



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE DE MEDICINA

Monografia aprovada em 10/02/2022
Nota: 8,7

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR: REVISÃO DA LITERATURA

GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

NITERÓI, 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

FACULDADE DE MEDICINA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR: REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense de Niterói, como registro parcial para obtenção do grau de Médico.



ORIENTADOR: PROFº. ALEXANDRE MARTINS VALENÇA

NITERÓI, 2022



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

TRABALHO MONOGRÁFICO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Nome da Aluna: Gabriela Campos Teixeira

Matrícula: 115.016.030

Departamento: Psiquiatria

Nome do Professor Orientador: Alexandre Martins Valença

Niterói, ____/____/ 2022

Assinatura do Chefe de Departamento

GABRIELA CAMPOS TEIXEIRA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR: REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense de Niterói como registro parcial para obtenção do grau de Médico.

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Martins Valença

BANCA EXAMINADORA



Orientador: Prof.º Dr. Alexandre Martins Valença

Niterói
2022

Às vítimas de violência, silenciadas em suas casas,
e aos médicos que as atenderão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos que nunca deixaram de me ajudar e me apoiar nos trabalhos da faculdade, nas provas e no dia-a-dia desses quase sete anos juntos.

À minha mãe Sandra Regina Campos Teixeira que sempre me impulsiona para o caminho que eu decido seguir, me dando coragem e apontando meus erros.

Ao meu namorado Ronald Esteves Freitas de Medeiros que virou noites comigo para fazer companhia nos estudos e para me acalmar nos momentos de tristeza.

Ao meu irmão Eduardo Campos Teixeira que é um exemplo de atitude nas adversidades e um amigo excepcional.

Ao meu pai Eduardo Henrique Teixeira que me fez gostar de psiquiatria e da área forense desde que eu me lembro por gente.

Ao professor Alexandre Martins Valença que me orientou com maestria e gentileza durante todo o trabalho.

Aos professores que estiveram do meu lado, me defenderam e me acolheram quando precisei.

Aos meus avôs e ao meu tio que estão orgulhosos de mim, de onde estiverem.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
RESUMO	9
INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	13
ASPECTOS GERAIS	14
TIPOS E FORMAS	16
VIOLÊNCIA FÍSICA	16
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	17
VIOLÊNCIA SEXUAL	18
NEGLIGÊNCIA	19
QUANTO À VÍTIMA	21
A MULHER	21
A CRIANÇA E O ADOLESCENTE	24
O IDOSO E OS VULNERÁVEIS	28
O CONTEXTO NA SAÚDE	31
RECONHECIMENTO DA VÍTIMA	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

LISTA DE SIGLAS

- **ECA:** Estatuto da Criança e do Adolescente
- **EI:** Estatuto do Idoso
- **MTCCA:** Maus-Tratos Contra Crianças E Adolescentes
- **DDM:** Delegacia de Defesa da Mulher
- **VDCA:** Violência doméstica contra crianças e adolescentes
- **SBP:** Sociedade Brasileira De Pediatria
- **MS:** Ministério da Saúde
- **ONU:** Organização da Nações Unidas
- **OMS:** Organização Mundial da Saúde
- **ESF:** Equipe de Saúde da Família
- **ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- **CAPS:** Centros de Atenção Psicossocial
- **CAPSi:** Centros de Atenção Psicossocial destinados à Infância
- **CAPSAD:** Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- **CMDCA:** Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente
- **TEPT:** Transtorno De Estresse Pós-Traumático
- **MGF:** Mutilação Genital Feminina
- **IPF:** Instituto Psiquiátrico Forense

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher na última década tornou-se um tema amplamente discutido no meio acadêmico, científico e na mídia, contudo não é este o único tipo existente. Também são vítimas de violência, dentro do ambiente doméstico, as crianças e os adolescentes, os idosos e os vulneráveis. Estendendo-se à violência física, sexual, psicológica, negligência e abandono. Entre os polos de idades e os gêneros das vítimas, há semelhanças e correlações notáveis, dignas de serem analisadas e discutidas. Neste sentido, o presente trabalho visa de forma didática traçar um panorama geral sobre a violência doméstica, com destaque para a intrafamiliar, partindo das definições e conceitos básicos sobre o assunto, bem como suas correlações. Como forma de combater o problema, no Brasil, tem sido desenvolvidas diversas ações, projetos e legislações, como a Lei Maria da Penha e os Estatutos da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso. O que se percebe é que, por se tratar de um problema complexo, é necessário ampliar as ações de combate à violência doméstica, englobando as áreas penais, pedagógicas e de saúde pública, de forma multidisciplinar, a fim de conscientizar diversas áreas da sociedade, destacando-se o papel do médico com olhar mais acurado e preparado para tal.

