**GABINETE DO DIRECTOR GERAL, DO HOSPITAL GERAL ESPECIALIZADO NEVES BENDINHA, Em Luanda, aos 20 de Junho de 2014.**

O DIRECTOR GERAL

**Dr. VALDEMIRO DIOGO**

(Médico Cirurgião)

Portador da Cédula Profissional nº 902

---

Hospital Geral Especializado Neves Bendinha  
Rua Dr. Carlos Coimbra  
Telefone: (+244)- 222 266 448  
Website: [www.nevesbendinha.com](http://www.nevesbendinha.com)

**ANÁLISE MÉDICO-LEGAL DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS.  
A PROPÓSITO DE ABUSO FÍSICO EM ANGOLA**

Ficha para recolha de dados

**A. DADOS RELATIVOS A TODA A POPULAÇÃO ESTUDADA**

**I. ADMISSÃO HOSPITALAR**

1. Nº do processo hospitalar

2. Data da admissão ...../...../.....

3. Quem leva a criança ou adolescente ao hospital?

0. Conhecido(a)	
1. Amigo(a)	
2. Vizinho(a)	
3. Professor(a) /Educador(a)	
4. Pai	
5. Mãe	
6. Padrasto	
7. Madrasta	
8. Avô	
9. Avó	

10. Irmão(ã)	
11. Tio(a)	
12. Outro familiar. Qual?	
13. Desconhecido	
14. A própria vítima	
15. Sem informação	

**II. CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE**

4. Sexo

0. Masculino	
1. Feminino	

5. Município de residência.....

6. Data do nascimento

0. .... / ..... / .....	
1. Sem informação	

7. Idade à data de admissão no hospital: .....(anos)

**8. Idade aproximada à data da 1ª ocorrência**

0. .... (anos)	
1. Sem informação	

**9. Idade aproximada à data da última ocorrência**

0. ....(anos)	
1. Sem informação	

**10. Escolaridade**

0. Sem escolaridade	
1. Creche/Jardim de Infância	
2. 1ª a 4ª classe	
3. 5ª a 6ª classe	
4. 7ª a 9ª classe	
5. 10ª a 12ª classe	
6. Sem informação	

**11. Actividade**

0. Actividade escolar	
1. Sem qualquer actividade – á espera do primeiro emprego	
2. Vida profissional activa. Qual?	
3. Desempregada	
4. Outra. Qual?	

**12. Criança a cargo de quem?**

0. Pai	
1. Mãe	
2. Pais	
3. Outro familiar	
4. Ama	
5. INAC (Instituto Nacional da Criança)	
6. Entregue a si própria	
7. Sem informação	

**13. Antecedentes de saúde (escolha múltipla)**

0. Sem história conhecida	
1. Handicap físico	
2. Handicap mental	
3. Doença crónica. Qual?.....	
4. Outra. Qual? .....	
5. Sem informação	

**14. História de comportamento desviante (escolha múltipla)**

0. Sem história conhecida	
1. Consumo abusivo de álcool	
2. Consumo de drogas de abuso	
3. Comportamentos delinquentes	
4. Prostituição	
5. Furtos/roubos	
6. Fugas de casa	
7. Fugas de escolas	
8. Outra. Qual? .....	
9. Sem informação	

**III. CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES DE QUEIMADURA**

**15. Data aproximada da ocorrência que motivou o internamento**

0. .... /.... /.....	
1. Sem informação	

**16. Data aproximada da uma eventual ocorrência semelhante prévia**

0. .... /.... /.....	
1. Negada outra ocorrência	
2. Sem informação	

**17. Intervalo aproximado entre a última ocorrência e a ida para o Hospital**

0. No próprio dia	
1. 1 a 5 dias	
2. 6 a 30 dias	
3. > 30 dias	
4. Sem informação	

**18. Frequência da ocorrência de queimaduras**

0. Primeira ocorrência	
1. Apenas uma vez	
2. Pouco frequente/irregular. Quantas vezes?.....	
3. Periodicamente/regular (não mais do que mensalmente)	
4. Periodicamente/regular (uma vez por semana)	
5. Periodicamente/regular (várias vezes por semana)	
6. Esporadicamente	
7. Sem informação	

**19. Local a ocorrência**

0. Casa da vítima	
1. Casa de outrem	
2. Lugar ermo urbano. Qual?.....	
3. Lugar ermo rural. Qual?.....	
4. Escola	
5. Local de trabalho	
6. Automóvel	
7. Recinto público	
8. Outro. Qual?.....	
9. Sem informação	

