

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Lucimar Aparecida Franço

Definição

Violência doméstica contra crianças e adolescentes constitui toda ação ou omissão cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família ou pessoa que assume função parental, com relação de poder sobre a pessoa em situação de violência. Constitui fenômeno frequente que quase sempre deixa sequelas psíquicas graves e não raramente sequelas físicas incapacitantes, potencialmente fatais, com possibilidade de lesar também futuras gerações da mesma família.

Os agressores, na maioria das vezes, são os próprios pais ou responsáveis pela criança ou adolescente e este fato está diretamente relacionado ao tipo de vínculo que os membros da família estabelecem entre si.

É comum que o próprio agressor tenha sofrido violência na sua infância. Desta forma, cria-se um círculo vicioso onde, possivelmente, esta última criança ou adolescente poderá reproduzir o mesmo comportamento na idade adulta.

Formas de violência

As formas de violência às quais crianças e adolescentes podem ser submetidos são classificadas em:

Violência Física: definida como uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar a criança ou adolescente à morte, deixando ou não marcas evidentes.

Violência Sexual: é todo ato ou jogo sexual, hetero ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que o da criança ou adolescente. Tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Baseia-se em relação de poder, que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, *voyeurismo*, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Pode ser classificada em violência sexual aguda (episódio único) e crônica (episódios repetitivos).

Violência Psicológica: toda forma de submissão da criança ou adolescente aos pais ou responsáveis por meio de agressões verbais, humilhação, desqualificação, discriminação, deprecição, culpabilização, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. Pela sutileza do ato e falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de abuso é difícil de ser identificado, apesar de poder estar associado às demais formas de violência.

Negligência: é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono constitui a forma extrema de negligência. Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as condições do meio ambiente (como frio ou calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. A identificação da negligência pode ser muito difícil nas situações de extrema pobreza de algumas famílias, muitas delas chefiadas por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir o sustento dos filhos e vêm-se obrigadas a deixar os filhos sozinhos em casa.

Síndrome de Münchausen por Transferência: situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados por seus pais (frequentemente a mãe) ou responsáveis. Esta prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como a exigência de exames complementares desnecessários, o uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pela multiplicação de consultas e internações sem motivo.

Síndrome do Bebê Sacudido - "Shaken Baby Syndrome": caracteriza-se por lesões no sistema nervoso central (hemorragia subdural) e hemorragias oculares (retinianas) especialmente em crianças menores de um ano de idade (geralmente menor de 6 meses), provocadas por "sacudidas" não necessariamente prolongadas, que podem ser breves e ocorrerem apenas uma ou repetidas vezes durante vários dias, semanas ou meses. A maioria dos agressores (90%) é homem, sendo o pai biológico o mais comum; quando do sexo feminino é mais provável ser a babá do que a mãe biológica.



Não apresenta qualquer lesão que lhe seja exclusiva, mas a combinação de hemorragias retiniana e subdural em lactente ou criança pequena, na ausência de justificativa adequada, aumenta o grau de suspeita; fratura em arco posterior da costela reforça o diagnóstico. Nesses casos, 1/3 das crianças evolui com sequelas oculares ou neurológicas e 1/3 morre.

Diagnóstico

O diagnóstico não é fácil. Os profissionais da saúde precisam estar atentos e devem suspeitar quando estiverem diante do menor indício de que a criança ou adolescente esteja sendo vítima de maus-tratos. Na maior parte das vezes as vítimas não apresentam evidências físicas de agressão e a suspeita de violência surgirá no momento da anamnese ou no decorrer do exame físico.

É importante que se estabeleça um bom vínculo com o paciente e os seus responsáveis, mesmo que se suspeite que um deles seja o agressor. Na presença de lesões físicas, é importante a diferenciação entre trauma intencional e acidental e sempre estar atento para uma história discrepante, como a incompatibilidade entre os dados da história e os achados no exame físico.

Sempre registrar no prontuário do paciente todos os dados referentes à violência sofrida e suas circunstâncias, os achados do exame físico, exames diagnósticos realizados e terapêuticas instituídas, para garantir as informações nos casos de interesse da Justiça. É importante relatar os fatos como são contados, procurando evitar interpretações pessoais e o relato resumido na forma de conclusões.