Palavras-chave: violência doméstica; violência intrafamiliar; políticas públicas; mulheres; crianças; adolescentes; idosos; psiquiatria forense.

ABSTRACT

Domestic violence against women in the last decade has become a widely discussed topic in academia, science and the media, yet this is not the only existing type. Within the domestic environment, children, adolescents, the elderly and other vulnerable people are also victims of violence. From a range of physical, sexual, psychological violence, neglect and abandonment. Among the ages and genders of the victims, there are remarkable similarities and correlations, worthy of being analyzed and discussed. In this sense, the present work aims in a didactic way to draw an overview of domestic violence, with emphasis on the intrafamily, starting from the definitions and basic concepts on the subject, as well as its correlations. As a way to face the problem, in Brazil, several actions, projects and legislations have been developed, such as the Maria da Penha Law and the Statutes of Children and Adolescents and the Elderly. Considering the complexity of the matter, it is necessary to expand the actions to fight domestic violence, encompassing the criminal, pedagogical and public health areas, in a multidisciplinary way, in order to raise awareness in several areas of society, highlighting the role of the physician with a more accurate and prepared look.

Keywords: domestic violence; intrafamily violence; public policies; women; children; adolescents; elderly; forensic psychiatry.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem como tema de dissertação a violência doméstica e os maus-tratos, com destaque para a violência intrafamiliar no ambiente doméstico, respeitando a complexidade e profundidade do assunto. O entendimento da problemática da violência no ambiente de moradia, geralmente no meio intrafamiliar, é de absoluta importância para o profissional da área da saúde, visto que faz parte fundamental do seu exercício o contato e a interação direta com seres humanos de diversas idades, gêneros, contextos socioeconômicos, etnias e religiões.

Sob o ponto de vista dos Direitos Humanos, é resultado de um longo processo histórico, complexo e multidimensional, sendo que nas duas últimas décadas, notadamente desde a Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU, 1948), pode-se observar que as demandas sociais e políticas relacionadas a estas questões vêm assumindo lugar central nas legislações de todo o mundo.

Nos últimos anos, a violência doméstica contra a mulher tomou espaço de destaque na mídia mundial, principalmente pela televisão, em noticiários, séries e telenovelas, marcadamente nas brasileiras após a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006. Contudo, parece não haver o mesmo apelo midiático e político quando se tratam de violências domésticas contra crianças, adolescentes, idosos e vulneráveis (deficientes físicos, deficientes sensoriais e portadores de doenças mentais). As notícias de casos de maus-tratos contra crianças chocam a população, explodindo na mídia e redes sociais, como revela o caso de Isabella Nardoni, que foi morta aos cinco anos de idade, jogada do sexto andar de um Edifício, em março de 2008. Entretanto, rapidamente tudo volta a um estado de anestesia e negação. Muitos outros casos os antecederam e também sucederam, como o caso do menino Henry, morto em 2021 aos 4 anos de idade, com sinais de violência e diagnóstico de hemorragia interna e laceração hepática, segundo o laudo de necropsia.

Mais recentemente, com a ocorrência da Pandemia de COVID-19 e a necessidade de isolamento dentro dos lares, o tema da violência doméstica contra a mulher ganhou novas peculiaridades e recebeu olhares mais atentos de especialistas e atenção da sociedade civil. Não faltaram publicações acadêmicas e científicas sobre o assunto, em todas as áreas do conhecimento, inclusive na área

da saúde. Olhares atentos não negam que houve um agravamento dos casos de maus-tratos infantis e outros tipos de violência nos dois últimos anos, bem como contra idosos e vulneráveis, porém o número de trabalhos científicos e publicações é muito menor.

