

De 1977 a 1979 — Contabilista da Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas, CRL (CERCI);

De 1971 a 1975 — Professora do Ensino Secundário (6.º grupo) na Escola Comercial e Industrial “Infante D. Henrique” em Moçâmedes, Angola.

Outros requisitos com relevo curricular:

Seminário “O INGA como organismo pagador do Feoga Garantia — Dois anos do modelo de separação de funções em Portugal”, onde foi moderadora no Grupo de Trabalho “Aperfeiçoamento da programação das despesas do Feoga”, realizado em Janeiro de 1999, em Lisboa;

Seminário “10 anos do INGA”, onde foi relatora do Grupo de Trabalho “Reg(CE) n.º 1663/95 — Auditoria/Controle Financeiro”, realizado em de Novembro de 1996, em Lisboa;

Louvor do presidente do INGA publicado no DR 2.ª série n.º 103 de 3/5/1996;

Membro n.º 66211 da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas.

MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

Instituto Nacional de Aviação Civil, I. P.

Deliberação (extracto) n.º 3215/2008

Nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 37.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, torna-se público que, por deliberação do Conselho Directivo de 18.07.2008, a licenciada Sandra Cristina Duarte Lourenço, ingressou na carreira Técnica Superior — Técnico Superior I — Escalão F/14, após a realização do respectivo estágio de 12 meses, nos termos dos artigos 17.º e 18.º do Regulamento de Carreiras do Instituto Nacional de Aviação Civil, I.P., aprovado por Despacho conjunto n.º 38/2000, de 28 de Outubro de 1999, publicado na 2.ª série, n.º 11, de 14 de Janeiro de 2000.

1 de Outubro de 2008. — O Chefe do Departamento de Recursos Humanos, *Pedro Pisco dos Santos*.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL

Gabinete do Secretário de Estado do Emprego
e da Formação Profissional

Despacho n.º 31290/2008

Considerando que a atribuição do Prémio de Mérito constitui um testemunho de apreço e uma forma pública e solene de homenagear as pessoas singulares ou colectivas que, em cada ano, mais se tenham distinguido na integração profissional de pessoas com deficiência;

Considerando que, nos termos do despacho n.º 12 008/99 (2.ª série), de 24 de Maio, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 23 de Junho de 1999, o júri do concurso é nomeado em cada ano por despacho do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social;

Considerando que as diversas entidades com assento no júri indicaram já os respectivos representantes;

Assim, ao abrigo do n.º 11 do referido despacho, determino o seguinte:

1 — É nomeado o júri do concurso do Prémio de Mérito referente ao ano de 2007, constituído pelas seguintes personalidades:

Coronel Manuel da Costa Braz, que preside.

Dr. Leonardo Rafael Pereira Pires da Conceição, em representação do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P.;

Dr.ª Ana Paula Rodrigues, em representação do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P.;

Dr. Domingos Marques Alves Rosa e Dr. Rogério Manuel Dias Cação, em representação das entidades representativas das pessoas com deficiência;

Dr. Camilo Rodrigues e Professor Jerónimo de Sousa, em representação das entidades que actuam no domínio da reabilitação profissional das pessoas com deficiência;

Dr.ª Isabel Ribeiro Pereira e Marcelino Pena Costa, em representação das associações de empregadores;

Ana Paula da Silva Viseu e José António Silveira Subtil, em representação das associações sindicais;

Engenheira Cátia Patrícia Pinto Pimenta Ferreira Rosas e Dr.ª Carla Silva, em representação do sector cooperativo.

2 — O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

6 de Novembro de 2008. — O Secretário de Estado do Emprego e da Formação Profissional, *Fernando Medina Maciel Almeida Correia*.

Despacho n.º 31291/2008

Considerando as atribuições legalmente cometidas aos municípios nos domínios da promoção do desenvolvimento sócio-económico, bem como a possibilidade do estabelecimento de parcerias para melhor prossecução do interesse público;

Considerando que o município de Cabeceiras de Basto é proprietário do edifício onde se encontra instalada a Escola Tecnológica de Lameiros, sita na freguesia de Refogos de Basto, no concelho de Cabeceiras de Basto, a qual, devido às suas características e aos equipamentos com que foi equipada, está especialmente vocacionada para a valorização dos recursos humanos, através da realização de acções de formação que promovam a sua qualificação;

Considerando que, de entre as atribuições cometidas à EMUNIBASTO — Empresa de Serviços para a Educação, Formação, Cultura, Desporto, Tempos Livres e Turismo, E. M., abreviadamente designada por EMUNIBASTO — E. M., consta a contribuição para a qualificação dos recursos humanos através da promoção da formação profissional aos seus vários níveis, designadamente através da cooperação efectiva com associações e organizações que desenvolvem actividades coincidentes com esta;

Considerando que, o município de Cabeceiras de Basto, por deliberação da Câmara Municipal de 9 de Junho de 2005, cedeu a gestão da Escola Tecnológica de Lameiros à EMUNIBASTO — E. M.;

Considerando que, o Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., através dos seus centros de emprego e centros de formação profissional, tem como missão promover o desenvolvimento de medidas activas de emprego, bem como acções de formação profissional e outros serviços que promovam a qualificação, visando uma adequada integração no mercado de trabalho;

Considerando, ainda, que o Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., tem interesse em dispor de instalações que permitam a realização de acções de formação e outros serviços que promovam a qualificação na região das Terras de Basto e que a Câmara Municipal de Cabeceiras de Basto pretende dispor de um espaço de formação no concelho para colmatar as carências nesta área, existindo, assim, confluência de interesses e vontades em dotar a região de uma estrutura que permita aumentar e ou melhorar os níveis de qualificação da população;

Considerando que o município de Cabeceiras de Basto e a EMUNIBASTO — E. M., acordaram em ceder, a título gracioso, ao Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., a utilização das instalações da Escola Tecnológica de Lameiros, bem como dos equipamentos nela existentes, assumindo o IEFP as despesas de funcionamento;

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Emprego e da Formação Profissional, nos termos do despacho n.º 10 847/2005 (2.ª série), de 28 de Abril, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 13 de Maio de 2005, o seguinte:

1 — É criada uma extensão, em Lameiros constituindo-se como o pólo de formação profissional de Cabeceiras de Basto, a funcionar no âmbito da estrutura orgânica do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P., que tem por missão a realização de acções de formação e outros serviços orientados para a satisfação das necessidades de qualificação dos recursos humanos da região das Terras de Basto e do próprio concelho de Cabeceiras de Basto.

2 — O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

24 de Novembro de 2008. — O Secretário de Estado do Emprego e da Formação Profissional, *Fernando Medina Maciel Almeida Correia*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete da Ministra

Despacho n.º 31292/2008

As crianças e jovens em risco têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude.

Destaca-se, neste domínio, a consagração, ao nível da lei fundamental, do direito das crianças à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, quer no âmbito do artigo 69.º da Constituição da República Portuguesa, quer no âmbito da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada por resolução da Assembleia da República.

No mesmo sentido, atribui a Lei de Bases da Saúde, na alínea c) do n.º 1 da base II, particular relevo às crianças e adolescentes, ao considerá-los como «grupos sujeitos a maiores riscos», para eles preconizando a tomada de «medidas especiais», tendo sido acompanhada, quanto aos princípios orientadores da intervenção de diferentes áreas de responsabilidade do Estado, entre eles a da saúde, pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, que institui o Regime Geral da Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Em conformidade, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade do cumprimento dos objectivos dos normativos supracitados, sobretudo no que respeita ao fenómeno dos maus tratos, considerado um problema de saúde pública e objecto de vigilância que se reveste de particular gravidade em grupos populacionais mais vulneráveis.

Efectivamente, a classificação internacional de doenças da Organização Mundial de Saúde tipifica e caracteriza tais actos e omissões, quer sob a forma de negligência e abandono, quer de maus tratos físicos, de abuso sexual e de maus tratos psicológicos, como colocando desafios particulares aos profissionais de saúde, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível de cuidados hospitalares.

Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que há que criar, ou reformular onde existam, modelos organizativos e formas mais estruturadas de acção de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efectivos, para intervir neste contexto.

Dada a relevância dos maus tratos enquanto problema de saúde e a necessidade de reforçar a capacidade de intervenção por parte dos serviços, teve início, em Abril de 2007, mediante despacho do Ministro da Saúde, n.º 117, de 24 de Abril de 2007, um projecto de intervenção sobre crianças e jovens em risco nos serviços de saúde, coordenado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e desenvolvido em colaboração com as administrações regionais de saúde (ARS) e respectivos centros de saúde e hospitais.

Tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, tal medida teve por objectivo lançar as bases de uma melhor organização, qualificação e concertação das respostas ao fenómeno dos maus tratos, dadas pelos serviços de saúde, nos diferentes níveis de prevenção e nos vários contextos da intervenção dos profissionais.

O projecto de constituição de uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco impulsionou a criação de estruturas nos centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico, assegurando a continuidade e dando um novo enquadramento a outros que se encontravam já em actividade.

Por outro lado, ao atribuir-se ao fenómeno dos maus tratos um maior protagonismo no contexto da acção dos profissionais de saúde, foi dado relevo à necessidade de reforçar a efectiva participação destes na actividade das comissões de protecção de crianças e jovens, nos moldes preconizados na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Em Dezembro de 2007, o grupo de trabalho da DGS responsável pela dinamização do projecto, em colaboração com as ARS, procedeu a uma avaliação sumária a nível nacional, concluindo pela necessidade de dar continuidade e aprofundar o processo de organização e funcionamento dos núcleos, sedimentando gradualmente esta área de intervenção no contexto dos serviços, em particular nos centros de saúde e nos hospitais com atendimento em idade pediátrica, fortalecendo e alargando a rede, quer a nível dos centros de saúde, quer dos hospitais, reforçando, nesta matéria, a cooperação e articulação interinstitucional.

Foi de igual modo reconhecida a indispensabilidade de proceder a uma mais completa caracterização epidemiológica do problema, melhorar a capacidade de avaliação do risco de maus tratos e documentar de forma mais rigorosa a intervenção dos serviços de saúde, reforçando a formação técnica contínua dos profissionais que detêm responsabilidades nesta área da saúde.

Assim, concluída a fase de lançamento do Projecto de Intervenção sobre Crianças e Jovens em Risco nos Serviços de Saúde, a qual constituiu uma 1.ª fase de um processo mais vasto de acção de execução continuada na área da saúde dirigida à protecção das crianças e jovens em risco e apurado o valor acrescentado pelos serviços intervenientes, os serviços de saúde devem prosseguir as mesmas actividades, com crescente dignidade institucional e relevância no Serviço Nacional de Saúde.

Em conformidade, considerada a relevância dos maus tratos em crianças e jovens enquanto problema de saúde pública, a necessidade de incrementar respostas por parte dos serviços de saúde cada vez mais

qualificadas e a pertinência em assegurar a continuidade dos trabalhos em curso, ponderado o historial da acção dos serviços de saúde em matéria de crianças e jovens em risco, os dispositivos funcionais e os recursos disponíveis, determino:

1 — O presente despacho aprova o documento «Maus tratos em crianças e jovens — Intervenção da saúde», elaborado pela Direcção-Geral da Saúde e constante do anexo, conferindo-lhe o carácter de «orientações técnicas» do que se denomina, doravante nesta matéria, «Acção de saúde para crianças e jovens em risco», ficando o texto disponível no endereço www.dgs.pt.

2 — A «Acção de saúde para crianças e jovens em risco» abrange as crianças e jovens com idades até aos 18 anos, nos diferentes contextos de vida, podendo, no entanto, a intervenção perdurar até aos 21 anos, sempre que esta tenha tido início antes da maioridade, e a partir dela quando o jovem a solicite, conforme o previsto na Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro.

3.1 — Constituem objectivos programáticos desta «Acção de saúde para crianças e jovens em risco»:

a) Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados;

b) 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.

3.2 — A reforma dos cuidados de saúde primários, ora em curso, exige que a intervenção nesta área da saúde das crianças e jovens em risco seja enquadrada nos novos modelos organizativos dos agrupamentos de centros de saúde, do mesmo modo que a reformulação estrutural das unidades e dos cuidados de saúde hospitalares, nomeadamente unidades locais de saúde, centros hospitalares, tem de ser tomada em consideração neste processo de implementação.

3.3 — Os centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico devem dispor de equipas pluridisciplinares, designadas por núcleos de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR), no primeiro caso, e por núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR), no segundo, que apoiem os profissionais nas intervenções neste domínio, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições. Para o efeito:

a) Cada núcleo deve ser concretizado mediante acto formal do órgão de gestão da entidade em que é criado, no qual será designada a equipa de profissionais que o integra;

b) No sector dos cuidados primários, cada NACJR é composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde, designadamente, das áreas de saúde mental e ou do serviço social e que se identifiquem com os objectivos propostos;

c) Em cada agrupamento de centros de saúde (ACES) deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respectiva organização, de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sócio-demográficas, ou outras, o exijam, poderá haver lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES. O *ratio* de 500 nascimentos/ano na área de influência do ACES constitui um importante elemento de ponderação a ter em conta no processo;

d) Nos hospitais com atendimento pediátrico, o NHACJR, é composto, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro e um técnico de serviço social, devendo, sempre que possível, integrar um profissional de saúde mental e ou de outros sectores, nomeadamente, do jurídico, com formação na área;

e) Nas unidades locais de saúde, a existência de NHACJR e de NSCJR seguirá os critérios enunciados nas alíneas anteriores.

3.4 — O número de elementos de cada grupo profissional indicado no número anterior poderá ser aumentado ou reduzido em função das necessidades e disponibilidades, quer nos NACJR, quer nos NHACJR, em função da dimensão da população abrangida e em função das características específicas do meio em que se inserem.

3.5 — Sem prejuízo da actividade e da aplicação das boas práticas em todas as modalidades de prestação de cuidados personalizados, em matéria de crianças e jovens em risco — nomeadamente as constantes da carteira básica de serviços das unidades de saúde familiar (USF), conforme a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, são atribuídas aos núcleos as seguintes funções:

a) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais do sector administrativo e técnico, dos diferentes serviços, para a problemática das crianças e jovens em risco;

b) Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;

c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;

d) Colectar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens atendidos no centro de saúde, ou no hospital, conforme aplicável, em articulação com as estruturas de vigilância de saúde pública;

e) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;

f) Gerir, a título excepcional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível do centro de saúde, ou do hospital, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;

g) Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intra-institucional no domínio das crianças e jovens em risco, quer, no âmbito das equipas profissionais dos centros de saúde, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais com atendimento pediátrico;

h) Estabelecer a colaboração com outros projectos e recursos comunitários que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco, conforme preceituado na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, com vista a reforçar o primeiro nível de intervenção nesta matéria e a incrementar a aplicação do princípio da subsidiariedade;

i) Mobilizar a rede de recursos internos do centro de saúde e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;

j) Assegurar a articulação funcional com os outros Núcleos criados na rede a nível de cuidados primários e a nível hospitalar, através, nomeadamente, da acção das unidades coordenadoras funcionais (UCF), com as comissões de protecção de crianças e jovens (CPCJ) e com o Ministério Público junto dos Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

3.6 — Todas as entidades referidas nos números anteriores deverão articular-se no sentido de completar o processo de constituição dos núcleos até final de 2010.

4 — A coordenação, acompanhamento e execução da «Acção de saúde para crianças e jovens em risco», a nível regional, cabe às administrações regionais de saúde, nomeadamente no que respeita a alocação e gestão de recursos humanos, físicos e materiais, a formação em serviço, ao financiamento da actividade dos núcleos e aos procedimentos administrativos, dentro da organização e recursos já existentes.

5.1 — A coordenação da «Acção de saúde para crianças e jovens em risco», a nível nacional, compete à Direcção-Geral da Saúde, através de uma comissão de acompanhamento, que desempenha funções de continuidade da acção do grupo de trabalho constituído ao abrigo do projecto anterior, e que tem a seguinte composição:

a) Ana Maria de Almada Nunes de Azeredo Perdigão, jurista;

b) Ana Maria Esteves de Leça Pereira, pediatra;

c) Ana Maria Costa Fonseca Ferrão, clínica geral;

d) Ana Rita Torres Laranjeira, psicóloga social;

e) Maria Bárbara Vilhena Catanho de Menezes, enfermeira de saúde infantil e pediátrica;

f) Maria José Lobo Fernandes, pediatra;

g) Maria Teresa Bettencourt Vilarés Cepeda, pedopsiquiatra;

h) Vasco Manuel Xavier de Figueiredo Prazeres, clínico geral, que coordena.

5.2 — Compete à comissão de acompanhamento:

a) Assegurar, em articulação com as ARS, a monitorização e avaliação do processo de funcionamento dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco já existentes;

b) Criar, em articulação com as ARS, condições para que os recursos e os mecanismos de articulação perdurem no tempo e ganhem estatuto próprio na dinâmica das instituições;

c) Promover, em articulação com as estruturas directivas dos ACES, dos hospitais, a criação de Núcleos nos centros de saúde e nos hospitais com atendimento em idade pediátrica onde não existam, e incrementar a qualidade do desempenho naqueles que estão em funcionamento;

d) Definir as linhas orientadoras da formação contínua das equipas que constituem os Núcleos e acompanhar o processo.

5.3 — Compete ainda à comissão de acompanhamento:

a) Definir e proceder à divulgação dos princípios da boa prática, através, nomeadamente, da difusão de documentação técnica e normativa adequada;

b) Dar continuidade à elaboração de protocolos de actuação a diferentes níveis e estruturas no âmbito do SNS;

c) Promover a criação de protocolos de actuação intersectoriais neste âmbito;

d) Garantir a interligação deste projecto com outros programas no âmbito do Plano Nacional de Saúde;

e) Promover, com o apoio da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), um plano para a implementação de uma aplicação informática de suporte da «Acção de saúde para as crianças e jovens em risco», baseada na estrutura e aplicações informáticas já existentes no Ministério da Saúde e geridas pela ACSS, que permita a recolha, tratamento, monitorização e avaliação dos dados essenciais;

f) Proceder à monitorização e avaliação periódica da «Acção de saúde para crianças e jovens em risco»;

g) Apresentar superiormente relatórios semestrais sobre o desenvolvimento do programa, em particular os elementos de caracterização epidemiológica do fenómeno dos maus tratos se os respeitantes à actividade desenvolvida pelos núcleos.

5.4 — Cada ARS deverá designar um coordenador da «Acção de saúde para crianças e jovens em risco» que assegurará, igualmente, a interlocução a nível central, através da comissão de acompanhamento da DGS.