**20. Circunstâncias da ocorrência conforme descrita ao médico no Hospital (escolha múltipla)**

0. Acidente	
1. Agressão extra-familiar	
2. Agressão intra-familiar	
3. Negligência	
4. Sem informação	

**21. Além da queimadura apresentava sinais sugestivos de agressões físicas?**

0. Sim	
1. Não	
3. Sem informação	

**22. Se respondeu sim à 21, com que instrumento(s) denotam ter sido produzida(s)? (escolha múltipla)**

0. Murro, bofetada, pontapés, arranhões	
1. Outro instrumento contundente. Qual? .....	
2. Instrumento cortante. Qual?.....	
3. Instrumento perfurante. Qual?.....	
4. Instrumento misto. Qual? .....	
5. Intoxicação. Qual?	
6. Constricção de pescoço	
7. Abanões	
8. Outro. Qual?.....	
9. Sem informação	

**23. Além da queimadura apresentava sinais sugestivos de agressões sexual?**

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

#### IV. OBSERVAÇÃO CLÍNICA

##### 24. Localização das lesões de queimadura na superfície corporal (escolha múltipla)

0. Couro cabeludo (crânio)	
1. Face	
2. Pescoço	
3. Tórax	
4. Mamas	
5. Abdómen	
6. Membros superiores	
7. Membros inferiores	
8. Ausência de lesões observáveis	
9. Órgãos sexuais	
10. Nádegas	
11. Sem informação	

##### 25. Características das lesões de queimadura na superfície corporal quanto à simetria

0. Bilaterais e simétricas	
1. Unilateral	
2. Distribuição irregular	
3. Sem informação	

##### 26. Características das lesões de queimadura quanto à forma

0. Lesão modulada (que objecto?).....	
1. Lesão não modulada	
2. Sem informação	

##### 27. Tipos de outras eventuais lesões na superfície corporal (escolha múltipla)

0. Equimoses	
1. Escoriações	
2. Petéquias e sufusões sanguíneas	
3. Hematomas	
4. Edema	
5. Mordeduras	
6. Feridas abertas (ex: laceração)	
7. Cicatrizes	
8. Ausência de lesões observáveis	
9. Sem informação	

28. Tipos de eventuais lesões internas (escolha múltipla)

0. Fractura craniana	
1. Hemorragia meníngea	
2. Lesão do parênquima encefálico	
3. Fractura do(s) membro(s) superior(es)	
4. Fractura do(s) membro(s) inferior(es)	
5. Fractura coluna vertebral	
5. Fractura da bacia	
7. Lesão dos órgãos intra-tóraco. Qual?.....	
8. Lesão dos órgãos intra-abdominal. Qual?.....	
9. Ausência de lesões observáveis	
10. Outras. Quais?.....	
11. Sem informação	

29. Grau das queimaduras (lesão mais grave)

0. 1º Grau	
1. 2º Grau	
2. 3º Grau	
3. 4º Grau	

30. Extensão das lesões nas queimaduras ..... %

31. Número das lesões nas queimaduras

0. Única	
1. Múltipla.....	
2. Sem informação	

32. Mecanismo com que denota ter sido produzida a queimadura

0. Acção da chama	
1. Líquido aquecido (Splash)	
2. Líquido aquecido (imersão)	
3. Caustico	
4. Objecto aquecido/contacto	
5. Outro. Qual?.....	
6. Sem informação	

V. REGISTO DOCUMENTAL

33. Registo fotográfico

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

34. Registo vídeo

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

B. DADOS RELATIVOS À POPULAÇÃO SUPOSTAMENTE VÍTIMA DE ABUSO

VI. REVELAÇÃO DO SUPOSTO ABUSO

35. Foi feita a revelação pela vítima?

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

36. Se respondeu sim na pergunta 35, a quem foi feita a revelação?

0. Conhecido(a)	
1. Amigo(a)	
2. Vizinho(a)	
3. Professor(a )/Educador(a)	
4. Médico(a)	

5. Psicólogo(a)	
6. Pai	
7. Mãe	
8. Padrasto	
9. Madrasta	
10. Avó	
11. Avô	
12. Irmão(ã)	
13. Tio(a)	
14. Outro familiar. Qual?	
15. Desconhecido	
16. Sem informação	

37. O abuso foi testemunhado?

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

38. Se respondeu sim na pergunta 37, por quem?

0. Conhecido(a)	
1. Amigo(a)	
2. Vizinho(a)	
3. Professor(a )/Educador(a)	
4. Médico(a)	
5. Psicólogo(a)	
6. Pai	
7. Mãe	
8. Padrasto	
9. Madrasta	
10. Avó	
11. Avô	
12. Irmão(ã)	
13. Tio(a)	
14. Outro familiar. Qual?	
15. Desconhecido	
16. Sem informação	