Artigos e notícias, durante o período de isolamento social pela pandemia de COVID-19, reportaram que a violência doméstica se tornou um risco maior nesse contexto, especialmente para esposas, mães, crianças, idosos e animais de estimação. Em 28 de março de 2020, um artigo veiculado no *The Guardian*, afirmava que os casos de violência doméstica aumentaram de 40% a 50% no Brasil. Precisando, portanto, ser considerada a violência doméstica um problema de saúde pública consequente à pandemia, sendo necessária intervenção de autoridades policiais e de profissionais de saúde, devendo estes estarem cientes da alta probabilidade de aumento das taxas de vitimização, durante e após a crise, trazida pela pandemia do COVID-19, particularmente entre famílias em quarentena que contam com histórico anterior ou fatores de risco para violência doméstica (LEB Telles et al.).

A violência doméstica se apresenta de formas diversas, percorre todas as idades, não distingue gênero ou cor, classe social ou econômica, tem perfis variados de vítimas e de agressores, os tipos de violência podem ser físicos, sexuais e psicológicos, incluindo a negligência e o abandono.

O objetivo dessa monografia, portanto, é elucidar e compilar definições, conceitos e conhecimentos básicos sobre o tema da violência doméstica como um todo. Tendo a intenção de não desmerecer ou prepor algum aspecto do tema, a fim de não focar apenas na violência contra a mulher, já de enorme destaque nas discussões acadêmicas, políticas e da sociedade comum. Ademais, tem o objetivo de apontar possíveis formas de suspeitar e diagnosticar casos de violência e a importância do olhar médico atento e cuidadoso em seus atendimentos.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através da metodologia de pesquisa bibliográfica, conforme descrito por Gerhardt e Silveira (2009), utilizando as bibliotecas virtuais (SciELO, PEBMED, MedLine, Medscape, GoogleAcadêmico e ScienceDirect), nos idiomas de português, inglês e espanhol. Os descritores/palavras-chave utilizados foram: violência doméstica; violência intrafamiliar; políticas públicas; mulheres; crianças; adolescentes; idosos; psiquiatria forense.

O levantamento bibliográfico encontrou 51 (cinquenta e um) artigos e publicações, revistas e livros. Além disso, foram incluídas as referências das publicações de manuais e normas técnicas do Ministério da Saúde (MS), leis no Código Penal Brasileiro e Estatutos.

Foram descartados os que tinham como discussão central “feminicídio”, “infanticídio”, “esquizofrenia”, “violência obstétrica”, “violência institucional”, “semiologia”, “feminismo e patriarcado”. Considerando apenas os que tinham consistência objetiva sobre o tema “violência doméstica”, necessário para elaboração do trabalho dentro do seu propósito didático e elucidativo para estudantes e profissionais da saúde, totalizando 22 (vinte e duas) referências, mais os documentos do MS, ONU, Código Penal Brasileiro, Protocolos e Estatutos.

ASPECTOS GERAIS

Entende-se por violência intrafamiliar: “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra” (BRASIL, 2001).

O termo doméstico inclui pessoas que convivem no ambiente familiar como empregados, vizinhos, pessoas que convivem esporadicamente e agregados. (DAY, VIVIAN PERES et al, 2003).

Existem quatro formas mais comuns de violência doméstica: física, psicológica, sexual e negligência. A violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que leva a ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento e comportamento da pessoa. A negligência é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles vulneráveis, que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária, doença mental ou dependência financeira. A violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas, independentemente da idade da vítima, gênero ou relação conjugal/familiar.

Porém, é relevante salientar que é raro que uma forma de violência ocorra de modo isolado às demais, afinal, independentemente da forma assumida pela agressão, a violência emocional e moral sempre será recorrente, bem como as consequências geradas à saúde mental e à subjetividade de todos os envolvidos (FONSECA et al., 2012).

Crianças, adolescentes e idosos são alvos fáceis para atos de violência de todos os tipos, seja por sua fragilidade e dependência, seja por não serem considerados testemunhas confiáveis para denunciar os casos de abuso e maus-tratos, ou ainda devido à cultura excludente a que são submetidos. Tanto é assim que houve necessidade no Brasil de se estabelecer legislação específica para

proteger estas faixas etárias, criando-se para tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei Federal 8.069/90) e o Estatuto do Idoso (EI) (Lei Federal 10.741/03).