6 — Com vista à concretização das medidas constantes na alínea e) do n.º 5.3., nomeadamente, a operacionalização de uma aplicação informática no âmbito da «Acção de saúde para crianças e jovens em risco», é criada uma equipa de análise, que integra representantes da DGS, incluindo a representação autónoma do serviço Linha Saúde 24, da ACSS, das ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, a qual é incumbida, no prazo máximo de 15 meses a contar da data de publicação do presente despacho, de:

a) Identificar as formas de registo e os suportes de informação sobre maus tratos em crianças e jovens que estão, de momento, a ser utilizados nos serviços; esta tarefa estará finalizada até três meses após a publicação do presente despacho;

b) Definir o tipo de dados a serem recolhidos, no cumprimento dos preceitos legais em vigor, construir os instrumentos de notação e registo necessários, estabelecer os circuitos de informação pertinentes e os patamares de acessibilidade dos diferentes utilizadores, assim como identificar as interfaces passíveis de serem criadas, tendo em vista a harmonização com os outros sistemas de informação em vigor no Serviço Nacional de Saúde, integrando toda a informação já disponível. Esta acção estará concluída nos seis meses seguintes à conclusão do previsto na alínea anterior;

c) Concretizar uma ferramenta informática que, no prazo de seis meses posteriores ao previsto na alínea anterior, seja testada e se encontre disponível, pelo menos, em todos os serviços de saúde que já disponham de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, ou onde estejam a ser criados.

7 — Cabe à Direcção-Geral da Saúde, no exercício das suas competências, recolher e organizar a informação produzida, a nível nacional e emitir orientações em conformidade.

20 de Novembro de 2008. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*.

Intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus tratos em crianças e jovens

Introdução

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida. Contudo, os esforços de investigação, levados a cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional, ou local, permitem, já, documentar o facto de se tratar de um problema de saúde grave que afecta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida. O impacte negativo nos indivíduos pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital.

Actualmente, em Portugal, a acção da saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo ⁽¹⁾ (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

De acordo com esta, a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção (figura 1):

No primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude -ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros -para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo;

No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também;

No terceiro nível, é a intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Figura 1 — Níveis de intervenção



Nesse contexto, a acção dos Serviços de Saúde adquire relevo particular, enquanto instâncias de primeiro nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os centros de saúde (CS) e os hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo — após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o chamado princípio da subsidiariedade.

Os serviços de saúde têm, portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ; não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção (?) em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais (v. «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»).

A fim de que, no âmbito das suas competências, a acção dos serviços de saúde se torne mais efectiva nesta matéria, há necessidade, portanto, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional.

Para que tal se concretize, é necessário adequar os modelos organizativos dos serviços, incrementar a preparação técnica dos profissionais, adequar os mecanismos concertados de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente. Nesta perspectiva, os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR), nos CS, e os núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) nos Hospitais com atendimento pediátrico constituem um recurso incontornável no desenvolvimento do processo.

Os elementos dos núcleos, independentemente da carreira profissional ou especialidade de origem, devem reunir as seguintes características:

Serem conhecedores do contexto sócio-cultural em que intervêm e dos recursos comunitários disponíveis;

Estarem motivados e capacitados para a intervenção junto de crianças e jovens, em particular, nos contextos de risco, terem formação e ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como na dos maus tratos;

Saberem utilizar os mecanismos legais e os protocolos instituídos acerca desta matéria, nomeadamente os procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

Para o cabal desempenho das funções dos núcleos, há que valorizá-las devidamente no planeamento das actividades dos profissionais e da oferta de serviços do CS e do hospital, assim como assegurar as condições indispensáveis ao respectivo exercício, de acordo com os princípios orientadores da acção neste domínio.

Assim:

Às funções desempenhadas no núcleo deve ser atribuído valor curricular, no contexto das diferentes carreiras profissionais envolvidas;

Há que disponibilizar aos membros do núcleo um número de horas semanal compatível com o trabalho desenvolvido, que permita a estruturação das acções e a gestão dos casos acompanhados, directa ou indirectamente;

Dadas as especificidades da missão, nomeadamente em questões relacionadas com privacidade e confidencialidade, é necessário assegurar à equipa pluridisciplinar condições de trabalho de molde a:

Funcionar em local próprio, que permita:

A actividade regular da equipa.

O atendimento personalizado nas condições de privacidade exigidas;

Disponer de meios informáticos e de arquivo, utilizando os sistemas de informação disponíveis e no estrito cumprimento da protecção de dados pessoais, de acordo com a legislação em vigor.

Nesse sentido, o presente documento aborda os aspectos pragmáticos mais relevantes da intervenção dos profissionais da saúde no âmbito das crianças e jovens em risco. Na primeira parte, são tratadas as diferentes dimensões da caracterização do fenómeno, nomeadamente, o conceito, os dados epidemiológicos, as determinantes, os indicadores e as características clínicas do mesmo. Na segunda parte, são abordados os procedimentos e os protocolos de intervenção a empregar, quer nos CS, quer nos hospitais.

I — Os maus tratos em crianças e jovens

Conceitos

Maus tratos

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.

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 maus tratos adquire significados distintos em função das dinâmicas culturais e especificidades grupais. Contudo, os direitos das crianças e dos jovens, conforme estabelecidos na sociedade actual, exigem padrões de resposta que assegurem a preservação dos mesmos.

De acordo com Teresa Magalhães in *Maus Tratos em Crianças e Jovens* (2004), os maus tratos dizem respeito a «qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder» (p. 33).

Assim, os maus tratos físicos, psíquicos e sociais constituem uma entidade clínica que afecta a criança ou jovem que deles é vítima, por acção ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem convive habitualmente e da comunidade em geral.

Nesta medida, poder-se-á afirmar que o fenómeno da criança maltratada corresponde, em sentido lato, a um problema de saúde pública (?) que consubstancia, regra geral, uma forma de «hereditariedade social». Se nada se fizer para o evitar, o fenómeno da violência tende a repercutir-se numa mesma fratria e a reproduzir-se de geração para geração.

Risco e perigo

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de perigo definidas na lei (quadro 1), podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo.

É a diferença entre situações de risco e de perigo que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, em cada um dos dois tipos de casos.

Nas situações de risco, a legitimidade da intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista evitar o eclodir do perigo, através de políticas, estratégias e acções integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais,

culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade.

O actual sistema de protecção focaliza a acção nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o artigo 3.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma [anexo XI, (8)].

Desta forma, a acção dos serviços de saúde, para além da detecção de contextos e factores de risco, do reforço de factores protectores e da intervenção atempada, desenvolve-se, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.

QUADRO I

Situações de perigo para a criança ou jovem

As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do artigo 3.º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Contudo, tendo em conta o carácter exemplificativo deste articulado, outros casos não especificados cabem igualmente no grupo das «situações de perigo».

Factores de risco e de protecção

Os factores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Tais factores podem funcionar como indicadores inespecíficos, frequentemente associados entre si, não podendo, contudo, ser considerados causa directa de aparecimento ou persistência do fenómeno (anexo I).

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que a avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Neste processo, é incontornável a necessidade de se procurar identificar, sempre, outros elementos que, ao invés, actuem como factores protectores (anexo I), os quais devem ser equacionados no processo avaliativo.

Entende-se por factores de protecção as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacte (anexo I).

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica. Assim, algumas características individuais poderão representar protecção contra maus tratos, como, por exemplo, uma boa auto-estima, o desejo de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda, quando necessário; na esfera relacional, uma forte vinculação construída com um dos progenitores (pelo menos), ou uma relação afectiva securizante estabelecida com um adulto significativo podem igualmente ser protectoras; a um nível mais alargado, o acesso a recursos adequados na comunidade — meio escolar integrador, apoio social disponível, grupos formais e informais de pares, etc. — pode constituir um amortecedor desejável face à perigosidade de outros elementos.

Existe, ainda, um conjunto vasto de factores que, conforme os indivíduos, as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para minorar o risco, apesar de poderem ser considerados neutros, em si mesmos. Por exemplo, uma experiência traumática vivida previamente, tanto pode representar, em alguns casos, uma vulnerabilidade acrescida como, noutros, significar um ganho de experiência que possa permitir ultrapassar a situação com menor dano.

Situação de urgência

Entende-se por situação de urgência a situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança ou do jovem [alínea c) do artigo 5.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (anexo XI, (8))].

Neste caso, qualquer entidade do primeiro e do segundo nível pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do tribunal ou das entidades policiais (v. «Procedimentos em situação de urgência»).

Dimensão e determinantes do fenómeno

Os maus tratos adquirem expressão a nível mundial; a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, estimou em cerca de 30 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos. Contudo, apenas uma pequena parcela de situações de maus tratos é denunciada e investigada. A complexidade do fenómeno, aliada à inexistência ou insipiência de sistemas de registo, contribuem para a dificuldade em estabelecer, com alguma fiabilidade, a dimensão do mesmo. São inúmeros os constrangimentos de ordem social, ética e metodológica; para além de se tratar de um problema, regra geral, circunscrito à esfera privada, e como tal de difícil diagnóstico, persistem ainda alguns valores sociais e culturais que toleram (e aceitam) formas de violência enquanto estratégias educativas.

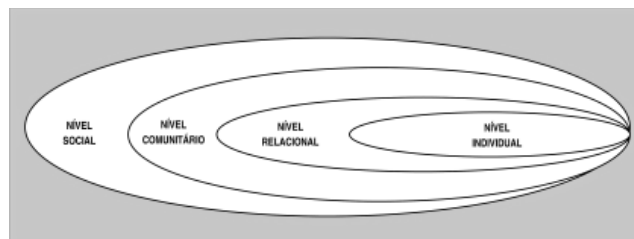
São de realçar algumas iniciativas meritórias que, não obstante o seu carácter pontual e exploratório, permitiram constatar, na sociedade portuguesa, a elevada magnitude e diversidade na expressão e forma do problema. A título de exemplo refiram-se os relatórios do Centro de Estudos Judiciários sobre «Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicância» (1986,1988), da Direcção-Geral da Saúde (DGS) sobre «Abuso sexual em crianças e adolescentes» (1998) e o estudo coordenado por Ana Nunes de Almeida sobre «Famílias e maus tratos às crianças em Portugal» (1999).

Actualmente, as CPCJ, no âmbito da sua acção, têm já sistemas de registo que permitem, em certa medida, avaliar a dimensão e caracterizar o fenómeno. Contudo, ficam por identificar, para além das situações não diagnosticadas, todas aquelas em que a intervenção das instituições com responsabilidades no primeiro nível (nomeadamente, os serviços de saúde) é adequada e suficiente para remover o perigo.

As causas da violência no contexto familiar, em particular, as situações de maus tratos a crianças e jovens, adquirem múltiplas formas de expressão, pelo que a efectividade da acção depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspectos do contexto social, económico e cultural, as práticas e recursos comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis.

Neste perspectiva, a OMS adoptou, em 2002, um «modelo ecológico» que permite a interpretação do fenómeno dos maus tratos enquanto realidade multifacetada que se expressa a diferentes níveis da vida dos cidadãos, conforme se representa na figura II.

Figura II — Modelo ecológico para a interpretação dos maus tratos



A) Aspectos do contexto social e cultural

A intervenção dos Serviços de Saúde neste domínio deve pautar-se por abordagens que integrem os aspectos culturais, sociais, económicos e legais que determinam, enquanto factores de risco ou de protecção, a expressão dos maus tratos.

De todo o modo, e em quaisquer circunstâncias, lidar com este fenómeno implica tomar como referencial o facto de crianças e jovens serem sujeitos titulares de direitos e não meros objectos do direito.

Algumas representações sociais sobre o papel da criança/jovem na família e na sociedade contribuem para potenciar o risco, nomeadamente:

- Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;
- Exaltação mediática da violência;
- Tolerância social para a educação através da punição física;
- Escassez na efectividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar;

Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar.

Na ponderação destes aspectos, para além de fenómenos conjunturais específicos, importa, ainda, ter em especial atenção o enquadramento social e os valores culturais da comunidade em que a criança ou jovem está inserido, nomeadamente:

Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);

Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

B) Aspectos da dinâmica familiar e institucional

No que respeita às vivências em contexto familiar ou institucional, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus tratos (sem que necessariamente o determinem).

No âmbito do quadro familiar e institucional, é de considerar estar-se em presença de factores de risco quando ocorrem as seguintes situações:

Vinculação insegura, problemas de comunicação e ou *deficit* no exercício das responsabilidades parentais;

Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares — situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.;

Deficit de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;

Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar — relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;

Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas; -Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o *bullying*.

C) Aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto

Além dos aspectos sociais genéricos, da coesão e funcionalidade familiar — e em interacção com estes — existe um conjunto numeroso de factores de ordem pessoal, no que respeita aos pais ou a quem detém a guarda de facto⁽⁴⁾ das crianças e jovens, que podem estar associados à ocorrência de maus tratos, nomeadamente:

Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem;
Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências;

Perturbação da saúde mental ou física (diversos *handicaps*);
Antecedentes de comportamento desviante;
Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima e perturbações emocionais e *deficit* de autocontrolo, personalidade imatura e impulsiva;

Antecedentes de vivência pessoal de maus tratos;
Parentalidade em idade muito jovem;
Gravidezes muito próximas e ou gravidezes não vigiadas;
Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;

Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.

D) Aspectos ligados à criança/jovem

No que diz respeito às próprias crianças e jovens, alguns aspectos específicos que lhes são particulares podem constituir factores de risco para a ocorrência de maus tratos:

Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades;
Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/responsáveis;

Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar);

Crianças com *handicap* e portadoras de necessidades de saúde especiais;

Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares).

Indicadores e caracterização dos maus tratos

Indicadores

Na grande maioria, os sinais e sintomas que representam os designados «sinais de alarme» de maus tratos não são patognomónicos de um determinado tipo de maus tratos. Assim, devem ser encarados só como indicadores da possibilidade de existência de uma situação deste tipo (anexo II).

As listas de sinais ou sintomas de maus tratos, por mais exaustivas que se apresentem, não esgotam os indicadores possíveis do fenómeno. Desta forma, constituem, apenas, uma orientação para o diagnóstico. Em consequência, no estudo de cada caso, afigura-se necessário investigar a presença de vários sinais, em simultâneo, assim como verificar a congruência das justificações apresentadas para que a situação tenha ocorrido.

Alguns aspectos contribuem para a dificuldade de identificar e caracterizar com rigor os maus tratos. Nesta perspectiva, para melhor entender o que se passa e poder intervir, quando necessário, torna-se mandatário efectuar, entre outros procedimentos, uma leitura da relação e do vínculo estabelecido entre a criança ou jovem e quem dele cuida.

Em presença de uma situação de risco ou de perigo, consoante o tipo e a gravidade da matéria em questão, terão lugar diferentes tipos de procedimentos, a aplicar isolada ou conjuntamente (ver O processo de detecção, acompanhamento e sinalização de situações de risco/perigo no âmbito dos serviços de saúde»).

Caracterização

Embora exista uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, aliada à diversidade de formas clínicas que é possível constatar, o fenómeno pode ser classificado em diferentes tipos, nomeadamente: negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico e síndrome de Munchausen por procuração (anexo II).

A) Negligência

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, etc. (anexo III).

A nível dos CS, em particular, existem formas de negligência que podem ser detectadas através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; por exemplo, não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação, não comparecer às consultas programadas, ou fazê-lo com atraso recorrente, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.

Ainda nos CS, a nível de consultas ou visita domiciliária, é possível detectar negligência em crianças ou jovens com sinais de desnutrição ou de maus cuidados de higiene persistente como no caso de eritema das fraldas recorrente, sujidade acentuada, múltiplas picadas de insecto, etc.

Há que realçar, contudo, que é imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na relação entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, social e ou económico em que a criança vive. Para responder ao problema, a estratégia a seguir pelos serviços terá que ser desenhada de acordo com essa ponderação.

Os efeitos da negligência dependem, também, da idade da criança; por exemplo, a falta de suporte afectivo pode traduzir-se por socialização inadequada do lactente, hiperactividade e agressividade na criança pré-escolar, deficiente controlo dos esfíncteres e baixo rendimento na criança em idade escolar, comportamentos de risco (toxicod dependência, alcoolismo, delinquência) na adolescência e, mais tarde, por atitudes negligentes em relação aos próprios filhos, completando o ciclo geracional.

B) Mau trato físico

O mau trato físico resulta de qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Este tipo de maus tratos, cuja expressão mais frequente surge na forma de «criança batida», engloba um conjunto de situações traumáticas, tais como a síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada), as queimaduras, as fracturas, os traumatismos crânio-encefálicos, as lesões abdominais, a sufocação, o afogamento, as intoxicações provocadas e outras (anexo iv).

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, o mau trato físico é frequentemente detectado nas urgências hospitalares.

C) Abuso sexual

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
Percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
Não se encontra estruturalmente preparada;
Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas — que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras -as quais se encontram previstas e punidas pelo actual artigo 171.º do Código Penal (CP) (5), que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças (quadro ii) [anexo xi, (21)].

Sempre que do acto resulte gravidez, ofensa à integridade física grave ou morte da vítima, infecções de transmissão sexual ou suicídio, a pena será agravada em metade ou em um terço, nos seus limites máximos e mínimos, conforme o caso em apreço. O mesmo sucede se a vítima for descendente, adoptada ou tutelada do agente — artigo 177.º CP [anexo xi, (25)].

QUADRO II

Formas de manifestações do abuso sexual

À semelhança do que se passa na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, em que o legislador autonomiza o abuso sexual em relação aos maus tratos físicos e psíquicos [artigo 3.º, n.º 2, alínea b)] também em sede penal o crime de abuso sexual de crianças (artigo 171.º CP) tem um tratamento autónomo face ao crime de maus tratos (artigo 152.º-A CP)

Enquadrado na secção ii dos «Crimes contra a autodeterminação sexual», e atendendo à mais recente revisão operada ao Código Penal pela Lei n.º 59/07, de 4 de Setembro, o crime de abuso sexual de crianças, previsto e punido no artigo 171.º do referido diploma legal, tipifica alguns comportamentos penalmente puníveis, a que correspondem molduras penais diferentes. A lei penal não define abuso sexual, fala apenas em «acto sexual de relevo»(6), e pune com pena de prisão de 1 a 8 anos quem o pratique com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, conforme o n.º 1 do mesmo artigo.

Se o «acto sexual de relevo» se traduz na cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos com ou em menor de 14 anos, a pena prevista é de 3 a 10 anos de prisão, de acordo com o n.º 2 do referido preceito legal.