Anamnese

Durante a anamnese, os profissionais da saúde devem ficar atentos para alguns aspectos do discurso e do comportamento dos responsáveis diante da explicação do que ocorreu com a criança ou adolescente, como:

- pais ou responsáveis que omitem, total ou parcialmente, a história do trauma;
- pais ou responsáveis que modificam a história toda vez que são interrogados;
- histórias diferentes quando são questionados os membros da família isoladamente;
- demora inexplicável na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma;
- crianças maiores que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os pais.

O exame físico deve ser detalhado, com atenção para o comportamento do paciente e a presença de lesões ou sequelas, examinando da cabeça aos pés. Lesões cutâneas múltiplas em diferentes estágios de evolução, especialmente se localizadas em regiões protegidas e de difícil visão, podem sugerir violência contra a criança ou adolescente. Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação são típicas de violência física.

Conduta

As equipes de saúde devem:

- saber reconhecer os sinais das várias formas de violência contra crianças e adolescentes;
- estar sempre atentas para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos;
- ter compromisso com essa questão;
- levantar a suspeita, confirmar o diagnóstico e tratar as lesões e suas possíveis sequelas;
- desencadear as medidas de proteção legais cabíveis a cada caso.

O atendimento às situações de violência deve ser realizado necessariamente por equipe multidisciplinar e multiprofissional capacitada (com conhecimentos básicos sobre o tema), integrada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições.

A equipe multiprofissional tem como atribuições:

1. Acolhimento: ouvir atentamente e não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe;
2. Proteção: buscar informações complementares sobre o caso, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) junto à equipe;
3. Intervenção: decidir sobre a melhor forma de intervenção e encaminhamento de cada caso, abordando a questão como um problema familiar e não apenas relacionado à vítima e ao agressor;
4. Prevenção: promover ações de prevenção primária e promoção, por meio de orientações aos pais, que devem caminhar em paralelo ao atendimento às vítimas, visando reduzir a incidência da violência contra crianças e adolescentes.

Cabe ao médico:

- identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento por meio de anamnese e exame físico;
- prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico), independentemente da situação da investigação policial;
- prestar atendimento ambulatorial e interagir com os demais membros da equipe multiprofissional;
- colher, se possível, durante o atendimento emergencial dos casos de abuso sexual, material para provas forenses;
- prescrever, nos casos de abuso sexual, a contracepção de emergência e a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis - ver protocolos correspondentes no Manual de Controle das DST do Ministério da Saúde, 2006, disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/informes_tecnicos/manual_de_controle_das_dsts-2006.pdf;

- encaminhar, se necessário, os casos de gestação comprovada para os serviços que oferecem abortamento legal;
- preencher a Ficha de Notificação Compulsória.

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento médico da vítima de violência, com realização do exame físico, procedimentos médicos indicados para o caso e a respectiva conduta. Entretanto, para fins de processo legal nos casos de abuso sexual, o médico perito credenciado pelo Instituto Médico Legal (IML) deverá fazer sua avaliação e coleta de material antes de quaisquer outros procedimentos que não os de suporte à vida. A recusa infundada do atendimento caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências.

Cabe à equipe multiprofissional:

- levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses preliminares para a compreensão dos casos de violência;
- elaborar relatórios com o registro das informações, que podem ser constantemente atualizadas e constituem subsídios para as decisões da equipe;
- informar e esclarecer o usuário sobre direitos e deveres relativos à proteção da criança e do adolescente;
- oferecer serviços e recursos disponíveis em políticas públicas ou demais organizações;
- realizar estudos para avaliação da renda e conhecimento das condições sociais da família;
- manter contatos com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais;
- preencher (juntamente com o médico) a Ficha de Notificação Compulsória e dar o devido encaminhamento à mesma;
- aos psicólogos cabe a realização do tratamento psicoterapêutico para as vítimas de violência, pois essa experiência pode deixar marcas psicológicas profundas na personalidade e comportamento das crianças e adolescentes. É importante ressaltar que, nos casos de violência doméstica, toda a família deve ser encaminhada para acompanhamento psicológico a fim de que a questão seja trabalhada como um todo e que seja possível quebrar a perpetuação desse problema familiar.