Encarados por este prisma, verifica-se que os dispositivos legais do ECA e do EI apresentam vários pontos em comum, sobretudo quanto à salvaguarda dos direitos civis e proteção social dessas pessoas mais vulneráveis, embora apresentem especificidades no que diz respeito às capacidades civil e penal. Aos idosos, salvo melhor juízo, é atribuída plena capacidade civil e responsabilidade penal, enquanto que as crianças e adolescentes não exercem pessoalmente os atos da vida civil (absolutamente até os 16 anos, relativamente até os 18 anos), como disposto no Código Civil (artigos 3º e 4º). Os menores, por sua vez, são penalmente inimputáveis e estão sob a guarda dos pais ou de tutores no caso de perda ou suspensão do poder familiar dos pais (artigos 33, 34, 35 e 36 do ECA).

Em paralelo, temos a Lei Maria da Penha que possibilitou a criação de mecanismos essenciais para coibir a violência no âmbito doméstico e familiar contra a mulher, estabelecendo uma série de dispositivos protetivos e assistenciais. Desse modo, a Lei em questão acaba por relacionar medidas integradas de prevenção à violência doméstica e, além disso, prevê a forma de prestação da assistência à mulher em meio a casos de violência doméstica e familiar (VASCONCELOS, NERY, 2011).

É característico que certas formas de violência ocorram mais frequentemente contra mulheres, crianças e adolescentes. Isso explica a tendência encontrada neste levantamento dos autores dividirem os estudos segundo os tipos de violência caracteristicamente mais comuns para cada grupo de vítima, seja pelo gênero, idade ou vulnerabilidade. Buscando ser mais didático possível, esse trabalho monográfico traz de forma categórica os tipos de violência englobando as principais vítimas. Posteriormente, separa da forma mais tradicional – as diferentes formas, utilizando como parâmetro as vítimas preferenciais.

TIPOS E FORMAS

VIOLÊNCIA FÍSICA

Definida pelo uso da força física contra o corpo de outra pessoa, essa forma de abuso é qualquer conduta que implique agressão física contra alguém. Os agressores podem empurrar, bater, chutar, estrangular, sufocar etc, utilizando o próprio corpo ou instrumentos auxiliares, que podem ser, entre outros, objetos contundentes, como um bastão ou cinto, perfurocontusos, perfurocortantes, como armas brancas ou objetos pontiagudos ou até mesmo armas de fogo. O dano pode ser classificado na forma da lei com base na intenção e no dano causado. Na avaliação das lesões e suas gravidades, é possível destacar alguns critérios básicos, como a conduta nociva e sua intencionalidade, os efeitos locais da lesão, os meios usados para ferir, sinais de manipulação no local para esconder hematomas e cortes.

Em processos criminais, é dada importância aos relatórios médico-legais e também à intencionalidade e brutalidade das ações que os causaram. Não apenas as lesões resultantes, mas a gravidade do ato que as geraram são de grande relevância. Inúmeros são os casos em que a queixa ocorre quando as feridas já estão cicatrizadas e, portanto, não há informações forenses/legistas sobre a gravidade dos ferimentos. A violência física é a forma mais clara de violência doméstica e a mais difícil de esconder, deixando consequências visíveis mais imediatas; as suas vítimas não podem minimizá-las, escondê-las ou desculpá-las facilmente. A visibilidade das agressões físicas permite que a vítima se conscientize com mais facilidade e peça ajuda. O tratamento legal da violência doméstica tem tradicionalmente focado o abuso físico contra a mulher, refletindo nossa sociedade, na qual os danos físicos recebem mais importância do que outros.

A violência física raramente aparece isoladamente, sem manifestações de desprezo ou abuso mental associadas. A combinação de abuso físico e psicológico que geralmente ocorre na maioria dos casos é um problema quando se trata de definir e tornar visível a violência doméstica, além das circunstâncias assim complexas que derivam da própria relação íntima e permanente entre o agressor e a vítima.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica, moral ou emocional é a forma mais comum de violência doméstica e apresenta-se muitas vezes de “forma mista”, pois frequentemente está presente nos casos de violência física e maus-tratos, violência sexual e estupro, negligência e omissão.

Azevedo (1985, apud FONSECA; LUCAS, 2006) afirma que existem alguns fatores que podem ser responsáveis por tais condições de violência como o machismo e a repetição de violências vividas ou vivenciadas na infância. Outros agravantes importantes podem ser o abuso de substâncias, estresse e cansaço, doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, que podem desencadear situações de descontrole emocional, tanto por parte do parceiro em relação conjugal, quanto por partes dos pais contra os filhos e de familiares e cuidadores contra idosos e deficientes.