Também a actuação por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográfico sobre menor de 14 anos, ou ainda o importunar praticando actos de carácter exibicionista ou constrangê-lo a contacto de natureza sexual são comportamentos puníveis com pena de prisão até 3 anos, conforme a redacção do n.º 3 do artigo. 171.º CP, dada pela Lei n.º 59/07, de 4 de Setembro.

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intrafamiliar; o fenómeno adquire contornos particulares sempre que é perpetrado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação. Nestes casos há, frequentemente:

Imposição do segredo e do silêncio;
Sentimento incutido à criança de que ela é «especial» e que por isso foi «escolhida» e recebe esse «apreço»;
Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso.

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que:

Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios físicos e ou biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores, porquanto:

Na maior parte dos casos não há penetração anal ou vaginal, em particular com crianças pequenas;

Quando existe penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;

Frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;

Regra geral, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a quarenta e oito horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;

O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;

As crianças, sobretudo as mais novas, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva «normal» ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador;

Frequentemente os sintomas surgem desfasados no tempo, em relação à data dos acontecimentos.

Assim, no decurso da investigação clínica, há que ter em conta um conjunto de procedimentos que visam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional e a criança/jovens, com vista à clarificação da situação, da forma menos traumatizante possível (anexos v e vii).

D) Mau trato psicológico (abuso emocional)

O mau trato psicológico resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem (quadro iii), os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

QUADRO III

Algumas formas de manifestação de mau trato psicológico

Abandono temporário;
Insultos verbais;
Abandono afectivo;
Ausência de afecto;
Ridicularização e desvalorização;
Hostilização e ameaças;
Indiferença;
Discriminação;
Rejeição;
Culpabilização;
Humilhação;
Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica;
Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados.

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais. É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem similares aos presentes noutras situações (anexo vi), este tipo de mau trato nem sempre é identificado na avaliação dos casos.

Quando não existem carências económicas e estão garantidas as condições materiais, nomeadamente, alimentação, vestuário, e disponibilidade de recursos lúdicos e condições de lazer, tende-se, ainda hoje, a não valorizar devidamente o mau trato psicológico que representa, muitas vezes, o «abandono» afectivo a que são votadas muitas crianças e jovens cujos progenitores têm vida profissional/social muito intensa e absorvente; fisicamente, bem cuidadas, ficam entregues, durante a maior parte do tempo, a sucessivos cuidadores, sem possibilidade, em alguns casos, de estabelecimento de vínculos afectivos sólidos aos adultos de referência.

Um outro aspecto não pode deixar de ser realçado: trata-se do facto de que qualquer forma de maus tratos também consubstancia, em certa medida, mau trato psicológico.

E) Síndrome de Munchausen por procuração

A síndrome de Munchausen por procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

II — Procedimentos e protocolos de intervenção

Responsabilidades dos serviços de saúde

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

Contudo, apesar dos esforços meritórios de vários profissionais e da adopção de algumas medidas que nem sempre se têm revelado consequentes, torna-se necessário proceder a investimentos mais concertados, efectivos e exequíveis que permitam responder de modo mais adequado ao problema.

Diversas barreiras têm dificultado uma intervenção mais proactiva por parte dos profissionais; questões como, desconforto em lidar com estas situações, deficit de informação e preparação técnica face às mesmas, ausência de protocolos formais e de apoio institucional para respostas adequadas, assunção de outras prioridades, desconhecimento das redes de apoio e falta de confiança nas instituições, constituem alguns exemplos dos constrangimentos identificados.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), com o horizonte temporal de 2004-2010, dá conta desse facto, ao sublinhar a insuficiência das respostas da saúde face ao fenómeno da violência doméstica, no qual se inclui o dos maus tratos a crianças e jovens. De entre as diferentes formas de que se pode revestir, o documento destaca a do abuso sexual, nas suas diversas expressões, pelo facto de constituir uma das situações em que os profissionais de saúde, quando com ela confrontados, sentem mais dificuldade em actuar.

Assim, e tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, o fenómeno representa uma esfera de intervenção cada vez mais relevante para os profissionais de saúde.

Dado que, neste matéria, a Saúde é uma das entidades de primeira linha (v. «Introdução») no esforço de protecção de crianças e jovens, cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhes estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

O processo de detecção, acompanhamento e sinalização de situações de risco/perigo no âmbito dos serviços de saúde

Filosofia de actuação

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada.

Fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a actuação técnica nos diferentes níveis de acção deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, orientada segundo princípios de intervenção explicitados na própria Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (artigo 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), conforme enunciado no quadro iv.

QUADRO IV

Princípios orientadores da intervenção junto de crianças e jovens em risco/perigo

O interesse superior da criança e do jovem como referencial primeiro da acção, sem prejuízo da ponderação devida a outros interesses legítimos presentes em cada situação;

A privacidade, relacionada com o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada da criança ou do jovem;

A intervenção, o mais precoce possível, a desencadear logo que conhecida a situação de perigo;

A intervenção mínima, salvaguardando que apenas intervêm os agentes indispensáveis à promoção de direitos e protecção da criança ou do jovem em perigo;

A intervenção proporcional e actual, assegurando que a mesma se processa segundo princípios de razoabilidade e no momento imediato à tomada de decisão, produzindo impacte mínimo na vida da criança, do jovem e respectiva família da forma estritamente necessária à finalidade pretendida;

O exercício da responsabilidade parental, sendo a intervenção accionada de forma que os pais assumam os respectivos deveres para com a criança e o jovem;

A obrigatoriedade da informação, tendo em conta que a criança, o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a respectiva guarda de facto devem ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa;

A participação nos actos e na definição das medidas e a audição obrigatória são asseguradas, quer à criança ou jovem a partir dos 12 anos de idade, quer aos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto;

A subsidiariedade na intervenção, a qual deve caber, em primeira instância, às entidades com competência em matéria de infância e juventude, em segunda instância, às CPCJ e, em terceira instância, aos Tribunais.

Para poder haver intervenção dos profissionais, a lei exige, excepto em situações de urgência (v. «Procedimentos em situação de urgência») que seja prestado o consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito.

É igualmente reconhecido o direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorizar a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou das CPCJ (v. «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»).

Não havendo situação de perigo eminente mas existindo risco que justifique acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo oposição a esta pelos pais/cuidadores, o caso deve ser remetido à CPCJ da área de residência da criança (v. «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»), devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando, no domínio da acção das CPCJ, a oposição se mantém, a situação é remetida por aquela ao Tribunal de Família e Menores ou, na sua ausência, ao Tribunal de Comarca.

Só uma correcta avaliação global e sistémica das situações permite a detecção efectiva do risco ou perigo de maus tratos, o acompanhamento e resolução das mesmas ou, quando indicado, a sinalização necessária. Nessa tarefa, adquire relevo particular o uso dos instrumentos de caracterização e avaliação da funcionalidade familiar usualmente empregues, assim como os que permitem apreciar o desenvolvimento da criança e do jovem nas diferentes idades.

As boas práticas face aos maus tratos -havendo, ou não, ocorrência confirmada destes -exigem assim que os profissionais de saúde assegurem o respeito por diversos pressupostos que merecem relevo particular.

Assim, no que diz respeito à apreciação feita e ao relacionamento dos profissionais com as famílias ou com quem cuida das crianças e dos jovens há que ter em consideração um conjunto de pressupostos básicos, que figuram no quadro v.

QUADRO V

Relacionamento com as famílias/cuidadores

No que diz respeito à apreciação e ao relacionamento com as famílias, é indispensável:

Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos

Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade

Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar os seus membros

Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências

Intervir com as famílias (não para elas) e responsabilizar

Na interacção com a criança ou jovem envolvida(o) numa situação de maus tratos, reveste-se de importância significativa a forma empática como a relação possa estabelecer-se e, nesse sentido, assume relevo particular um conjunto de requisitos envolvidos no processo da entrevista

e da condução de cada caso. Demonstrar a atribuição de credibilidade ao testemunho e ao facto de ter falado, evidenciar disponibilidade para ajudar e ser capaz de pedir auxílio técnico são exemplos da postura desejável por parte dos profissionais (v. quadro vi).

QUADRO VI

Atitude dos profissionais

Na condução da entrevista, é necessário que a atitude do profissional permita:

- Escutar o testemunho da criança ou do jovem
- Entender os pontos essenciais da situação
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente
- Transmitir confiança, orientar e proteger
- Denunciar o(s) perpetrador(es), do mau trato, se for caso disso
- Utilizar linguagem simples
- Mostrar-se disponível para a criança/jovem

Se não se sentir apto ou com estas condições, deve pedir sempre ajuda a um colega com mais experiência e maior disponibilidade no momento.

O que pode/deve dizer-se à criança ou jovem na altura do depoimento:

- Que se dá credibilidade ao seu testemunho
- Que não é culpada da situação
- Que é muito importante ter falado
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas
- Que pode fazer perguntas
- Que não vai ser enganada nem manipulada nem serão quebradas promessas feitas
- Que tem tempo
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos (respeitar os silêncios)

Sob risco de se perder a confiança e dificultar o apuramento adequado das situações, há que evitar a todo o custo enganar, manipular ou quebrar promessas feitas à criança ou jovem. Por outro lado, sempre que não estejam reunidas as condições apontadas, ou que os factos ultrapassem o saber ou as competências do profissional, é mandatório que seja pedida ajuda a outro mais habilitado ou disponível para prestar o apoio necessário.

Por outro lado, a circulação e permuta criteriosa da informação pertinente entre profissionais e estruturas com competência na matéria constitui um dos pilares essenciais da resposta adequada à maioria das situações de maus tratos. No quadro dos princípios éticos, deontológicos e legais que devem presidir à intervenção neste domínio, em que a confidencialidade e protecção de dados pessoais deve ser assegurada, a troca de elementos informativos pertinentes a propósito de cada caso deve ser, apenas, a que se revela necessária e suficiente para a gestão correcta de cada caso.

Trata-se de um aspecto que adquire relevo particular sempre que no processo estão envolvidos técnicos de áreas profissionais diferentes, facto que deverá merecer especial atenção na forma como se descreve a situação, nomeadamente os dados transmitidos, de molde a permitir a avaliação da existência ou não de matéria de perigo.

Por exemplo, quando uma CPCJ solicita junto de um serviço de saúde informação relativamente a uma criança ou jovem que foi sinalizada, o serviço deverá pronunciar-se no sentido de fornecer todos os dados pertinentes e relevantes sobre a mesma, que permitam a essa Comissão avaliar a existência ou não de matéria de perigo e, sendo caso disso, deliberar a medida de promoção/protecção mais adequada.

Existe, assim, o dever de colaboração por parte da entidade contactada [anexo XI, (8), artigo 13.º, n.º 2]. Na resposta, não têm que constar elementos clínicos em detalhe, nem outros que possam de alguma forma constituir violação da confidencialidade de dados, na observância, também, do princípio da privacidade [anexo XI, (8), artigo 4.º, alínea b)].

Envolvimento dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco

Sem prejuízo do assumir de responsabilidades por parte de todos os profissionais no âmbito dos maus tratos em crianças e jovens, o dever de colaboração e a concertação das acções através do funcionamento de equipas de trabalho com vocação específica para o efeito constitui uma mais-valia, neste domínio.

Assim, os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, que estão a ser dinamizados nos CS (núcleo de apoio a crianças e jovens em risco — NACJR) e nos hospitais (núcleo hospitalar de apoio a crianças

e jovens em risco — NHACJR), adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção. Na articulação necessária entre os núcleos dos CS e os dos Hospitais, as respectivas UCF adquirem um papel facilitador.

Além disso, nos casos que, pelas características e complexidade que apresentam, são merecedores de avaliação e acompanhamento que ultrapassam as possibilidades dos profissionais/equipas que directamente lidam com eles, os núcleos permitem tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível, já mencionada.

Por outro lado, os núcleos permitem agilizar a comunicação com as CPCJ, e também com os tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de transitar para segundo e terceiro nível. Além disso, contribuem, em larga medida, para que se torne efectivo o apoio continuado, quer no âmbito da aplicação de medidas determinadas pelas CPCJ e tribunais, quer na continuidade do apoio prestado quando, na sequência daquelas, se consegue reverter as situações de perigo e os processos são encerrados (v. «Acompanhamento continuado»).

Avaliação, diagnóstico e intervenção em situações de maus tratos

A detecção de indicadores de risco e a percepção de muitas das situações que envolvem perigo para a criança ou jovem, o respectivo acompanhamento e o encaminhamento, nem sempre constituem uma tarefa simples para os profissionais de saúde. Contudo, dadas as características do objecto de trabalho (saúde e o bem estar dos indivíduos e das populações), dos processos empregues na acção e dos perfis técnicos de quem opera no sector, esta é uma matéria que não pode deixar de ser considerada como um problema face ao qual urge intensificar a capacidade de resposta por parte dos serviços.

Pelo tipo de inserção e pela intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais, as equipas dos cuidados de saúde primários reúnem condições efectivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a detecção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos. Além disso, as relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias facilitam o trabalho articulado, em rede, o qual se reconhece ser o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta (v. «Intervenção nos centros de saúde», figura III).

Por outro lado, os hospitais, nas diversas vertentes de acção e serviços/especialidades que os caracterizam, constituem recurso de igual relevância no âmbito do primeiro nível de intervenção em matéria de protecção de crianças e jovens em risco. Enquanto referência dos CS nas situações clínicas que exigem cuidados específicos mais diferenciados, os Hospitais funcionam como um «segundo filtro» na detecção de alguns casos e como apoio no acompanhamento e ou referenciação de outros; além disso, através, nomeadamente, dos serviços de urgência, os hospitais também tomam contacto, em primeira instância, com situações de maus tratos.

Assim, seja no âmbito geral da saúde pública e da medicina familiar, no das actividades específicas em saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde escolar e no das especialidades e urgências hospitalares com incidência na faixa etária das crianças e jovens, existe um vasto leque de oportunidades para que a questão dos maus tratos nestas idades — que deve ser enquadrada, em larga medida, no fenómeno da violência doméstica — constitua um foco de particular responsabilidade no domínio das boas práticas.

A avaliação das situações de molde a estabelecer um grau de risco para a ocorrência dos maus tratos e a pesquisa da existência de matéria de perigo tornam-se, assim, tarefas mandatórias para todas as equipas de saúde que prestam cuidados a crianças e jovens.

Caracterizadas as situações, conforme os procedimentos apontados nos anexos VII, VIII, IX e X cabe, em primeiro lugar, aos profissionais que com elas lidam directamente, organizar a intervenção de molde a minorar, quando possível, o contexto de risco, ou a estabelecer medidas que permitam remover o perigo, caso ele seja efectivo.

Sempre que, por si sós, não tenham condições de o fazer, há que convocar outros profissionais/estruturas para que tal se concretize de forma adequada. É neste patamar de intervenção que a acção dos NA-CJR e dos NHACJR toma lugar, no que respeita à condução de casos. Cabe, então, aos núcleos:

- a) Prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no CS ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade;
- b) Apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente, da elaboração, para cada caso, de um Plano de Intervenção e

Apoio à Família (PIAF), desenvolvido a partir das necessidades identificadas;

c) Avaliar, acompanhar e ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.

Sempre que a complexidade da matéria em causa transcenda a capacidade de resposta dos profissionais e das instituições de saúde (e uma vez esgotadas as possibilidades de apoio das outras entidades de primeiro nível) — ou quando exista desacordo ou oposição à intervenção por parte dos pais ou detentores do poder paternal da criança ou jovem — há que proceder à sinalização à CPCJ respectiva ou, na impossibilidade (por exemplo, não haver CPCJ constituída) ao tribunal competente (v. «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e dos tribunais»).

Nestes casos, em que num dado momento haja intervenção por parte do segundo e ou terceiro nível, deve ser dado conhecimento do teor da mesma à instituição de saúde que sinalizou, tendo em vista o ulterior acompanhamento das crianças e famílias às quais as medidas de promoção e protecção foram aplicadas, com aplicação de um PIAF a estas adequado.

Acresce ainda salientar que, quando os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público, às entidades policiais, ou ao Instituto de Medicina Legal, independentemente das medidas tomadas em defesa da criança ou do jovem (v. «Acompanhamento continuado»).

Intervenção nos centros de saúde

Sempre que se identifiquem contextos de risco, haja suspeita ou seja constatada uma situação de maus tratos numa criança ou num jovem, quer através de sinalização efectuada pelas outras entidades de 1.º nível, quer na sequência da actividade dos profissionais, equipas ou NACJR do próprio CS, há que desenvolver um conjunto de procedimentos, conforme indicado sumariamente na figura III.

Os profissionais/equipas que tomam contacto com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NACJR um papel de consultadoria e, nas situações cuja complexidade ultrapasse a capacidade de resposta dos primeiros, coadjuvar ou assumir a condução do processo (anexos VII, VIII, IX e X).

Dada a complexidade de que, por vezes, se revestem as situações, a investigação clínica carece, frequentemente, de informação complementar colhida na rede interna do CS e nos contactos da rede externa.

Não raro, o hospital de referência pode ser chamado a precisar ou a confirmar o diagnóstico efectuado, sempre que tal se afigure necessário.

Do mesmo modo, pode haver lugar à colaboração do Instituto Nacional de Medicina Legal na caracterização dos casos, quando exista suspeita de abuso sexual ou de outras situações de maus tratos específicas e para as quais seja importante a preservação urgente de evidências físicas, biológicas e não biológicas (por exemplo, na roupa e ou no corpo). Tal pode acontecer mediante informações prestadas, ou participação activa no diagnóstico e recolha de provas — sendo concretizada nesta última modalidade, regra geral, a partir do Hospital de referência (v. «Intervenção nos hospitais»), podendo haver lugar a protocolos localmente estabelecidos.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de maus tratos, a intervenção dos serviços pode tomar diferentes desenvolvimentos.

Assim:

Confirmada a existência de perigo, para que possa haver intervenção a nível do CS, solicita-se o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF.