39. Foi apresentada denúncia ou sinalização?

0. Sim	
1. Não	
2. Sem informação	

40. Se respondeu sim na pergunta 39, quem fez a denúncia ou sinalização?

0. Conhecido(a)	
1. Amigo(a)	
2. Vizinho(a)	
3. Professor(a )/Educador(a)	
4. Médico(a)	
5. Psicólogo(a)	
6. Pai	
7. Mãe	
8. Padrasto	
9. Madrasta	
10. Avó	
11. Avô	
12. Irmão(ã)	
13. Tio(a)	
14. Outro familiar. Qual?	
15. Desconhecido	
16. O próprio	
17. Sem informação	

41. A quem foi feita a primeira denúncia ou sinalização?

0. Hospital	
1. Centro de saúde	
2. Unidade Policial	
3. Instituto Nacional da Criança (INAC)	
4. Escola/Infantário	
5. Outra. Qual?.....	
6. Sem informação	

42. Facto denúncia ou sinalizado que esteve na base da suspeição (escolha múltipla)

0. Alteração súbita e suspeita do comportamento	
1. História revelada pela criança	
2. Sintomas sugestivos de abuso. Quais?	
3. Sinais físicos ou biológicos sugestivos de abuso físico. Quais?	
4. Desaparecimento temporário não explicado	
5. A própria queimadura	
6. Outra	
7. Sem informação	

43. Tipo de intervenção hospitalar (escolha múltipla)

0. Entrevista criança/adolescente	
1. Exame físico para tratamento	
2. Exame físico de avaliação de eventuais sinais de abuso	
3. Colheitas de evidências biológicas	
4. Contacto imediato com serviços médico-legais	
5. Outro.....	
6. sem informação	

VII. CARACTERIZAÇÃO DO SUPOSTO ABUSADOR

44. Nº de suspeitos

0. Um	
1. Vários.....	
2. Sem informação	

**45. Relação do(s) suspeito(s) com a vítima (escolha múltipla se existir mais de um)**

0. Conhecido(a)	
1. Amigo(a)	
2. Vizinho(a)	
3. Professor(a) /Educador(a)	
4. Pai	
5. Mãe	
6. Padrasto	
7. Madrasta	
8. Avô	
9. Avó	
10. Irmão(ã)	
11. Tio(a)	
12. Outro familiar. Qual?.....	
13. Desconhecido	
14. Outros. Quem?.....	
15. Sem informação	

**46. Sexo (no caso de mais do que um abusador, selecionar o mais próximo da vítima)**

0. Masculino	
1. Feminino	
2. Sem informação	

**47. Idade (no caso de mais do que um abusador, selecionar o mais próximo da vítima)**

0. ....(anos)	
1. Sem informação	

**48. Profissão (no caso de mais do que um abusador, selecionar o mais próximo da vítima)**

0. Pessoal de profissões científicas, técnicas, artísticas e similares	
1. Directores e quadros superiores administrativos	
2. Pessoal administrativo e similares	
3. Trabalhadores das indústrias extractivas e transformadora e condutores de máquinas fixas e de transporte	
4. Pessoal dos serviços de protecção e segurança, serviços pessoais e domésticos e similares.	
5. Agricultores, criadores de animais, trabalhadores agrícolas e florestais, pescadores e caçadores.	
6. Pessoal do comércio e vendedores	
7. Outra. Qual?.....	
8. Desempregado	
9. Reformado	
10. Sem informação	

49. História de comportamentos desviantes (no caso de mais do que um abusador, selecionar o mais próximo da vítima) - escolha múltipla

0. Sem história conhecida	
1. Consumo abusivo de álcool	
2. Consumo de drogas de abuso	
3. Furtos/Roubos	
4. Prostituição ou proxenetismo	
5. Tráfico de drogas	
6. Abusos prévios a outras crianças/adolescentes	
7. Ofensa a integridade física ou crime contra a vida	
8. Violência na relação de intimidade	
9. Outros comportamentos delinquentes	
10. Outro. Qual?.....	
11. Sem informação	

50. História de antecedentes psiquiátricos (no caso de mais do que um abusador, selecionar o mais próximo da vítima)

0. Sem história conhecida	
1. Sim. Quais?.....	
2. Sem informação	

#### VIII. CONCLUSÃO MÉDICO-LEGAL

51. Compatibilidade entre os achados clínicos e exames complementares de diagnóstico e a história de abuso físico com queimaduras

0. Compatível	
1. Compatibilidade provável mas não demonstrável	
2. Não compatível	
3. Indeterminado	