Internação hospitalar da criança ou adolescente vitimizado:

Se houver a presença de lesões graves ou quando o retorno da vítima para sua residência puder resultar em revitimização, esta deve ser internada para que permaneça sob proteção da instituição hospitalar e deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude da região de moradia do paciente. Tal notificação precisa ser realizada mediante ofício contendo relatórios médico, social e, se possível,

psicológico. Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir o encaminhamento a ser dado ao caso. Neste caso, a alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial.

Notificação

Notificação pode ser definida como a informação emitida pelo setor da saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude, com a finalidade de promover cuidados voltados à proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Legislação referente à notificação:

- Lei estadual nº 10.498/2000: estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes;
- Artigo 66 do Código Penal Brasileiro: caracteriza como crime a omissão de comunicação de um crime;
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu artigo 13: estabelece que a autoridade competente é o Conselho Tutelar do local de residência da vítima. Nas localidades onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da localidade de moradia da vítima. É recomendável que a notificação seja realizada através da Instituição (hospital, unidade básica de saúde, etc.);
- ECA, artigo 245: define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos por médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, estando os mesmos sujeitos à multa de três a vinte salários de referência.
- Portaria 1.968, de 20/10/01, do Ministério da Saúde: oficializa a "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência" tornando obrigatório, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes;
- Decreto 48.421 (de 06/06/07), regulamenta a Lei municipal 13.671, de 26/11/03: cria o Programa de Informações sobre Vítimas de Violência – PIVV, no município de São Paulo e determina que a notificação dos casos de violência é compulsória para toda a rede de saúde (pública e privada)

A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos é de responsabilidade de qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de violação dos direitos da criança e do adolescente.

O Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no Município de São Paulo, 2012, recomenda o seguinte

fluxo para notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes (até 18 anos):

A ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados deve ser preenchida por todos os profissionais de saúde quando a pessoa atendida apresentar sinais ou sintomas ou relatar situação de violência/acidente. Ressaltado que se deve:

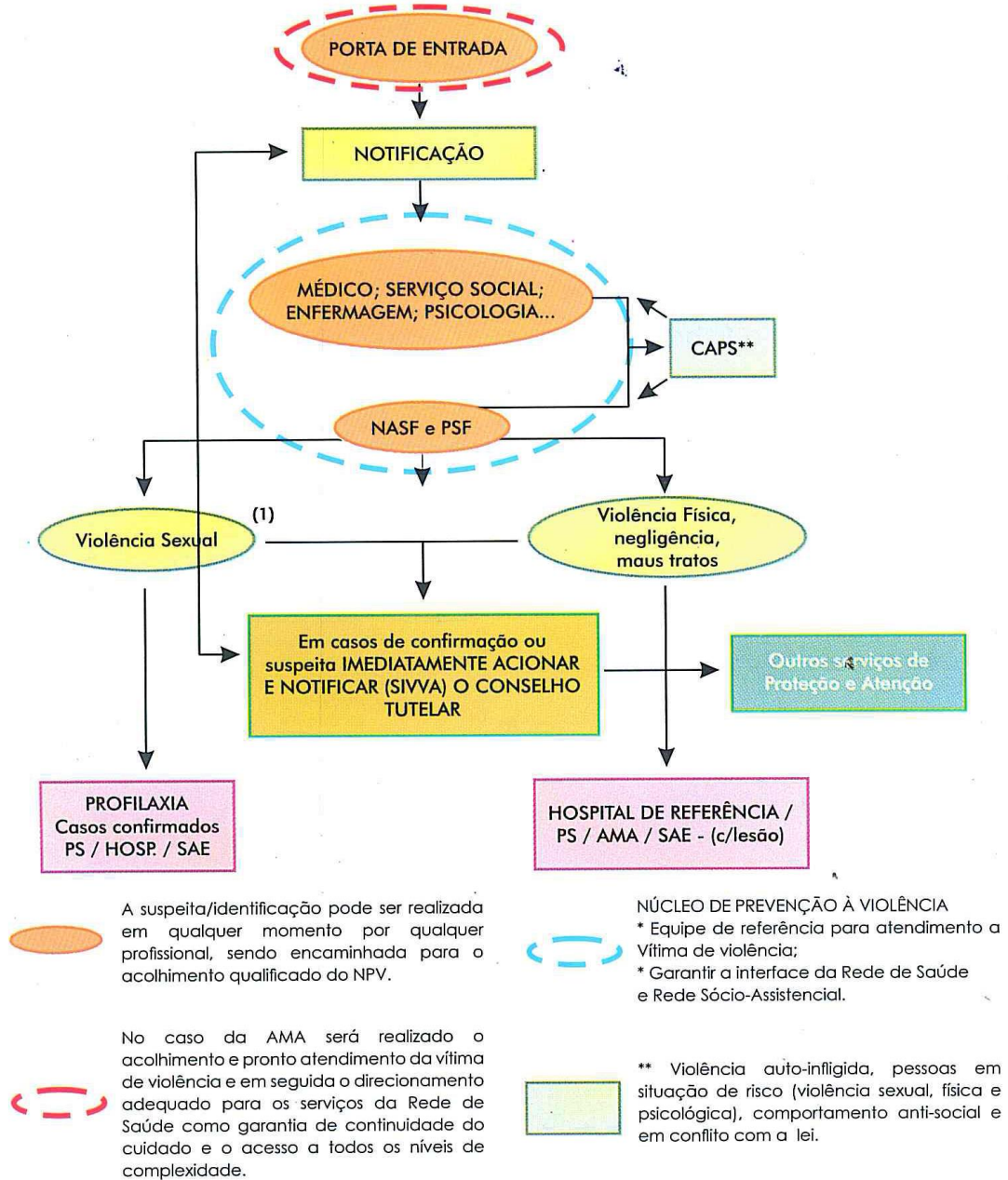
- No caso de crianças e adolescentes (0 a 18 anos) deve-se encaminhar a ficha às autoridades competentes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei Federal nº8069/1990, Art. 13 e 245 (1). Sendo assim os casos deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade;
- Manter uma cópia em prontuário, respeitando as condições de privacidade do usuário ou do acompanhante. Outra cópia deve ser encaminhada para SUVIS.