Caso seja manifestada oposição ao que é proposto, e depois de esgotadas as hipóteses de colaboração, o CS deve sinalizar o caso para a CPCJ respectiva, que posteriormente o informará do andamento do processo (v. «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»)

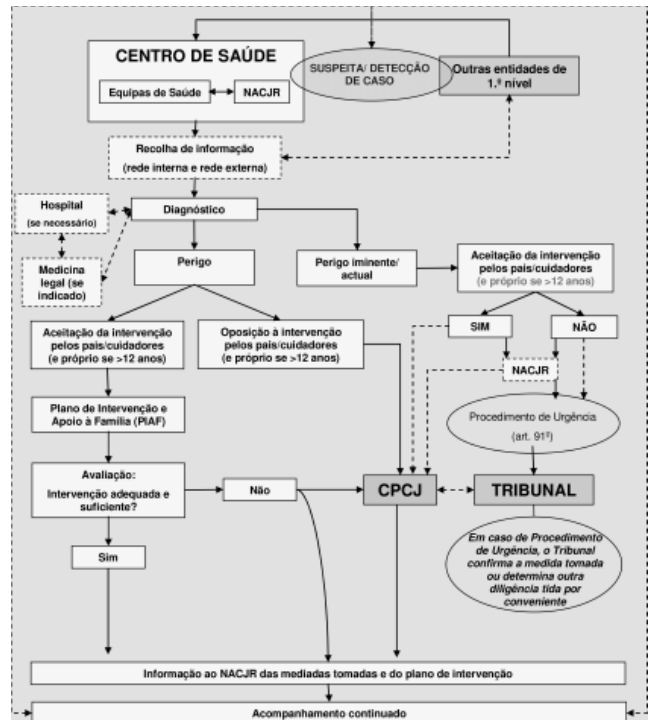
Uma vez aceite o PIAF, cabe ao profissional/equipa de saúde ou ao NACJR, consoante as situações, monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação.

Posteriormente, constatada a adequação do mesmo e confirmada a remoção da matéria de perigo, inicia-se uma fase de acompanhamento continuado da situação, na qual adquire relevo particular a participação das outras equipas da rede interna do CS e as da rede externa, no âmbito das entidades de primeiro nível.

Sendo constatado o não cumprimento do PIAF, ou a ineficácia do mesmo, a situação deve, nesse caso, ser sinalizada à CPCJ e do facto deve ser dado conhecimento ao NACJR, caso não tenha sido este a gerir a situação.

Aquando do estabelecimento do diagnóstico, pode verificar-se que se trata de uma situação que envolve perigo iminente ou actual para a integridade física ou a vida da criança ou adolescente, e face à oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, acciona-se de imediato um «procedimento de urgência», de acordo com o artigo 91.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (v. «Procedimentos em situação de urgência» e, também, «Intervenção nos hospitais»).

Figura III — Intervenção nos centros de saúde



Nota. — Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (artigo 70.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

Intervenção nos hospitais

Sempre que, a nível hospitalar, se identifiquem riscos acrescidos, haja suspeita ou confirmação de uma situação de maus tratos, quer através de referenciação de outras entidades, quer mediante diagnóstico efectuado na própria instituição, é mandatório desencadear um conjunto de procedimentos, abaixo descritos, que visem assegurar a protecção da criança ou do jovem.

As circunstâncias em que o hospital intervém, neste domínio, são de dois tipos, tendo em conta as duas situações distintas em que a prestação de cuidados pode ocorrer. Assim, há que considerar:

Actuação a nível do serviço de urgência — em que os casos podem ser aí detectados primariamente ou referenciados por outras entidades de 1.º nível ou superior (CPCJ e Tribunais);

Actuação a nível de consulta externa e unidades de internamento — em que os casos são identificados na sequência da actividade dos profissionais nesses serviços.

A nível hospitalar, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens, não se esgota na intervenção dos serviços de pediatria. Assim, os outros departamentos e serviços com acção nesta faixa etária, ou a ela directamente ligados, assumem protagonismo de igual relevo nessa intervenção. Neste contexto, a articulação funcional e os procedimentos adiante descritos dizem respeito, também, a estes outros sectores. O serviço de obstetrícia constitui um exemplo claro deste envolvimento dadas as características de que se reveste, propiciando, nomeadamente, a detecção de vivências familiares problemáticas numa grávida ou de vinculação deficitária entre a mãe ou o pai e o recém-nascido.

As maternidades, estando integradas em centros hospitalares mas, por vezes, fisicamente separadas, necessitam assim de dispor de mecanismos organizativos que lhes permitam responder ao problema em moldes semelhantes aos das outras instituições do SNS, com responsabilidades em matéria de infância e juventude. A acção de NHACJR, adequada às

características peculiares dessas instituições, pautar-se-á pelos mesmos princípios de intervenção e segundo modelos funcionais semelhantes aos preconizados para os outros serviços de saúde.

Qualquer que seja a situação, é obrigatória a referenciação de todos os casos ao NHACJR, mesmo que uma medida de protecção e promoção se encontre em curso, no caso de já existir processo na CPCJ ou no tribunal (7).

Actuação a nível do serviço de urgência

Os profissionais/equipas que contactam com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NHACJR (durante o horário de funcionamento) um papel de consultadoria.

Dada a complexidade de que, por vezes, se revestem as situações, a investigação clínica no Serviço de Urgência carece, frequentemente, de informação complementar colhida nos contactos da rede externa, nomeadamente CS e outras estruturas da comunidade. Por outro lado, as características do Serviço de Urgência, nomeadamente a grande diversidade e mobilidade de equipas médicas, vêm reforçar a necessidade de referenciação de todas as situações ao NHACJR, que assumirá a condução posterior do processo.

Do mesmo modo, pode haver lugar à colaboração do Instituto Nacional de Medicina Legal na caracterização de alguns casos, nomeadamente abuso sexual e outras situações de maus tratos específicas. Tal pode acontecer mediante informações prestadas, ou participação activa no diagnóstico e recolha de provas, podendo e devendo haver lugar a protocolos localmente estabelecidos.

Nas instituições em que tal seja aplicável, e em função da avaliação médica inicial, pode haver lugar a observação por pedopsiquiatra ou psicólogo.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de maus tratos, a intervenção dos serviços pode tomar diferentes desenvolvimentos.

Assim:

a) Se a criança ou jovem apresenta lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e ou tratamento hospitalar, deverá ser internada.

Nesta situação, colhido o consentimento para o internamento por parte de quem tem de o prestar (pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem), os procedimentos clínicos seguem os trâmites protocolados e ajustados à situação em presença.

Tendo em conta os factos que motivaram o internamento e a necessidade de desencadear o processo de promoção/protecção, deverá ser contactado o serviço social (de preferência o/a assistente social afecta ao NHACJR) que, por sua vez, comunicará com a CPCJ competente (8).

Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a obter o necessário consentimento para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a efectiva protecção da criança.

No caso de a CPCJ não obter o consentimento por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

Quando se está em presença de uma situação de emergência clínica, havendo perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou jovem, e exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, deve ser accionado, de imediato, um procedimento de urgência (artigo 91.º)

b) Se a criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, há que proceder à avaliação do perigo.

Neste caso, podem ocorrer três situações:

A criança ou jovem não se encontra em perigo, pois o prestador de cuidados garante um ambiente seguro e, nesta situação, pode ter alta. O NHACJR assumirá a condução do processo após a recepção da referenciação.

A criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, mas há perigo iminente ou actual para a sua vida ou integridade física e existe oposição por parte dos detentores do poder paternal; neste caso, o responsável da urgência hospitalar presente aciona um procedimento de urgência (v. «Procedimentos em situação de urgência») ou toma as medidas entendidas como adequadas, promovendo o acolhimento em Centro de Acolhimento Temporário (CAT)(9), ou, por exemplo, mantendo a criança ou jovem em situação de internamento) de forma a garantir a sua protecção e solicitando, de imediato, a intervenção do Tribunal de Família e Menores ou da Comarca (via fax) e das autoridades policiais, que darão conhecimento ao Ministério Público.

Em qualquer destas situações, o Hospital deverá sempre comunicar ao Tribunal a medida que tomou, por ter considerado ser a adequada para proteger a criança ou jovem, devendo aquele órgão judicial pronunciar-

-se em 48 horas: ou confirma (reforçando assim a decisão tomada pela equipa da saúde) através da aplicação de uma medida provisória de protecção/promoção a favor da criança ou do jovem, ou determina qualquer outra diligência relativamente ao seu destino [anexo XI (8), artigo 92.º].

Em casos extremos, pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial para protecção da própria criança e ou dos profissionais de saúde.

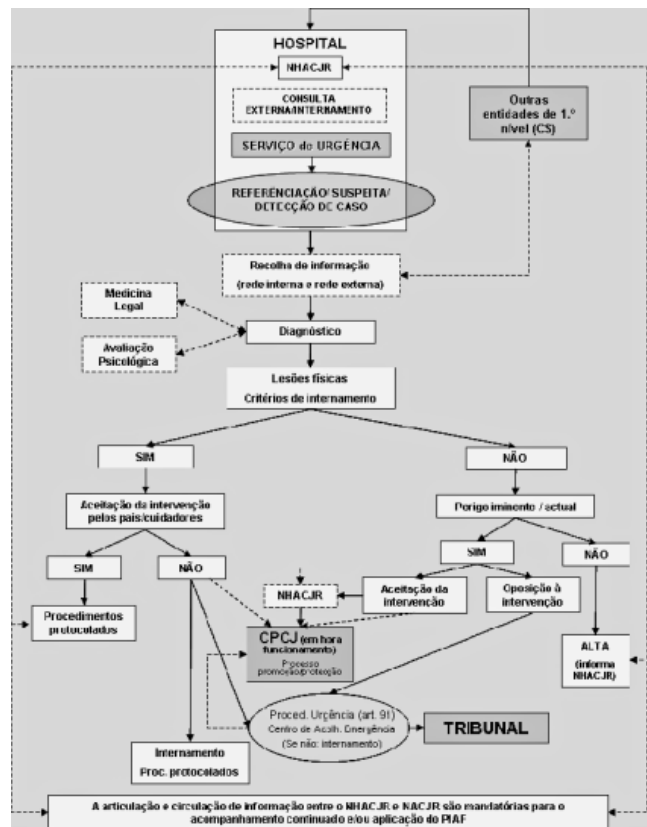
Pode acontecer ainda que, apesar de haver perigo, os pais colaborem e não se oponham à intervenção do hospital, pelo que deve o mesmo e durante o horário de funcionamento do serviço social, contactar, de preferência, o/a assistente social afecta ao NHACJR, que contactará a CPCJ.

Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a obter o necessário consentimento para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a efectiva protecção da criança.

No caso de a CPCJ não obter o consentimento por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

Os aspectos fundamentais da intervenção a nível da Urgência Hospitalar encontram-se resumidos na figura IV.

Figura IV — Intervenção nos hospitais — Serviço de urgência



Nota. — Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (artigo 70.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

Actuação a nível de consultas e unidades de internamento

Nos casos detectados de perigo iminente ou actual para a vida ou integridade física em que exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, há que accionar o «procedimento de urgência», de acordo com o artigo 91.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (v. «Procedimentos em situação de urgência»), tal como enunciado atrás.

Se confirmada a existência de risco/perigo, mas sem perigo iminente ou actual para a integridade física ou vida da criança ou do jovem, para que possa haver intervenção a nível do Hospital, solicita-se o consentimento verbal dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF

pela equipa que acompanha o caso, em articulação com as estruturas da comunidade. Deve ser sempre ser dado conhecimento ao NACJR do CS da área de residência, através de referência protocolada, com cópia no processo clínico hospitalar e no arquivo do NHACJR.

Caso seja manifestada oposição ao que é proposto, e depois de esgotadas as hipóteses de colaboração, o Hospital deve sinalizar o caso para a CPCJ respectiva, que posteriormente o informará do andamento do processo (v., adiante, «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»).

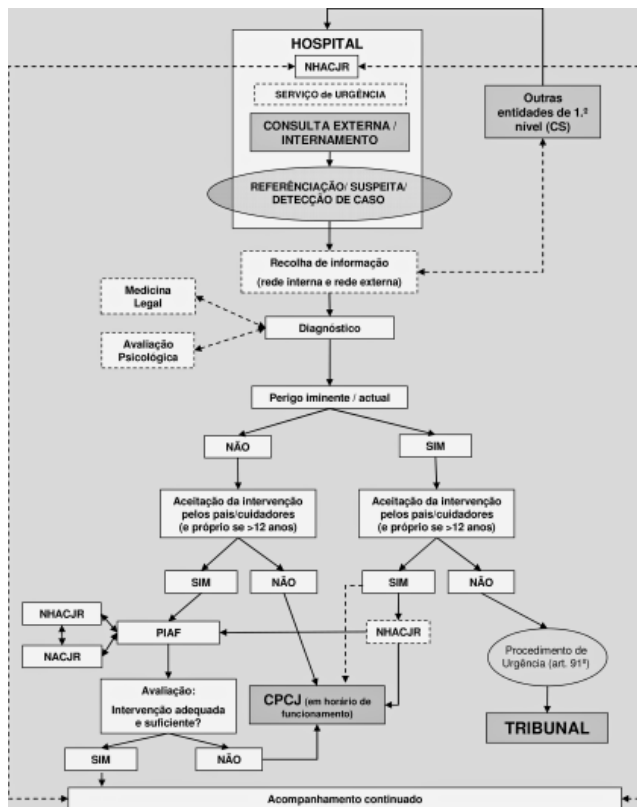
Uma vez aceite o PIAF e referenciado o caso ao CS, cabe ao NACJR do CS monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação, dando informação de retorno ao NHACJR, que a transmitirá à equipa de saúde que o referenciou.

Quando a criança é portadora de situação clínica que obriga a um seguimento regular no hospital (por exemplo, algumas doenças crónicas) a monitorização e avaliação do plano passarão a ser da responsabilidade do profissional/equipa de saúde hospitalar em colaboração com o NHACJR, que informará o NACJR do CS da evolução do processo.

Caso se constate que a aplicação do PIAF estabelecido não foi suficiente para a protecção da criança/jovem, ou que o mesmo não foi cumprido, a situação deve, nesse caso, ser sinalizada à CPCJ da área de residência, através do NHACJR ou do NACJR, com conhecimento mútuo.

Os aspectos fundamentais da intervenção a nível das consultas e internamento hospitalares encontram-se resumidos na figura v.

Figura V — Intervenção nos hospitais — Consultas e unidades de internamento



Nota. — Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (artigo 70.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

Acompanhamento continuado

No âmbito das suas competências, as equipas de saúde e os Núcleos estão vocacionados para monitorizar as situações de risco de maus tratos prevenindo a emergência do perigo.

Por outro lado, os CS e Hospitais podem ser chamados a apoiar a aplicação, ou a subscrever, o acordo que consubstancia as medidas de promoção e protecção acordadas nas CPCJ, ou, ainda, serem solicitados a intervir no âmbito de uma decisão do Tribunal. Neste contexto, os NACJR e os NHACJR podem representar um pólo de referência nas instituições de saúde, estabelecendo uma interface com os profissionais das equipas de saúde que directamente lidam com as crianças e jovens em causa, ou por si próprias, assumirem também o acompanhamento do processo.

Mesmo não tendo intervenção directa nas situações, os núcleos devem ser informados da existência dos casos que estão a ser acompanhados na instituição a que pertencem, bem como receber notificação daqueles que cursaram noutras instâncias, nomeadamente CPCJ, e que foram encerrados. Tal objectivo concretiza-se mediante a promoção do funcionamento da rede externa dos serviços de saúde, nomeadamente pela sensibilização dos técnicos das CPCJ para esta necessidade. Acresce a obrigação legal que impende sobre as entidades e instituições de não cessarem a sua intervenção, mesmo após a comunicação efectuada (v. artigo 71.º da Lei 147/99, n.º 1, primeira parte). Só assim se torna possível proceder ao acompanhamento continuado das situações que, tendo sido eliminada a matéria de risco, não deixam de merecer seguimento posterior.

Haverá, por exemplo, situações que continuarão a ser acompanhadas nos Hospitais, em consulta de especialidade pediátrica, ou outra, e também nos CS. Nas tarefas de monitorização através, por exemplo, das visitas domiciliárias, há que dar relevo, uma vez mais, à cooperação interinstitucional que deve presidir à relação entre os diversos parceiros da comunidade, contemplando, nomeadamente, suporte familiar nos momentos de crise; quando possível, outro tipo de iniciativas podem ser estimuladas, tais como a criação de merceus de suporte de pais/cuidadores, programas de formação em competências parentais, etc.

Como antes se afirmou, sempre que não seja suficiente a intervenção das entidades de primeiro nível para assegurar a protecção das crianças e jovens, ou quando a gravidade dos factos o determina, pode ser necessário recorrer às instâncias de segundo e terceiro nível, sendo desencadeadas acções de cariz diferente (v. adiante «Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais»).

Quando houver fortes indícios da prática de um crime, as entidades de 1.º nível, nomeadamente CS e Hospitais, devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais, sem prejuízo da comunicação feita à CPCJ (artigo 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

Relativamente a uma situação de maus tratos, é dada origem a dois processos distintos, com objectivos diferentes e que correm em instâncias distintas:

Tutelar, que visa assegurar a protecção da criança removendo o perigo em que se encontra, através da aplicação de uma medida de promoção/protecção (prevista no artigo 35.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) pela CPCJ, ou pelo tribunal da área de residência da criança.

Criminal, que tem como principal objectivo punir o agressor e que culmina com a aplicação de uma moldura penal pelo Tribunal criminal cuja área abrange o local onde ocorreu o crime.

Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e dos tribunais

O funcionamento das CPCJ rege-se pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Resulta da própria constituição e atribuições das CPCJ um papel relevante por parte dos elementos que nela representam a Saúde, quer na acção em modalidade alargada, quer restrita [v., também, «Introdução» e anexo XI (8)].

Importa realçar, a este propósito que, de acordo com os artigos 25.º e 28.º, n.º 1, do citado diploma:

As deliberações das CPCJ são vinculativas e de execução obrigatória para os serviços e entidades nela representados.

As funções dos membros das CPCJ são prioritárias em relação às dos respectivos serviços de origem.

No âmbito da Saúde, as entidades com competência na área da infância e juventude (CS e hospitais) comunicam às CPCJ (da área de residência da criança ou do jovem) as situações de perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, sempre que, no âmbito exclusivo da sua competência, não lhes seja possível assegurar, em tempo, a protecção, ou entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente para remover o perigo [anexo XI, (8), artigo 65.º].

Caso não exista CPCJ instalada, a comunicação é feita ao Ministério Público do tribunal da comarca.

A sinalização de qualquer situação de perigo feita por uma entidade de primeiro nível à CPCJ da área de residência da criança ou do jovem em apreço, deve referir que já esgotou todos os meios ao seu alcance para remover o perigo sem, contudo, a sua intervenção ter sido suficiente e adequada. Da referida sinalização devem constar todos os factos relevantes que permitam reconhecer a existência de matéria de perigo que justifique a intervenção do segundo nível. Quanto mais completa for, melhor permitirá a intervenção em tempo útil. Pode ser efectuada por via telefónica, escrita, ou de forma presencial.

As medidas de promoção/protecção que podem ser aplicadas a favor das crianças ou jovens em perigo, quer pelas CPCJ, quer pelos Tribunais são as elencadas no artigo 35.º:

- a) Apoio junto dos pais;
- b) Apoio junto de outro familiar;

- c) Confiança a pessoa idónea;
- d) Apoio para autonomia de vida;
- e) Acolhimento familiar;
- f) Acolhimento em instituição;
- g) Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção.

Esta última medida foi acrescida pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto, mas é da exclusiva competência dos tribunais, não podendo as CPCJ aplicá-la.

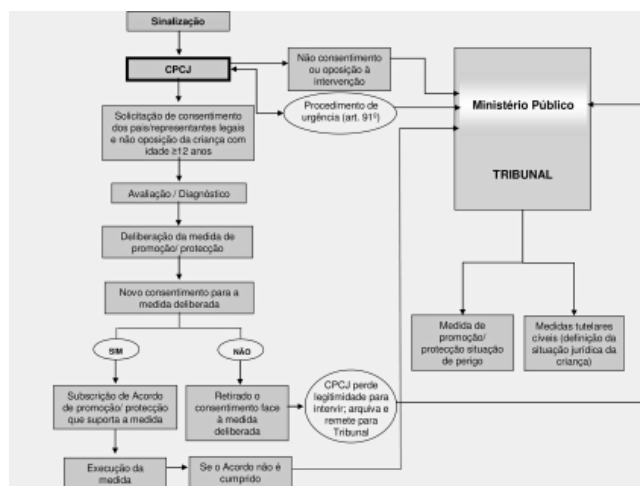
Intervenção nas CPCJ e tribunais

As CPCJ são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral [anexo xi, (8), artigo 12.º].

A intervenção destas entidades depende do consentimento expresso dos pais, representantes legais ou de quem tem a guarda de facto, e da não oposição do menor com idade igual ou superior a 12 anos. Os procedimentos que lhes estão atribuídos encontram-se resumidos na figura vi.

Após a sinalização de uma determinada situação à CPCJ, e antes desta colher os respectivos consentimentos, poderá fazer algumas diligências sumárias junto da fonte sinalizadora, caso assim se justifique (como, por exemplo, confirmação do domicílio, frequência escolar, inscrição no CS) de forma a confirmar a eventual existência de perigo.

Figura VI — Intervenção das CPCJ e tribunais



Assim:

1 — Confirmada a existência de perigo:

A) A CPCJ colhe o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a sua não oposição quando tem 12 ou mais anos de idade, de forma a legitimar a sua intervenção.

No âmbito da avaliação e diagnóstico da situação, a CPCJ verifica da necessidade ou não de aplicar uma medida de promoção/protecção a favor da criança ou jovem.

Em caso afirmativo, delibera a medida que considera ser a adequada à situação em apreço e, para que a mesma seja aplicada, tem que obter um novo consentimento por parte de quem tem de o prestar.

Havendo consentimento, procede-se à subscrição do acordo de promoção/protecção que consubstancia a medida de promoção/protecção a favor da criança ou jovem, cabendo à CPCJ a execução da mesma.

Os serviços de saúde (CS ou hospital) podem, em alguns casos, ser solicitados para subscrever o referido acordo.

Em qualquer situação — e observando sempre o princípio da privacidade — sendo um serviço de saúde a entidade sinalizadora, deverá ser informado do teor da intervenção para os fins tidos por convenientes.

B) Quando se confirma a situação de perigo mas a CPCJ não obtém o consentimento por parte dos pais, representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança, ou haja oposição por parte desta, arquiva o processo e remete a situação para Tribunal, por não ter legitimidade para intervir, solicitando a abertura de processo judicial de promoção/protecção e fundamentando para tal a matéria de perigo existente.

C) No caso de num primeiro momento a CPCJ obter o consentimento e a não oposição do jovem para intervir, mas o mesmo não se verifica quanto à deliberação da medida, a CPCJ arquiva o processo e remete a situação para Tribunal, solicitando a intervenção judicial.

D) No caso de o acordo de promoção/protecção deixar de ser cumprido, ou deixar de haver colaboração por parte dos pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou pela própria, a CPCJ perde a legitimidade para continuar a assumir a situação e remete-a a tribunal, solicitando a intervenção judicial.

E) Se, após a sinalização efectuada pela entidade de 1.º nível (por exemplo, o CS), a CPCJ entende que ainda não foram esgotados todos os meios a que aquela pode recorrer para a remoção do perigo em que a criança ou jovem se encontra, pode fazer regressar a situação ao cuidado da mesma, informando-a da sua deliberação.

2 — Não se confirmando a situação de perigo ou a persistência da mesma:

A) Se após a avaliação diagnóstica a CPCJ verificou que não se confirma a situação de perigo ou que este já não subsiste, arquiva o processo, dando conta da sua deliberação à entidade sinalizadora.

B) Outra situação que pode ocorrer é a CPCJ entender que o acompanhamento do caso em apreço por parte das entidades de 1.º nível é suficiente e, não havendo matéria de perigo que justifique a sua intervenção, remete o mesmo para aquelas entidades, nomeadamente, os serviços de saúde, mediante a activação da rede social local.

C) Da avaliação feita pela CPCJ pode ainda resultar a verificação da não existência de matéria de perigo, mas constatar-se da necessidade de se instaurar uma medida tutelar cível a favor da criança ou jovem, pelo que remete a situação para Tribunal (por exemplo, regulação do exercício do poder paternal, pensão de alimentos, tutela, etc.)

D) A CPCJ pode também acionar um procedimento de urgência (artigo 91.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) caso se verifiquem os requisitos que assim o justifique (v. «Procedimentos em situação de urgência»).

3 — Em qualquer caso, e após a sinalização, a CPCJ pode verificar que é territorialmente incompetente para dele tomar conta, remetendo-a assim para a CPCJ da área de residência da criança ou do jovem.

Procedimentos em situações de urgência

Qualquer entidade (CS, hospital, etc.) pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais, conforme estabelece o artigo 91.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo [anexo xi, (8), artigo 91.º].

Para se recorrer, assim, a um procedimento de urgência, a lei exige a verificação cumulativa de dois requisitos:

A existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;

A oposição por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.

Neste contexto, confere-se às entidades com competência na área da infância e juventude e às CPCJ legitimidade para tomarem as medidas adequadas para remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra.

Sempre que aplicada, pelas instâncias de primeiro nível, uma medida adequada para remover o perigo deverá, de imediato, comunicar-se por escrito ao magistrado do Ministério Público, solicitando a intervenção judicial ou das entidades policiais. Se a situação surgir fora do horário normal dos serviços, deverá comunicar-se ao magistrado de turno junto do Tribunal de Família e Menores da área de residência do menor⁽¹⁰⁾.

No prazo de quarenta e oito horas, o tribunal:

Ou confirma as medidas tomadas podendo aplicar uma medida de promoção/protecção;

Ou determina o que tiver por conveniente para o destino da criança.

Tais medidas adequadas não se confundem com as medidas de promoção/protecção, pois essas são da exclusiva competência das CPCJ, com os devidos consentimentos, e dos Tribunais.

Nas situações de urgência em que não haja oposição dos detentores do poder paternal, ou de quem tenha a guarda de facto, já não se justifica a aplicação deste procedimento e o processo pode iniciar-se na CPCJ, podendo esta aplicar qualquer medida provisória de promoção/protecção que considere adequada à situação em apreço.

Nos procedimentos de urgência não se verifica o princípio de subsidiariedade na intervenção, já que — e sendo excepção à regra — o processo inicia-se desde logo no tribunal correndo o processo judicial de promoção/protecção os tramites legais.

Outros apoios em situações de urgência

Através do Centro Nacional de Atendimento Telefónico/Saúde 24 (808242424), o público, em geral, e qualquer profissional ou entidade com competência em matéria de infância e juventude pode solicitar informação e orientação a propósito de uma situação suspeita ou confirmada de maus tratos em crianças e jovens (consultar em anexo a listagem de apoio e das CPCJ).

Bibliografia

A Criança Maltratada, Vários Autores, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1987.

«Abuso sexual em crianças e adolescentes — Estudo exploratório», Direcção-Geral da Saúde, 1998 (documento não publicado).

Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital, Instituto de Apoio à Criança, 2006.

Anogenital And Respiratory Tract Human Papillomavirus Infections Among Children: Age, Gender And Potential Transmission Through Sexual Abuse, Pediatrics, Oct 2005, 116; 4: 815-825.

Anogenital Warts in Children: Sexual Abuse or Unintentional Contamination?, Lisieux Eyer de Jesus, Óscar Luis Lima, Cirne Neto et al. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001, 17 (6): 1383-1391.

«Articulação entre o PAFAC e núcleos hospitalares da criança maltratada — Ponto de situação e propostas para o futuro», Instituto para o Desenvolvimento Social/PAFAC, 2001 (documento não publicado).

Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco, Inspeção-Geral da Saúde, 2006.

Child Abuse and Neglect — A Clinician's Handbook, Christopher J. Hobbs, Helga G. I. Hanks, Jane M. Wynne, 1ª edição, 1993.

Churchill Livingstone, *Child Abuse and Neglect*, Child Trends, Media Handbook, publication 2004-01.

Clínica Médico-Legal, Teresa Magalhães. Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal.

Constituição da República Portuguesa — sétima revisão, 2005 (artigo 69.º) (Infância).

Criança Maltratada, o Papel de Uma Pessoa de Referência na Sua Recuperação — Estudo Prospectivo de 5 Anos. Jeni Canha. 2.ª Ed. Quarteto Editora, 2003.

Crianças e Jovens em Risco — Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2007 (disponível em <http://www.dgs.pt/>).

Crianças Maltratadas, Negligenciadas ou Praticando a Mendicidade, Fausto Amaro, Cadernos do Centro de Estudos Judiciários, 1986.

Crianças Maltratadas, Negligenciadas ou Praticando a Mendicidade, Fausto Amaro, Eliana Gersão & Armando Leandro. Cadernos do Centro de Estudos Judiciários, 1988.

Decreto-Lei n.º 98/98 de 18 de Abril, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 91, da mesma data (Criação da CNPCJR).

Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment, NA-CHRI — National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, US 2004.

Despacho conjunto n.º 891/99, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 244, de 19 de Outubro de 1999 (intervenção precoce na infância).

Despacho conjunto n.º 30/2006, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 8, de 11 de Janeiro de 2006 (Intervenção precoce na infância).

Direitos das Crianças, Vários Autores, Coimbra Editora, 2005.

Effects of Early and Later Family Violence on Children's Behaviour Problems and Depression: A Longitudinal Multi-Informant Perspective, Kathleen J. Sternberg, Michael E. Lamb, Eva Guterman and Craig B. Abbott. Child Abuse and Neglect, 2006, 30; 3: 283-306.

Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal, Ana Nunes de Almeida (coord.), Assembleia da República, 1999.

Family Violence Intervention Guidelines — Child and Partner Abuse, Ministry of Health NZ, 2002.

Filhos da Madrugada, Sandra N. Alves, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2007.

Guia dos Direitos da Criança, Aurora Fonseca e Ana Perdigão, Instituto de Apoio à Criança, 2.ª ed., 1999.

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Anotada e Comentada. Tomé d'Almeida Ramião, Quid Júris, 2003.

Lei n.º 12/2005 de 26 Janeiro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 18, da mesma data (Informação genética pessoal e informação de saúde).

Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 204, da mesma data (Lei de protecção de crianças e jovens em perigo).

Lei n.º 48/90, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 195, de 24 de Agosto de 1990 (Lei de Bases da Saúde).

Manual de Boas Práticas. Um Guia para o Acolhimento Residencial das Crianças e Jovens, Instituto da Segurança Social, 2006.

«Manual do formador — Formação dos membros das comissões de protecção das crianças e jovens», Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens, 2006 (documento não publicado).

«Maus tratos em crianças e jovens — Intervenção da saúde», Direcção-Geral da Saúde (grupo de trabalho), 2007 (documento não publicado).

Maus Tratos em Crianças e Jovens, Teresa Magalhães, 3.ª ed., Quarteto Editora, 2004.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Direcção-Geral da Saúde, 2004.

Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence, World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010, Direcção-Geral da Saúde, 2006 (documento não publicado).

Promotion and Protection of the Rights of Children, General Assembly of United Nations, 61ª session, Aug 2006.

Relatório Anual, Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (vários anos) (disponível em www.cnpcjr.pt).

Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 211, de 12 de Setembro de 1990 (Convenção dos Direitos da Criança).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, publicada no *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 189, de 18 de Agosto de 1992 [Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)].

Saúde infantil e juvenil — Programa-tipo de actuação, Orientações Técnicas 12, Direcção-Geral da Saúde, 2002.

Sexual Transmitted Diseases in Sexually Abused Children: Medical and Legal Implications, Margaret R Hammerschlag, Sex Transm Inf 1998; 74: 167-174.

Síntese do relatório anual de avaliação da actividade das comissões de protecção de crianças e jovens, Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, 2006 (documento não publicado).

The Prevalence of Genital Human Papillomavirus in Abused and Nonabused Preadolescent Girls, Catherine Stevens-Simon, Donna Nellin-gan, Paula Breese et al., Pediatrics, Oct 2000, 106; 4: 645-649.

World Report on Violence Against Children, Paulo S. Pinheiro. Secretary-General's Study on Violence against Children, United Nations, 2006.

World Report on Violence and Health, Krug EG et al., World Health Organization, 2002.

(¹) Para efeitos da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, considera-se criança ou jovem a pessoa com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos.

(²) Entende-se por «medida de promoção dos direitos e de protecção» a providência adoptada pelas CPCJ ou pelos Tribunais para proteger a criança e o jovem em perigo (artigo 5.º da Lei n.º 147/99), sendo a mesma suportada no Acordo.

(³) Enquanto entidade clínica, os maus tratos são considerados na Classificação Internacional das Doenças (CID-CM, 9.ª revisão, Organização Mundial de Saúde).

(⁴) A lei define guarda de facto como a relação que se estabelece entre a criança ou o jovem e a pessoa que com ele vem assumindo, continuamente, as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais, conforme o artigo 5.º, alínea b), da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Por outro lado, de acordo com o mesmo diploma, entende-se por guarda ocasional, as situações em que a criança viva com uma pessoa que não detenha o poder paternal, não seja o seu representante legal, nem desempenhe de forma continuada as funções de quem tem responsabilidades parentais. A lei coloca numa posição equiparada à dos pais, ou representantes legais, quem tem a guarda de facto da criança, reconhecendo-lhe um estatuto idêntico e com uma posição activa em todo o processo (por exemplo, prestar consentimento), situação que não sucede a quem tem uma guarda ocasional.

(⁵) É em sede penal que os crimes se distinguem pela sua natureza, podendo ser públicos ou semipúblicos. Nos crimes públicos não se exige a apresentação de uma queixa para o Ministério Público dar início ao procedimento criminal, ou seja, basta a denúncia do facto e a tomada de conhecimento do mesmo por parte do Ministério Público para que, de imediato, este desencadeie o processo. Os valores que são ofendidos por este tipo de crime são tão graves que é o próprio Ministério Público que tem a iniciativa processual. É o caso do crime de homicídio, em que o valor violado é a vida, e o crime de maus tratos (artigo 152.º-A CP) e o crime de abuso sexual de crianças (artigo 171.º CP) Nos crimes semipúblicos, só pode ser dado início ao procedimento criminal por parte do Ministério Público se houver a apresentação de uma queixa por

parte de quem tem legitimidade para a fazer, conforme o artigo 113.º CP. Neste tipo de crimes os valores em causa merecem tutela, mas não são considerados tão graves para que o Ministério Público assumira a iniciativa processual sem a prévia apresentação de queixa. É o caso do crime consagrado no artigo 173.º CP, que trata dos actos sexuais com adolescentes.

(6) O CP não define o que é acto sexual de relevo, sendo um conceito indeterminado. Segundo um — de vários — Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça, acto sexual de relevo terá de ser entendido como «um acto que tendo relação com o sexo (relação objectiva), se reveste de certa gravidade e em que, além disso, há da parte do seu autor a intenção de satisfazer apetites sexuais (relação subjectiva)» (Cf. Acs. de 24.10.96, proc. n.º 606/96 e proc. n.º 1429/97 de 12.03.1998)

(7) Da mesma forma, e consoante os casos, deverá ser dado cumprimento ao artigo 70.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens.

(8) Quando, no momento, tal não for viável (por exemplo, fora dos horários de funcionamento estabelecidos) e uma vez que a criança se encontra internada, essa diligência deverá ser concretizada logo que possível.

(9) Para o acolhimento temporário, os contactos telefónicos da Linha de Emergência que dá resposta para a cidade de Lisboa são os seguintes: telefones: 218424330/217827250. Tratando-se do acolhimento de crianças até aos 8 anos de idade, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tem também uma linha de emergência que pode ser accionada: telefone: 213235077. Para fora da cidade de Lisboa, cabe à Linha Nacional de Emergência Social (telefone: 144) dar resposta.

(10) Caso não haja tribunal de família e menores na área de residência da criança/jovem, o processo segue pelo tribunal de comarca.

ANEXO I

Factores de risco e factores de protecção para os maus tratos

Os factores de risco e de protecção enumerados não constituem, por si só, determinantes das situações de maus tratos. Para além destes, é de sublinhar a existência um conjunto vasto de elementos que, conforme as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para incrementar ou evitar o risco. Assim, na avaliação das situações é fundamental atender-se ao facto de que os factores de risco e de protecção constituem um campo de forças, interagindo entre si, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (deficiência física ou mental).
Prematuridade, em particular quando implica estar separado dos cuidadores no período neonatal.
Crianças não desejadas pelos pais.
Temperamento «difícil».
Crianças com dificuldades de aprendizagem ou «sobredotadas».

Características da criança/jovem que podem ser factores protectores

Crianças saudáveis e atractivas.
Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios.
Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário.
Crianças com competências adaptativas.

Expectativas/percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Percepção de que a criança é má, manipuladora ou difícil de educar.
Criança com características físicas e ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam.
Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado.
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.).
Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores.

Características do sistema familiar que podem potenciar contextos de risco

Situações de adopção ou famílias reconstituídas com fratria diversa.
Contextos de violência doméstica.