(1). Conforme Manual de Preenchimento para Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados – Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA, publicado em 2007.

O capítulo 5 do ***Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no Município de São Paulo, 2012***, estabelece (na página 31) o seguinte fluxo de atenção e notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes:

5.1 FLUXO DE ATENÇÃO/NOTIFICAÇÃO

5.1.1 Fluxo de Atenção: Violência Contra Criança e Adolescente (AMA/UBS).



(1). Nos casos de violência sexual, a unidade básica deve realizar o acolhimento, o primeiro atendimento e a contracepção de emergência quando o usuário procurar a unidade e posteriormente encaminhar para unidades de referências. O boletim de ocorrência deve ser orientado e incentivado, porém o atendimento da saúde independente da sua realização.

Bibliografia:

1. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei federal nº 8.069 de 13/07/1990.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU de 18/5/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes**. Portaria MS/GM nº 1968 de 25/10/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002;167:1-48.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Série Manuais, nº 68, 4ª edição, 2006. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em 14 nov. 2012.
6. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes**, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/Adolescente.pdf>. Acessado em 07.06.11. Acesso em 14 nov. 2012.
7. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Cultura da Paz, Saúde e Cidadania. **Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no Município de São Paulo**, 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/culturapaz/DocumentoNorteador_2012.pdf. Acesso em 14 nov. 2012.
8. HIRSCHHEIMER MR: **Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de acidentes e violência**. In: Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, p.299-311.
9. PFEIFFER L, WAKSMAN RD, ALVES EFS, CARDOSO ACA, FRANTZ JM, GONÇALVES MT, HIRSCHHEIMER MR, LERNER T, MARINONI LP, OLIVEIRA VL. **Violência na Infância e Adolescência**. In: Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, p.195-278.
10. ASSIS SG, MINAYO MCS, SANTORO Jr. M. **Violência e Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes: Velho Problema com Novas Faces**. In: Waksman RD; Gikas RMC. Segurança na Infância e Adolescência. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2003, p.137-56.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, 2001.

12. FERREIRA AL. **Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra.** Jornal de Pediatria 2005; 81 (5 - Supl): S173-80.
13. KELLOGG ND and the Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. **Evaluation of suspected child physical abuse.** Pediatrics 2007; 119(6):1232-41.