Pais abusados ou negligenciados em criança.
Problemas de saúde mental.
Alcoolismo e ou toxicod dependência.
Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena.
Crianças institucionalizadas.
Ausência de redes familiares e sociais de apoio.
Contextos de crise (por exemplo, morte, separação, desemprego, etc.).
Pais adolescentes.
Padrões educacionais agressivos ou violentos.
«Desenraizamento» cultural e social (migrantes).
Pais com vida social e ou profissional intensa.
Más condições habitacionais (sobrelotação/promiscuidade).

Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social que podem ser factores protectores

Vinculação segura com pelo menos um dos cuidadores.
Relação afectiva securizante com um adulto significativo.
Rede familiar e social de apoio.
Comunidade com recursos de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.

ANEXO II

Sinais e sintomas associados aos maus tratos em geral

Os sinais, sintomas e história adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de maus tratos, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

História

Passado de abuso ou violência familiar.
Exposição a violência familiar, pornografia, abuso de álcool e drogas.
Pais abusados em criança.
Isolamento e ausência de rede social de suporte.
Oprimir, humilhar e ou aterrorizar.
Doença mental (ex. depressão pós-parto).
Disciplina inconsistente ou desadequada.
Factores de *stress* social graves.
Demora no recurso aos cuidados.
Justificação inconsistente com as lesões.
Promover dependência excessiva na criança.
Recusa activa na procura de cuidados médicos.
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.).
Procura frequente de cuidados em locais diferentes (sintomas dificilmente explicáveis e pedido de exames complementares).

Sinais físicos

Perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (*failure to thrive* — FTT).
Deficiente higiene.
Desidratação ou má nutrição.
Envenenamento (especialmente se recorrente).
Fracturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fracturas anteriores.
Fracturas das metáfises dos ossos longos (*corner fracture*).
Fracturas das costelas — posterior ou lateral.
Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematona, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade).
Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.
Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão «luva e meia» ou formato de objecto identificável).
Lesões genitais.
Infecções de transmissão sexual.
Gravidez.

Sinais comportamentais e de desenvolvimento

Atrasos de desenvolvimento (a nível motor, emocional, social, cognitivo, linguagem, visual e auditivo).
Agressividade.
Ansiedade e comportamentos regressivos (mudanças súbitas no padrão de comportamento, alteração do rendimento escolar).
Obsessões.
Tristeza e medo.
Comportamentos de desafio.

Ideação suicida.
Desvinculação da família.
Abuso de substâncias.
Comportamentos de automutilação.
Comportamentos sexualizados.
Comportamento excessivamente responsável.

ANEXO III

Sinais e sintomas associados à negligência

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar):

Sujidade das unhas;
Picadas múltiplas de insectos;
Eritema perineal prolongado ou recorrente.

Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);

Vestuário inadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
Intoxicações acidentais repetidas;
Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados);
Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
Atraso e ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e ou no do Programa de Vacinação;
Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal):

Progressão ponderal deficiente;
Cabelo fino;
Abdómen proeminente;
Arrefecimento persistente;
Mãos e pés avermelhados;
Atraso no desenvolvimento sexual.

Sintomas

Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:

Linguagem;
Motricidade;
Socialização;

Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade;
Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente);
Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação.

ANEXO IV

Sinais e sintomas associados ao mau trato físico

Os sinais e indicadores adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de mau trato físico, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações).

Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura).
Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise (*corner fracture*).

Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade.

Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (equimoses ou outros ferimentos na face, à volta dos olhos, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas).

Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão acidental.

Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua).

Queimaduras múltiplas e ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas ou padrão «luva e meia» correspondente a imersão forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, ferro de engomar).

Alopécia traumática.

Outras lesões de diagnóstico mais complexo (nerológicas, oftalmológicas e viscerais), mas que devem ser pesquisadas se existe suspeita de maus tratos.

Indicadores

História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão.
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação.

Demora na procura de cuidados médicos.

História de lesões repetidas.

Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).

ANEXO V

Sinais e sintomas associados ao abuso sexual

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de abuso sexual, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) — as lesões genitais têm uma cicatrização muito rápida e completa.

Leucorreia vaginal persistente ou recorrente.

Laceração do hímen.

Hemorragia vaginal ou anal.

Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais.

Infecção sexualmente transmissível.

A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso.

Sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior).

Sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glândula (podem coexistir balanite e parafimose).

Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e ou lacerações do freio dos lábios.

Infecções urinárias de repetição.

Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem.

Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem.

Gravidez.

Sintomas gerais

Dor na região vaginal ou anal.

Prurido vulvar.

Disúria.

Obstipação e encopresis.

Enurese secundária.

Sintomas nas crianças

Condutas sexualizadas:

Interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade);

Masturbação compulsiva;

Desenhos ou brincadeiras sexuais específicas;

Perturbações funcionais:

Apetite: anorexia, bulimia;

Terros nocturnos;

Regulação dos esfíncteres: enurese e ou encompresis;

Dores abdominais recorrentes e inexplicáveis;

Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;

Dificuldade no relacionamento com outras crianças;

Comportamentos agressivos;

Sintomas nos jovens

Comportamentos aparentemente bizarros:

- Dormir vestido com roupa de dia;
- Urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque;
- Destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;

Perturbações do foro sexual:

- Comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente dos outros, interacções sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos);
- Repulsa em relação à sexualidade

Outras perturbações:

- Depressão;
- Automutilação;
- Comportamento ou ideação suicida;
- Fuga;

Comportamentos desviantes:

- Abuso de álcool e drogas;
- Delinquência;
- Prostituição.

ANEXO VI

Sinais e sintomas associados ao mau trato psicológico

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de mau trato psicológico, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura.
- Automutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais:

- Apetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controlo dos esfíncteres (enurese, encompresse);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.

Perturbações cognitivas e relacionais:

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas);
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais.

Perturbações do comportamento:

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório);
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;

Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família);

Comportamentos obsessivos;

Comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões);

Acidentes muito frequentes -problemas escolares, nomeadamente, mau rendimento académico, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições, etc.;

Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição);

Tristeza e perturbações do sono;

Mudanças súbitas de comportamento e humor.

ANEXO VII

Procedimentos: Entrevista

Para o diagnóstico de situações de maus tratos, é essencial uma correcta colheita de dados anamnésicos. O profissional de saúde tem por dever o tratamento da criança e da família/cuidadores e, sempre que necessário, a referenciação do caso a quem de direito; cabe-lhe, ainda, proporcionar um ambiente seguro até um completo esclarecimento e orientação.

Em situação de entrevista, o profissional de saúde deve:

- Assegurar a privacidade e confidencialidade;
- Não culpabilizar a família;
- Não envergonhar a família;
- Dar suporte e não criar dependência;
- Aplicar escuta activa;
- Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família;
- Tratar dignamente a família mesmo nos casos mais complexos;
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção.

Negligência

A negligência é uma forma muito insidiosa de abuso e de diagnóstico difícil. Inclui o dano físico (acidente) e a ausência de cuidados e ou de afecto; implica a falha dos pais ou de quem os substitua no cumprimento dos direitos da criança, nomeadamente, em relação aos cuidados de saúde, segurança, bem-estar físico e afectivo. As situações de negligência são mais comuns em crianças com idade inferior a 5 anos, mas podem estender-se até à adolescência. Nos casos de negligência, a criança encontra-se privada da satisfação das suas necessidades emocionais, físicas e sociais, fundamentais ao seu desenvolvimento. Sendo a infância um período muito vulnerável da vida, a privação destes direitos pode ter consequências muito graves de morbilidade e mortalidade.

A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspectos do contexto familiar:

- Pais negligenciados;
- Desemprego ou precariedade profissional mas também pais com vida social e ou profissional muito intensa;
- Ausência de projectos de vida definidos para os próprios e para os filhos;
- Condições precárias e pouco seguras de habitabilidade;
- Relutância em aceitar ajuda;
- Depressão, isolamento social, ausência de rede familiar e social de apoio.

A negligência pode, ainda, ocorrer por «incompetência secundária», isto é, resulta de circunstâncias adversas como doença psiquiátrica, alcoolismo, etc. Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico e da avaliação do desenvolvimento da criança e da observação das interacções com os acompanhantes.

Maus tratos físicos

Em situações de mau trato físico, o perigo está directamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose não valorizada num lactente pode ser um factor de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendam causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo em atenção a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, como, por exemplo, a síndrome da criança abandonada).

A maioria das situações de mau trato físico ocorre quando os pais perdem o controlo, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (por exemplo, queimaduras com pontas de cigarro). Indicadores sugestivos de maus tratos:

História incongruente;
Demora na procura de cuidados médicos (especialmente em casos de fracturas ou queimaduras);
Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos;
Aferir da existência de múltiplos internamentos e acidentes;
Família em situação de crise.

É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor/a perante o diagnóstico.

Abuso sexual

Para a avaliação das situações de abuso sexual é essencial a recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança. É desejável que a entrevista decorra em ambiente calmo, empático e seguro. A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança. É essencial conhecer as etapas do desenvolvimento infantil e saber avaliar a capacidade verbal e de comunicação da criança (note-se que esta competência poderá ser afectada pela situação de mau trato).

É fundamental conhecer as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do errado, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática). É, por isso, muito importante estar atento à linguagem gestual da criança e saber lidar com o medo e o embaraço; não recriminar e não fazer interpretações imediatas. Frequentemente a criança retrai-se e não se mostra disponível para falar sobre o abuso; a situação poderá ser ainda mais complicada se o abuso surge num contexto afectivo relevante para a criança ou quando o contacto sexual lhe dá efectivamente prazer.

É importante que o profissional de saúde saiba que não é na primeira entrevista que a criança começa o processo psicoterapêutico necessário; para tal, deverá ser encaminhada para um técnico da especialidade.

Deve saber o nome que a criança dá às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista. As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil definir temporalmente as situações. Recomenda-se que se utilize marcos que permitam à criança localizar-se mais facilmente (por exemplo, foi antes ou depois do Natal?). Ser-lhe-á também mais fácil recordar factos recentes e aspectos centrais em oposição a detalhes e memórias antigas (é normal que a criança recorde a última vez em que ocorreu o abuso mas não consiga descrever quando ou como tudo começou).

Na sociedade actual, as crianças estão quotidianamente expostas a mensagens com conteúdo erótico, mais ou menos explícito. Contudo, as mais novas, nunca tendo sido colocadas em situações que consubstanciem abuso sexual, não fantasiam sobre actos desse tipo, pelo que, quando tal é sugerido, há que investigar o que se passa.

ANEXO VIII

Procedimentos: Observação

A observação é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança mas também às interações que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação 1) do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.); 2) do crescimento e desenvolvimento; 3) do estado emocional da criança e 4) do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

Negligência

O mau trato por negligência pode ser de carácter físico, psicoafectivo e educativo.

Devem ser observados aspectos do estado físico da criança (higiene, alimentação, vestuário, infecções recorrentes e persistentes, etc.); aspectos do crescimento e desenvolvimento (competências cognitivas, afectivas e comportamentais), e aspectos do contexto social (frequência e assiduidade escolar, mendicidade, etc.).

Maus tratos físicos

As lesões decorrentes de maus tratos físicos podem ser:

Superficiais, nomeadamente sinais de sufocação, marcas de tentativa de esganadura, equimoses (por vezes com formas bizarras provocadas com cinto ou chinelo), queimaduras (provocadas por ponta de cigarro, ferro de engomar ou sugestivas de imersão forçada em água quente).

Para validar a veracidade da história clínica fornecida é importante fazer uma avaliação da evolução das lesões superficiais e determinar a idade das mesmas;

Profundas, nomeadamente hematomas (cefalohematomas);

Fracturas: uma fractura é sempre dolorosa e leva a uma perda de função, pelo menos no início. Se a criança não se queixa pode estar assustada ou instruída para não demonstrar dor o que pode sugerir que a lesão resultou de mau trato. O diagnóstico de fracturas pode ser dificultado pelo facto de, em muitos casos, tratar-se de fracturas sem lesão superficial e ou fracturas incompletas («em ramo verde»); nestas situações podem não estar presentes os sinais clássicos. Muitas vezes estas fracturas só são detectadas *a posteriori*, no decurso de exames radiológicos (calo ósseo). A fractura em espiral é muito sugestiva de rotação forçada dos membros.

Não esquecer, no entanto, que as lesões acidentais são muito frequentes na criança o que dificulta o diagnóstico diferencial, no entanto, fracturas múltiplas com calos ósseos de idade diferente são muito sugestivas de maus tratos;

Lesões intracranianas são a primeira causa de morte resultante do abuso físico. As mais frequentes são a hemorragia subdural e a hemorragia retiniana (síndrome do bebé abandonado) — devem ser pesquisadas se há suspeita de abuso físico;

Lesão intra-abdominal com contusão e ou perfuração do estômago ou do intestino, com laceração ou contusão do fígado, baço ou rim e hêmatoxa retroperitoneal representa a segunda causa de morte em situações de abuso físico; estas situações são de diagnóstico muito difícil.

Abuso sexual

As lesões resultantes do abuso sexual dependem do tipo de acto praticado, do intervalo entre o abuso e a observação e da força utilizada. Podem assim observar-se grandes lesões, microtraumatismos ou normalidade.

É importante ter em atenção que a maior parte das lesões têm cicatrização rápida e completa, e que muitos casos decorrem sem lesão anatómica. Assim, é obrigatório pensar em termos de diagnóstico diferencial (abuso — acidente — outra patologia).

Nestes casos, o exame à criança deverá ser feito na presença de vários técnicos não devendo ser repetido para evitar a vitimização secundária e a destruição de vestígios. A fotografia das lesões ou o vídeo poderão ter interesse legal e evitar novas observações sempre traumatizantes para a criança.

Na presença de alterações anatómicas ou lesões deverá equacionar-se a sedação/anestesia geral com o objectivo de um tratamento não doloroso e uma colheita de provas que minimize o trauma para a criança.

Quando a probabilidade de abuso é elevada (com exame físico normal ou com alterações) deve proceder-se ao rastreio de infecções sexualmente transmissíveis. Se for confirmado o abuso por indivíduo com infecção VIH, deve de imediato referenciar-se a criança a serviço hospitalar para eventual terapêutica profilática da transmissão desta infecção. Em crianças após a menarca, deve efectuar-se a DIG, para detectar eventual gravidez e proceder de acordo (contracepção de emergência e ou eventual IVG).

ANEXO IX

Maus tratos em crianças: Avaliação e resposta

Os maus tratos têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança/jovem. A duração e intensidade dos efeitos obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde, na detecção e intervenção atempada destas situações.

Identificação

Recomenda-se que se proceda a uma análise cuidada da história da criança, em particular quando há sinais ou sintomas sugestivos de maus tratos (intervenção inicial mínima).

Suporte emocional em caso de suspeita ou vítima confirmada

É importante que o profissional de saúde diga à criança:

Que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado;
Que ela não tem culpa;
Que vai procurar ajuda para ela e para a sua família;
Que pode procurá-lo a qualquer altura e sempre que precisar.

Na relação que estabelece com os pais ou quem tem a guarda de facto da criança recomenda-se que:

Não sejam discutidas as medidas de intervenção a tomar se 1) não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional

ou para a criança e ou se 2) a família não colaborar, dificultando a intervenção;

Se as circunstâncias permitirem recomenda-se que o assunto seja abordado com sensibilidade procurando a colaboração dos pais ou de quem tem a guarda de facto da criança no estabelecimento das medidas de remoção do perigo.

Em caso de dúvida sugere-se que discuta o assunto com um colega mais experiente na matéria.

Avaliação do risco

É necessária a protecção imediata nas situações em que:

A criança foi gravemente maltratada;
Há perigo para a vida da criança;
O mau trato é recorrente e pode agravar-se -o contexto em que a criança vive não é seguro.

Avalie o risco de comportamentos auto-agressivos ou suicídio.
Avalie se há co-ocorrência de outras violências no contexto familiar.

Estabelecer plano de segurança e referenciar

Se há perigo eminente para o profissional de saúde ou para a criança contacte as autoridades policiais.

Caso não haja perigo eminente e não está seguro quanto à melhor forma de proceder aconselhe-se com um colega mais experiente na matéria.

Documentar

Documente a aspectos relevantes da situação, assim como as suas dificuldades e preocupações.

Referenciar

Se necessário, referencie a criança/jovem para outros colegas ou entidades de 1.º nível, ou se não for possível remover o perigo solicite a intervenção da CPCJ da área de residência da criança/jovem.

ANEXO X

Normas de boas práticas na identificação

Recomenda-se avaliação cuidada das situações em que há suspeita de maus tratos, por aferição da presença de sinais e sintomas ou por estarem reunidos múltiplos factores que caracterizam contextos de risco.

Comunicar com a criança/jovem

É fundamental abordar e falar com a criança/jovens ao nível apropriado para a sua idade e desenvolvimento. Para tal é necessário garantir as condições de privacidade necessárias:

Como é que são as coisas em casa?
O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?
O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?
O que é que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?
Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

Comunicar com os pais/família ou quem tem a guarda de facto da criança/jovem

Na comunicação com os pais ou cuidadores é fundamental criar um ambiente securizante, utilizar perguntas abertas e não julgar:

Costuma reçar pela segurança do seu filho?
Quem toma conta do seu filho quando não está em casa?
Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho?
O que faz quando o seu filho se porta mal?
Já magoou o seu filho?
Sabe onde procurar ajuda?

ANEXO XI

Legislação relevante

[1] Constituição da República Portuguesa — artigo 69.º — «As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade».

[2] Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.

[3] Artigo 3.º, n.º 1, da CDC — «Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança».

[4] Artigo 19.º da CDC — «Os Estados Partes tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual».

[5] Lei de Bases da Saúde — Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, base II, alínea c) — «São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes»

[6] Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto — Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança — PAFAC.

[7] Decreto-Lei n.º 98/98, de 18 de Abril — Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

[8] Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro — Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (texto integral no final deste anexo).

[9] Decreto-Lei n.º 11/2008, de 17 de Janeiro — Regulamenta a medida de promoção/protecção do acolhimento familiar.

[10] Decreto-Lei n.º 12/2008, de 17 de Janeiro — Regulamenta as medidas de promoção/protecção em meio natural de vida.

[11] Lei n.º 133/99, de 28 de Agosto — Alteração ao Decreto-Lei n.º 314/78 de 27 de Outubro (Organização tutelar de menores) em matéria de processos tutelares cíveis.

[12] Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto — Altera o regime jurídico da adopção.

[13] Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro — Lei de Protecção de Dados Pessoais.

[14] Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril — Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, altera o artigo 142.º do Código Penal (ver adiante).

Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, com as alterações introduzidas pelos seguintes diplomas legais:

[15] Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março.

[16] Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro.

[17] Lei n.º 99/2001, de 25 de Agosto.

[18] Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril.

[19] Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro.

Código Penal (versão dada pela Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro, que opera a revisão do Código Penal aprovada pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro):

[20] Artigo 38.º — Consentimento:

1 — Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes.

2 — O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.

3 — O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

4 — Se o consentimento não for conhecido do agente, este é punível com a pena aplicável à tentativa.

[21] Artigo 39.º — Consentimento presumido:

1 — Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.

2 — Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

Dos crimes contra a vida intra-uterina:

[22] Artigo 142.º — Interrupção da gravidez não punível

1 — Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento e saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;

b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;

e) For realizada por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2 — A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 — Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

4 — O consentimento é prestado:

a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;

b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

5 — No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.

6 — Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

7 — Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*.

Dos crimes contra a integridade física:

[23] Artigo 152.º — Violência doméstica:

1 — Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;

b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;

c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou

d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 — No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 — Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 — Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 — A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 — Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

[24] Artigo 152.º-A — Maus tratos:

1 — Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:

a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;

b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou

c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 — Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual:

Crimes contra a liberdade sexual:

[25] Artigo 163.º — Coacção sexual:

1 — Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, acto sexual de relevo é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 — Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar acto sexual de relevo, consigo ou com outrem, é punido com pena de prisão até dois anos.

[26] Artigo 164.º — Violação:

1 — Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa:

a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou

b) A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão de três a dez anos.

2 — Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa:

a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou

b) A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão até três anos.

[27] Artigo 165.º — Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência:

1 — Quem praticar acto sexual de relevo com pessoa inconsciente ou incapaz, por outro motivo, de opor resistência, aproveitando-se do seu estado ou incapacidade, é punido com pena de prisão de seis meses a oito anos.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

[28] Artigo 166.º — Abuso sexual de pessoa internada:

1 — Quem, aproveitando-se das funções ou do lugar que, a qualquer título, exerce ou detém em:

a) Estabelecimento onde se executem reacções criminais privativas da liberdade;

b) Hospital, hospício, asilo, clínica de convalescença ou de saúde, ou outro estabelecimento destinado a assistência ou tratamento; ou

c) Estabelecimento de educação ou correcção;

praticar acto sexual de relevo com pessoa que aí se encontre internada e que de qualquer modo lhe esteja confiada ou se encontre ao seu cuidado é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[29] Artigo 167.º — Fraude sexual:

1 — Quem, aproveitando-se fraudulentamente de erro sobre a sua identidade pessoal, praticar com outra pessoa acto sexual de relevo é punido com pena de prisão até um ano.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até dois anos.

[30] Artigo 168.º — Procriação artificial não consentida:

Quem praticar acto de procriação artificial em mulher, sem o seu consentimento, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[31] Artigo 169.º — Lenocínio:

1 — Quem, profissionalmente ou com intenção lucrativa, fomentar, favorecer ou facilitar o exercício por outra pessoa de prostituição é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

2 — Se o agente cometer o crime previsto no número anterior:

- a) Por meio de violência ou ameaça grave;
- b) Através de ardid ou manobra fraudulenta;
- c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho; ou
- d) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima;

é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[32] Artigo 170.º — Importunação sexual:

Quem importunar outra pessoa praticando perante ela actos de carácter exibicionista ou constrangendo-a a contacto de natureza sexual é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Crimes contra a autodeterminação sexual:

[33] Artigo 171.º — Abuso sexual de crianças)

1 — Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

3 — Quem:

- a) Importunar menor de 14 anos, praticando acto previsto no artigo 170.º; ou
- b) Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográficos;

é punido com pena de prisão até três anos.

4 — Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

[34] Artigo 172.º — Abuso sexual de menores dependentes:

1 — Quem praticar ou levar a praticar acto descrito nos n.ºs 1 ou 2 do artigo anterior, relativamente a menor entre 14 e 18 anos que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2 — Quem praticar acto descrito nas alíneas do n.º 3 do artigo anterior, relativamente a menor compreendido no número anterior deste artigo e nas condições aí descritas, é punido com pena de prisão até um ano.

3 — Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão até três anos ou pena de multa.

[35] Artigo 173.º — Actos sexuais com adolescentes:

1 — Quem sendo maior, praticar acto sexual de relevo com menor entre 14 e 16 anos, ou levar a que ele seja por este praticado com outrem, abusando da sua inexperiência, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito oral, coito anal ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou multa até 360 dias.

[36] Artigo 174.º — Recurso à prostituição de menores:

1 — Quem sendo maior, praticar acto sexual de relevo com menor entre 14 e 18 anos, mediante pagamento ou outra contrapartida, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.

2 — Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou multa até 360 dias.

3 — A tentativa é punível.

[37] Artigo 175.º — Lenocínio de menores:

1 — Quem fomentar, favorecer ou facilitar o exercício da prostituição de menor é punido com pena de prisão de um a cinco anos.

2 — Se o agente cometer o crime previsto no número anterior:

- a) Por meio de violência ou ameaça grave;
- b) Através de ardid ou manobra fraudulenta;
- c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho;

- d) Actuando profissionalmente ou com intenção lucrativa; ou
- e) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima;

é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

[38] Artigo 176.º — Pornografia de menores:

1 — Quem:

- a) Utilizar menor em espectáculo pornográfico ou o aliciar para esse fim;
- b) Utilizar menor em fotografia, filme ou gravação pornográficos, independentemente do seu suporte, ou o aliciar para esse fim;
- c) Produzir, distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder, a qualquer título ou por qualquer meio, os materiais previstos na alínea anterior;
- d) Adquirir ou detiver materiais previstos na alínea b) com o propósito de os distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos.

2 — Quem praticar os actos descritos no número anterior profissionalmente ou com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de um a oito anos.

3 — Quem praticar os actos descritos nas alíneas c) e d) do n.º 1 utilizando material pornográfico com representação realista de menor é punido com pena de prisão até dois anos.

4 — Quem adquirir ou detiver os materiais previstos na alínea b) do n.º 1 é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa.

5 — A tentativa é punível.

[39] Artigo 177.º — Agravação:

1 — As penas previstas nos artigos 163.º a 165.º e 167.º a 176.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima:

- a) For ascendente, descendente, adoptante, adoptado, parente ou afim até ao segundo grau do agente; ou
- b) Se encontrar numa relação familiar, de tutela ou curatela ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho do agente e o crime for praticado com aproveitamento desta relação.

2 — As agravações previstas no n.º anterior não são aplicáveis nos casos do n.º 2 do artigo 163.º, no n.º 2 do artigo 164.º, da alínea c) do n.º 2 do artigo 169.º e da alínea c) do n.º 2 do artigo 175.º

3 — As penas previstas nos artigos 163.º a 167.º e 171.º a 174.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se o agente for portador de doença sexualmente transmissível.

4 — As penas previstas nos artigos 163.º a 168.º e 171.º a 174.º são agravadas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, se dos comportamentos aí descritos resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima.

5 — As penas previstas nos artigos 163.º, 164.º, 168.º, 174.º, 175.º e no n.º 1 do artigo 176.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima for menor de 16 anos.

6 — As penas previstas nos artigos 163.º, 164.º, 168.º, 175.º e no n.º 1 do artigo 176.º são agravadas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima for menor de 14 anos.

7 — Se no mesmo comportamento concorrerem mais do que uma das circunstâncias referidas nos números anteriores só é considerada para efeito de determinação da pena aplicável a que tiver efeito agravante mais forte, sendo a outra ou outras valoradas na medida da pena.

[40] Artigo 178.º — Queixa:

1 — O procedimento criminal pelos crimes previstos nos artigos 163.º a 165.º, 167.º, 168.º e 170.º depende da queixa, salvo se forem praticados contra menor ou deles resultar suicídio ou morte da vítima.

2 — O procedimento criminal pelo crime previsto no artigo 173.º depende de queixa, salvo se dele resultar suicídio ou morte da vítima.

3 — Nos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menor não agravados pelo resultado, o Ministério Público, tendo em conta o interesse da vítima, pode determinar a suspensão provisória do processo, com a concordância do juiz de instrução e do arguido, desde que não tenha sido aplicada anteriormente medida similar por crime da mesma natureza.

4 — No caso previsto no número anterior, a duração da suspensão pode ir até cinco anos.

[41] Artigo 113.º — Titulares do direito de queixa:

1 — Quando o procedimento criminal depender de queixa, tem legitimidade para apresentá-la, salvo disposição em contrário, o ofendido, considerando-se como tal o titular dos interesses que a lei especialmente quis proteger com a incriminação.

2 — Se o ofendido morrer sem ter apresentado queixa nem ter renunciado a ela, o direito de queixa pertence às pessoas a seguir indicadas, salvo se alguma delas houver participado no crime;

a) Ao cônjuge sobrevivente não separado judicialmente de pessoas e bens ou à pessoa, de outro ou do mesmo sexo, que com o ofendido vivesse em condições análogas às dos cônjuges, aos descendentes e aos adoptados e aos ascendentes e aos adoptantes; e, na sua falta

b) Aos irmãos e seus descendentes.

3 — Qualquer das pessoas pertencentes a uma das classes referidas nas alíneas do número anterior pode apresentar queixa independentemente das restantes.

4 — Se o ofendido for menor de 16 anos ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa, este pertence ao representante legal e, na sua falta, às pessoas indicadas sucessivamente nas alíneas do n.º 2, aplicando-se o disposto no número anterior.

5 — Quando o procedimento criminal depender de queixa, o Ministério Público pode dar início ao procedimento no prazo de seis meses a contar da data em que tiver tido conhecimento do facto e dos seus autores, sempre que o interesse do ofendido o aconselhar e:

a) Este for menor ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa; ou

b) O direito de queixa não puder ser exercido porque a sua titularidade caberia apenas ao agente do crime.

6 — Se o direito de queixa não for exercido nos termos do n.º 4 nem for dado início ao procedimento criminal nos termos da alínea a) do número anterior, o ofendido pode exercer aquele direito a partir da data em que perfizer 16 anos.

[42] Artigo 179.º — Inibição do poder paternal e proibição do exercício de funções:

Quem for condenado por crime previsto nos artigos 163.º a 176.º pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente ser:

a) Inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela; ou

b) Proibido do exercício de profissão, função ou actividade que impliquem ter menores sob sua responsabilidade, educação, tratamento ou vigilância;

por um período de dois a quinze anos.

[43] Artigo 118.º — Prazos de prescrição:

1 — O procedimento criminal extingue-se, por efeito de prescrição, logo que sobre a prática do crime tiverem decorrido os seguintes prazos:

a) Quinze anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for superior a dez anos;

b) Dez anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for igual ou superior a cinco anos, mas que não excedam dez anos;

c) Cinco anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for igual ou superior a um ano, mas inferior a cinco anos.

d) Dois anos, nos casos restantes.

2 — Para efeito do disposto no número anterior, na determinação do máximo da pena aplicável a cada crime são tomados em conta os elementos que pertençam ao tipo de crime, mas não as circunstâncias agravantes ou atenuantes.

3 — Se o procedimento criminal respeitar a pessoa colectiva ou entidade equiparada, os prazos previstos no n.º 1 são determinados tendo em conta a pena de prisão, antes de se proceder à conversão prevista nos n.ºs 1 e 2 do artigo 90.º-B

4 — Quando a lei estabelecer para qualquer crime, em alternativa, pena de prisão ou de multa, só a primeira é considerada para efeito do disposto neste artigo.

5 — Nos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores, o procedimento criminal não se extingue, por efeito de prescrição, antes de o ofendido perfazer 23 anos.

Código do Processo Penal:

[44] Artigo 1.º — Definições legais:

1 — Para efeitos do disposto no presente Código considera-se:

a) Crime: o conjunto de pressupostos de que depende a aplicação ao agente de uma pena ou de uma medida de segurança criminais;

b) Autoridade judiciária: o juiz, o juiz de instrução e o Ministério Público, cada um relativamente aos actos processuais que cabem na sua competência;

c) Órgãos de polícia criminal: todas as entidades e agentes policiais a quem caiba levar a cabo quaisquer actos ordenados por uma autoridade judiciária ou determinados por este Código;

d) Autoridade de polícia criminal: os directores, oficiais, inspectores e subinspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação;

e) Suspeito: toda a pessoa relativamente à qual exista indício de que cometeu ou se prepara para cometer um crime, ou que nele participou ou se prepara para participar;

f) Alteração substancial dos factos: aquela que tiver por efeito a imputação ao arguido de um crime diverso ou a agravação dos limites máximos das sanções aplicáveis;

g) Relatório social: informação sobre a inserção familiar e sócio-profissional do arguido e, eventualmente, da vítima, elaborada por serviços de reinserção social, com o objectivo de auxiliar o tribunal ou o juiz no conhecimento da personalidade do arguido, para os efeitos e nos casos previstos neste diploma;

h) Informação dos serviços de reinserção social: resposta a solicitações concretas sobre a situação pessoal, familiar, escolar, laboral ou social do arguido e, eventualmente, da vítima, elaborada por serviços de reinserção social, com o objectivo referido na alínea anterior, para os efeitos e nos casos previstos neste diploma.

[45] Artigo 91.º — Juramento e compromisso:

1 — As testemunhas prestam o seguinte juramento: «Juro, por minha honra, dizer toda a verdade e só a verdade».

2 — Os peritos e os intérpretes prestam, em qualquer fase do processo, o seguinte compromisso: «Comprometo-me, por minha honra, a desempenhar fielmente as funções que me são confiadas».

3 — O juramento e o compromisso referidos nos números anteriores são prestados perante a autoridade judiciária competente, a qual adverte previamente quem os dever prestar das sanções em que incorre se os recusar ou a eles faltar.

4 — A recusa a prestar o juramento ou o compromisso equivale à recusa a depor ou a exercer as funções.

5 — O juramento e o compromisso, uma vez prestados, não necessitam de ser renovados na mesma fase de um mesmo processo.

6 — Não prestam o juramento e o compromisso referidos nos números anteriores:

a) Os menores de 16 anos;

b) Os peritos e os intérpretes que forem funcionários públicos e intervirem no exercício das suas funções.

[46] Artigo 127.º — Livre apreciação da prova:

Salvo quando a lei dispuser diferentemente, a prova é apreciada segundo as regras da experiência e a livre convicção da entidade competente.

[47] Artigo 131.º — Capacidade e dever de testemunhar:

1 — Qualquer pessoa que se não encontrar interdita por anomalia psíquica tem capacidade para ser testemunha e só pode recusar-se nos casos previstos na lei.

2 — A autoridade judiciária verifica a aptidão física ou mental de qualquer pessoa para prestar testemunho, quando isso for necessário para avaliar a sua credibilidade e puder ser feito um retardamento da marcha normal do processo.

3 — Tratando-se de depoimento de menor de 16 anos em crime sexual, pode ter lugar perícia sobre a personalidade.

4 — As indagações, referidas nos números anteriores, ordenadas anteriormente ao depoimento não impedem que este se produza.

[48] Artigo 135.º — Segredo profissional:

1 — Os ministros de religião ou confissão religiosa, os advogados, os médicos, os jornalistas, os membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo.

2 — Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação do depoimento.

3 — O tribunal imediatamente superior àquele onde o incidente se tiver suscitado, ou, no caso de o incidente se ter suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o plenário das secções criminais, pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse

preponderante. A intervenção é suscitada pelo juiz, oficiosamente ou a requerimento.

4 — O disposto no número anterior não se aplica ao segredo religioso.

5 — Nos casos previstos nos n.ºs 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável.

[49] Artigo 151.º — Quando tem lugar a prova pericial:

A prova pericial tem lugar quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos.

[50] Artigo 159.º — Perícia médico-legal e psiquiátrica:

1 — A perícia médico-legal é deferida aos institutos de medicina legal, aos gabinetes médico-legais, a médicos contratados para o exercício de funções periciais nas comarcas ou, quando isso não for possível ou conveniente, a quaisquer médicos especialistas ou de reconhecida competência para a actividade médico-legal, nos termos da lei.

2 — O disposto no número anterior é correspondentemente aplicável à perícia relativa a questões psiquiátricas, na qual podem participar também especialistas em psicologia e criminologia.

3 — A perícia psiquiátrica pode ser efectuada a requerimento do representante legal do arguido, do cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens ou dos descendentes, ou, na falta deles, dos ascendentes, adoptantes, adoptados ou da pessoa que viva com o arguido em condições análogas às dos cônjuges.

[51] Artigo 160.º — Perícia sobre a personalidade:

1 — Para efeito de apreciação da personalidade e da perigosidade do arguido pode haver lugar a perícia sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas, bem como sobre o seu grau de socialização. A perícia pode revelar, nomeadamente para a decisão sobre a revogação da prisão preventiva, a culpa do agente e a determinação da sanção.

2 — A perícia deve ser referida a serviços especializados ou, quando isso não for possível ou conveniente, a serviços de reinserção social ou a especialistas em criminologia, em psicologia, em sociologia ou em psiquiatria.

3 — Os peritos podem requerer informações sobre os antecedentes criminais do arguido, se delas tiverem necessidade.

[52] Artigo 163.º — Valor da prova pericial:

1 — O juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador.

2 — Sempre que a convicção do julgador divergir do juízo contido no parecer dos peritos, deve aquele fundamentar a divergência.

[53] Artigo 242.º — Denúncia obrigatória:

A denúncia obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos:

a) Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento;

b) Para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

[54] Artigo 244.º — Denúncia facultativa:

Qualquer pessoa que tiver notícia de um crime pode denunciá-lo ao Ministério Público, a outra autoridade judiciária ou aos órgãos de polícia criminal, salvo se o procedimento respectivo depender de queixa ou de acusação particular.

[55] Lei n.º 93/99, de 14 Julho e Decreto-Lei n.º 190/2003 de 22 de Agosto — Regulam a aplicação de medidas para protecção de testemunhas em processo penal.

[56] Decreto-Lei n.º 11/98, de 24 de Janeiro — Organização médico-legal.

[57] Lei n.º 21/2000, de 10 de Agosto, artigo 4.º alínea b) — Organização da investigação criminal.

É da competência reservada da Polícia Judiciária a investigação dos seguintes crimes:

Contra a liberdade e autodeterminação sexual a que corresponda, em abstracto, pena superior a cinco anos de prisão, desde que o agente não seja conhecido, ou sempre que sejam expressamente referidos ofendidos menores de 16 anos ou outros incapazes.

ANEXO XII

Listagem das linhas de apoio

APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) — 218870101.

APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) — 707200077.
CIAV (Centro de Informação Antivenenos, INEM) — 808250143.
CNAsti (Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil) — 800202076.

CNPCJR (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco) — 213114900.

Linha de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres) — 800202148.

Linha Nacional de Emergência Social (Instituto da Segurança Social) — 144.

Linha Recados de Criança (Provedoria de Justiça) — 800206656.

Linha SIDA (Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA — Alto Comissariado da Saúde) — 800266666.

Linha Vida SOS Droga (Instituto da Droga e da Toxicodependência) — 1414.

PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança) — Linha de Emergência «Criança Maltratada» — 213433333 (Lisboa), 239702233 (Coimbra), 223321010 (Porto), 266744188 (Évora), 289801010 (Faro) e 295628882 (Açores).

PEETI (Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil) — 218437580.

Saúde 24 (Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde) — 808242424.

Sexualidade em Linha (Instituto Português da Juventude e Associação para o Planeamento da Família) — 808222003.

Sol (Associação de Apoio a Crianças Infectadas pelo Vírus da SIDA e Suas Famílias) — 213972632.

SOS — Criança (Instituto de Apoio à Criança) — 800202651 e 217931617

SOS — Grávida (Ajuda de Mãe) — 808201139.

ANEXO XIII

Listagem CPCJ

CPCJ	MORADA	CÓDIGO POSTAL	TELEFONE	FAK
CPCJ de Abrantes	Rua Grande, n.º 12	2200-418 Abrantes	241 361 695	241 363 428
CPCJ de Águeda	Rua Dr. Manuel Alegre, n.º 87	3750-138 Águeda	234 611 290	234 611 299
CPCJ de Aguiar de Beira	Avenida da Liberdade, n.º 10	3570-010 Aguiar de Beira	232 689 100	232 689 894
CPCJ de Albergaria-a-Velha	Avenida Bernardino Máximo Albuquerque, n.º 16	3850-017 Albergaria-a-velha	234 195 666 961 348 964	234 195 867
CPCJ de Albufeira	Rua Bernardino Sousa, n.º 2	8200 Albufeira	289 585 840 289 514 064 961 040 454	289 585 694
CPCJ de Alcanena	Rua Tenente Coronel Salgueiro Maia, n.º 118	2380-153 Alcanena	249 891 455	249 891 455
CPCJ de Alcochete	Rua Afonso Albuquerque, n.º 24	2460-020 Alcochete	262 596 090	262 596 090
CPCJ de Alcobaça	Rua Chão do Conde-Gabinete, n.º 8	2890-177 Alcobaça	210 839 092	210 840 932
CPCJ de Alentejo	Praça Luís de Camões	2580-318 Alentejo	263 730 903	263 730 949
CPCJ de Alfindade de Fé	Praça do Município	5350 Alfindade de Fé	279 468 120	279 462 619
CPCJ de Aljô	Praça do Concelho	5070 Aljô	259 857 100	259 859 738
CPCJ de Almada	Rua Irene Lisboa	2800-600 Almada	212 744 679 919 174 813	212 744 681
CPCJ de Almeida	Beiro das Esquadras, casa n.º 11	6350 Almeida	271 571 962/3	271 571 142
CPCJ de Almeirim	Praça Lourenço de Carvalho, n.º 33 - B.º 1.º - Apart. n.º 82	2080 Almeirim	243 594 128	243 591 079
CPCJ de Alpiçarra	Largo 1.º de Maio-Edifício do Centro de Saúde	2090-025 Alpiçarra	243 558 242	243 559 105
CPCJ de Alvalade	Câmara Municipal	3250-100 Alvalade	236 655 403	236 655 589
CPCJ de Amadora	Apartado 60390 - EC Amadora	2701-999 Amadora	214 928 706	214 912 677
CPCJ de Amarante	Alameda Teixeira de Pascoas	4600-011 Amarante	255 433 158	255 430 203
CPCJ de Amareal	Largo do Município	4720-057 Amareal	253 993 761	253 992 643
CPCJ de Anadia	Apartado 19 - Vale Santo	3781-907 Anadia	231 510 482/3	231 510 487
CPCJ de Angra do Heroísmo	Av.º S. João, n.º 66 1.º Esp.	9700-857 Angra do Heroísmo	256 218 650 963708456	256 212 107
CPCJ de Anísio	Rua Conselheiro António José de Almeida	3240 Anísio	236 676 491	236 677 481
CPCJ de Arcos de Valdevez	Praça do Município	4974-003 Arcos de Valdevez	258 520 500	258 520 509
CPCJ de Arganil	Praça Simões Dias, n.º 10	3304-954 Arganil	235 200 144	235 200 164
CPCJ de Armamar	Praça da República	5110 Armamar	254 850 800	254 855 152
CPCJ de Arouca	Av. dos Descobrimentos, n.º 2A	4540-104 Sta. Eulália Arouca	256 948 371/2 917 638 772	256 948 373
CPCJ de Arroches				
CPCJ de Arruda dos Vinhos	Largo Miguel Bombarda	2630-112 Arruda dos Vinhos	263 977 000/1	263 977 033
CPCJ de Aveiro	Praça da República	3810-200 Aveiro	234 400 206	234 400 558
CPCJ de Avis	Apartado 25	7480-999 Avis	242 410 207	242 410 209
CPCJ de Azambuja	Palácio do Valverde	2050 Azambuja	263 400 491 969 291 792	263 400 491
CPCJ de Beirão	Rua Comandante Agostinho Lança, n.º 41	4640-142 Campelo-Baixo	255 541 390	255 541 396
CPCJ de Barcelos	Rua Imá S. Romão, Edifício Marfil, n.º 127, Bloco A - 1.º Frente	4750-251 Barcelos	255 822 113	253 821 263
CPCJ de Barrancos	Praça do Município, n.º 2	7230-030 Barrancos	285 950 630 962 519 988	286 950 638
CPCJ de Barcelo	Av. Alfredo da Silva, nº 51 - 1.º	2830-302 Barcelo	212 068 067 966 915 654	212 068 067
CPCJ de Batalha	Rua Infante D. Fernando	2440-118 Batalha	244 766 818	244 768 800
CPCJ de Beja	Rua do Mestre Manuel, n.º 12	7800-304 Beja	284 311 800	284 311 895
CPCJ de Benavente	Rua Dr. José Calheiros Lopes	2130-014 Benavente	263 517 294	263 517 294
CPCJ de Bombaral	Largo do Município	2540 Bombaral	262 609 020	262 609 041

CPCJ	MORADA	CÓDIGO POSTAL	TELEFONE	FAX
CPCJ de Santana	Rua do TI	9230-127 Santana	808 202 116 291 573 950	291 573 954
CPCJ de Santarém	Largo Cândido dos Reis, n.º 2A	2000-241 Santarém	243 326 095	243 326 095
CPCJ de Santiago do Cacém	Rua do Parque, n.º 10	7540-172 Santiago do Cacém	269 026 205	269 026 206
CPCJ de Santo Tirso	Rua Francisco Sá Carneiro, n.º 17	4780 Santo Tirso	252 860 344 291 842 670 291 840 020/9	252 833 389 291 842 696 291 840 000
CPCJ de São Vicente	Vila de São Vicente	9240 São Vicente	241 850 000	241 855 684
CPCJ de Sardoal	Praça da República	2230-139 Sardoal	238 084 725	238 084 726
CPCJ de Seia	(junto aos Bombeiros Voluntários)	6270-479 Seia	210 976 235	210 976 236
CPCJ de Seixal	Rua Rodrigues da Lapa, 2 - 2A	2845-132 Amora	254 996 300	254 996 319
CPCJ de Semançóe	Rua Dr. Oliveira Serrão	3640-240 Semançóe	274 600 300	274 600 301
CPCJ de Serpente	Largo do Município	6100-738 Serpente	212 687 345	212 687 345
CPCJ de Sesimbra	Av. João Paulo II, n.º 17E - Santana	2970 Sesimbra	265 550 600 963 118 318	265 550 609
CPCJ de Setúbal	Rua de Damião, n.º 12/14	2900-340 Setúbal	234 555 566 800 206 634	234 552 982
CPCJ de Sever do Vouga	Largo do Município	3740-262 Sever do Vouga	282 443 519 919 516 616	282 443 519
CPCJ de Silves	Largo do Município	8300-117 Silves	269 630 600	269 633 022
CPCJ de Sines	Largo Ramos da Costa	7520-159 Sines	219 240 751	219 241 703
CPCJ de Sintra Ocidental	Rua Pedro Sintra, n.º 15 - 2.º Esq.	2710-436 Sintra	219 128 020	219 128 029
CPCJ de Sintra Oriental	Rua Nova do Zambujal, n.º 3	2735-302 Cacém	261 848 261 917 579 630	261 848 262
CPCJ de Sobral de Monte Alagão	Rua Teatro Eduardo Costa, n.º 24	2590-046 Sobral de Monte Alagão	239 502 433	239 502 951
CPCJ de Soure	Praça da República	3130 Soure	961 334 303	268 551 153 268 550 115
CPCJ de Sousa	Praça da República, n.º 1	7470-220 Sousa	235 410 340	235 410 349
CPCJ de Tábua	Câmara Municipal	3420-308 Tábua	254 780 000	254 789 941
CPCJ de Tabuaço	Rua Dr. António José de Almeida, n.º 36	5120-113 Tabuaço	254 678 650	254 673 552
CPCJ de Tarouca	Avenida Dr. Alexandre Taveira Cardoso	3610-128 Tarouca	281 320 596	281 322 888
CPCJ de Tavira	Rua da Liberdade, n.º 16	8900-307 Tavira	253 350 010	253 352 894
CPCJ de Terras de Bouro	Largo Padre Martins Capela	4840-100 Terras de Bouro	249 316 618 249 329 884	249 329 884
CPCJ de Tomar	Praça da República	2300 Tomar	232 811 110	232 811 120
CPCJ de Tondela	Rua General Humberto Delgado, n.º 35	3460-525 Tondela	279 258 310	279 200 240
CPCJ de Torre de Moncorvo	Rua Infante D. Henrique, n.º 20	5160-286 Torre de Moncorvo	249 810 797/90	249 810 799
CPCJ de Torres Novas	Rua Gen. Ant.ª César de Vasconcelos Correia	2350-421 Torres Novas	261 314 806	261 314 806
CPCJ de Torres Vedras	Rua Serpa Pinto "Pátio Amarelo" 1.º andar A	2560-363 Torres Vedras	271 812 795	271 812 795
CPCJ de Trancoso	Rua Condi Tavares, n.º 4	6420-139 Trancoso	252 403 690	252 403 689
CPCJ de Trofa	Rua Condi São Bento, Centro Comercial da Vinha, P/C Loja 52	4765-296 Trofa	234 189 282	234 192 056
CPCJ de Vagos	Edifício João Grave, 1.º piso	3940 Vagos	256 423 753	256 420 519
CPCJ de Vale de Cambra	Rua das Flores - Edifício das Flores, n.º 131, R/C	3730-248 Vale de Cambra	224 228 149 224 228 349	22 422 82 49
CPCJ de Valença	Rua Mouzinho de Albuquerque, n.º 115 - 2.º andar	4930 Valença	278 710 130	278 711 135
CPCJ de Valongo	Av. 5 de Outubro, n.º 160	4440-503 Valongo		
CPCJ de Valpaços	Rua Maria do Carmo Carmona, n.º 2	5430-469 Valpaços		
CPCJ de Viana do Alentejo				
CPCJ de Vendas Novas	Avenida da Conceição, s/n	8800-521 Vendas Novas	295 430 070	295 430 075
CPCJ de Viana do Castelo	Rua Cândido dos Reis	4901-877 Viana do Castelo	258 009 300	258 009 347
CPCJ de Viana do Minho	Praça Guilherme de Abreu	4850-527 Viana do Minho	253 649 270	253 647 656
CPCJ de Vidigueira	Praça da República - Praça do Concelho	7960-225 Vidigueira	284 437 400	
CPCJ de Vila Real	Praça Mattos e Silva Neves	6110-174 Vila de Rai	274 890 010	274 890 018
CPCJ de Vila do Conde	Rua da Igreja	4480 Vila do Conde	252 248 400	252 641 853
CPCJ de Vila do Porto	Largo Nossa Senhora da Conceição	9580 Vila do Porto	296 820 000	296 820 009
CPCJ de Vila Franca de Xira	Rua Alves Redol, n.º 16	2600-096 Vila Franca de Xira	263 274 523 968 170 764	263 276 895
CPCJ de Vila Franca do Campo	Largo Bento Góis	9680-111 Vila Franca do Campo	296 581 010/1	296 581 012
CPCJ de Vila Nova de Barcelos	Largo 1.º de Dezembro	2260-403 Vila Nova de Barcelos	249 715 143	249 715 143
CPCJ de Vila Nova de Cerveira	Av. Dr. Luciano de Castro	4920-277 Vila Nova de Cerveira	251 708 020	251 708 022
CPCJ de Vila Nova de Famalicão	Rua Camilo Castelo Branco, n.º 104	4760-127 Vila Nova Famalicão	252 317 937	252 323 751
CPCJ de Vila Nova de Foz Côa	Praça do Município-Lugar Vila Nova Foz Côa	5150-642 Vila Nova Foz Côa	279 760 429	279 760 439/8
CPCJ de Vila Nova de Gaia	Praça 25 de Abril, n.º 54-1.º Df.	4430-257 Vila Nova de Gaia	223 760 608	223 760 608
CPCJ de Vila Nova de Paços de Ferreira	Apartado 14	3650 Vila Nova de Paços de Ferreira	232 601141	
CPCJ de Vila Nova de Poares	Apartado 3	3351-908 Vila Nova de Poares	239 420 890	239 422 942
CPCJ de Vila Pouca de Aguiar	Rua Comendador Silva	5450-020 Vila Pouca de Aguiar	259 419 100	259 417 493
CPCJ de Vila Real	Rua Alexandre Herculano, n.º 34	5000-642 Vila Real	259 326 606	259 326 667
CPCJ de Vila Real de Sto. António	Praça Marquês de Pombal	8900-231 Vila Real de St.ª Ant.ª	261 510 087	261 513 806
CPCJ de Vila Verde	Praça do Município	4730-733 Vila Verde	253 310 596	253 310 594
CPCJ de Vimioso	Praça Eduardo Coelho	5230-315 Vimioso	273 518 120	273 512 510
CPCJ de Vinhais	Rua das Freiras, n.º 13	5320-326 Vinhais	273 770 300	273 771 108
CPCJ de Viso	Rua João Mendes, 51 - 2º Esq.	3500-142 Viso	232 435 582	232 437 012
CPCJ de Viseu	Rua Dr. Alfredo Pinto, n.º 42	4815-427 Viseu	253 484 241	253 481 268
CPCJ de Vouzella	Alameda D. Duarte de Almeida	3670-250 Vouzella	232 740 744	232 748 023

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Direcção Regional de Educação do Norte

Escola Secundária de Camilo Castelo Branco

Despacho n.º 31293/2008

Fátima Manuela Santos Duro Rodrigues, Presidente do Conselho Executivo, da Escola Secundária Camilo Castelo Branco, no uso de competências que lhe foram delegadas através do Despacho n.º 10969/2008 publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 74 de 15 de Abril de 2008, foram nomeados por Concurso Extraordinário para acesso à categoria de Professor Titular, ao abrigo do artigo 30 do Decreto-Lei n.º 104/2008 de 24 de Junho e do Decreto-Lei n.º 200/2007 de 22 de Maio, com efeitos a partir de 1 de Setembro de 2007 os Docentes de Nomeação Definitiva.

Nome	Departamento
Isabel Maria da Costa Santos Pimentel Maria Adelaide Jordão da Costa Maria Leonor Torres Vaz de Carvalho Pimentel Saraiva.	Línguas Línguas Línguas
Maria Gabriela da Conceição Direito Pereira. Maria Luísa Lousas Carrilho Gomes. . . .	Matemática e Ciências Experimentais Matemáticas e Ciências Experimentais
Maria Madalena de Oliveira Queirós Amado Moreira. José Manuel Pereira Gomes.	Matemáticas e Ciências Experimentais Expressões

26 de Novembro de 2008. — A Presidente do Conselho Executivo, Fátima Manuela dos Santos Duro Rodrigues.

Agrupamento de Escolas Irmãos Passos

Despacho n.º 31294/2008

Por despacho da presidente do conselho executivo do Agrupamento Vertical de Escolas Irmãos Passos, no uso das competências delegadas pela Directora Regional de Educação do Norte pelo despacho n.º 24941/2006, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 233, de 5 de Dezembro de 2006, foi autorizada a nomeação para lugar do quadro de QZP para o ano lectivo 2006-2007, com efeitos a 1 de Setembro de 2006, da Professora abaixo mencionada:

Docente	Grupo de docência	QZP provimento	Código
Isabel Alexandra Teixeira Fernandes.	550 — Informática	Porto	13

26 de Novembro de 2008. — A Presidente do Conselho Executivo, Cristiana Maria dos Santos Bessa.

Agrupamento Vertical de Escolas de Paredes

Despacho n.º 31295/2008

Delegação de competências

Nos termos do disposto no artigo 35.º do Código do Procedimento Administrativo (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro), no ponto 2 do artigo 12.º, Decreto Regulamentar n.º 2/2008, de 10 de Janeiro e no ponto 2 do despacho n.º 7465/2008, de 13 de Março, delego competência para exercerem as funções de avaliador do desempenho docente, no ciclo de 2007 a 2009, nos professores, vice-presidentes da comissão executiva instaladora, Carlos Miguel Pires Cavadas, Amândio Luís Fraga Miranda e Maria Filomena Marques da Cruz.

12 de Outubro de 2008. — A Presidente da Comissão Executiva Instaladora, Maria Olinda Vieira Pinto.

Despacho n.º 31296/2008

Delegação de competências

Maria Teresa Simões Galvão Furtado da Silva, Coordenador do Departamento de Línguas do Agrupamento Vertical de Escolas de Paredes, ao abrigo do número 2, artigo 12.º, Decreto Regulamentar n.º 2/2008, de 10 de Janeiro e da alínea a), número 2, artigo 43.º do ECD, republicado pela Decreto-Lei n.º 15/2007, de 19 de Janeiro, conjugados com o número 2 do Despacho n.º 7465/2008, de 13 de Março, e do artigo 35.º do Código do Procedimento Administrativo delego competências de avaliador nos seguintes Professores Titulares:

- Laura Rodrigues Pinheiro Guimarães, Grupo 220.
- Isabel Maria Borges Ferreira, Grupo 220.

11 de Novembro de 2008. — A Coordenadora do Departamento de Línguas, Maria Teresa Simões Galvão Furtado da Silva.