Sendo assim, deve ser considerado violento todo ato que acabe ocasionando danos – irreversíveis ou não – à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal, que são gerados por situações recorrentes de negação de carinho, impedimentos diversos, uso de falas agressivas de depreciação moral verbal, humilhação em público, entre outros, tornando-se atos de hostilidade e agressividade efetivamente influenciadores e prejudiciais à motivação, à autoimagem e à autoestima.

Cabe esclarecer, por fim, que os sintomas mais frequentes encontrados nessas vítimas são: insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite ou compulsão alimentar (incluindo bulimia, anorexia e obesidade mórbida), pensamentos invasivos e problemas mentais, levando a condições psiquiátricas como: depressão, ansiedade, síndrome do pânico, TEPT. Além disso, longos períodos de exposição à violência psicológica, sendo vítima direta ou indireta, estão relacionados ao surgimento de comportamentos autodestrutivos, abuso do consumo de álcool e drogas e tentativas de suicídio (KASHANI; ALLAN, 1998).

O acúmulo de sofrimento psíquico ao longo dos anos pode ter como consequência o desenvolvimento de doenças psicossomáticas como a depressão, que é uma doença com alta prevalência na atualidade e extremamente incapacitante.

VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é exercida por meio de pressão física ou mental que impõem relações sexuais ou atos sexuais de outra natureza, indesejados, por meio de coerção, intimidação ou incapacidade de defesa. O abuso sexual (estupro) ocorre quando a vítima é obrigada ou forçada a manter relações sexuais contra sua vontade, ou de uma forma que ela não deseja. Esse tipo de violência poderia ser incorporado à violência física, mas difere na medida em que o objeto do abuso é cerceamento da liberdade e individualidade sexual da vítima e não apenas sua integridade física. Considerando a violência sexual contra crianças, adolescentes, idosos e vulneráveis (doentes acamados, deficientes físicos, neuropatas etc), fica mais simples entender porque não se trata de uma violência física apenas, estando presentes características muito subjetivas acerca dos perpetradores, como sadismo, perversidade, distúrbios psiquiátricos, comportamentais, além de abuso de álcool e/ou drogas – aspectos que apontam a necessidade do entendimento especializado do psiquiatra forense, na avaliação desses delitos.

A prática sexual com indivíduos menores de 14 anos, com ou sem consentimento das mesmas, é considerada por lei “violência presumida”, por não serem considerados capazes de tomar decisões desta natureza. A abuso sexual inclui desde carícias, olhares perturbadores, até delitos de extrema violência e morte. As famílias propiciadoras deste tipo de violência são mais velhas, têm mais chance de incluírem genitores substitutos. Os pais adotivos apresentam o dobro de chance de cometerem abuso sexual (DAY, VIVIAN PERES et al, 2003).

A legislação inclui esta violência como crimes contra a liberdade sexual, reconhecendo assim seu caráter especial, que protege o bem da autonomia moral para dispor livremente do próprio corpo e não havendo um alibi para essa liberdade. Trata-se, atualmente, de um crime que não prescreve e que não precisa de provas e comprovação de médico legista, por prova de corpo de delito, que são recentes mudanças no Código Penal Brasileiro.

Quanto à violência sexual contra a mulher (adulta), as formas de “pressão”, ou seja, de coerção mais comuns são a ameaça implícita ou atacar ou forçar explicitamente a mulher caso ela não cumpra os desejos de seu parceiro; imposição social pela qual as mulheres são pressionadas a cumprir as expectativas de seu papel de gênero; repressão pessoal como ameaças de infidelidade, controle de

dinheiro e abandono. Uma prática muito comum entre os abusadores é usar a relação sexual como um sinal de reconciliação ou como um sinal de punição, o que torna a percepção da vítima da relação sexual e afetiva com o parceiro distorcida também (Dantas-Berger, 2005).

Entre os idosos, os recentes estudos sugerem que mulheres idosas, em situação de comprometimento cognitivo, físico e mental são as vítimas preferenciais. Bem como, em relação a doentes físicos, mentais e portadores de doenças psiquiátricas graves, as mulheres são as vítimas preferenciais. Destacando-se o número de casos subnotificados de gravidez dessas pessoas, muitas vezes sem ser possível identificar o agente perpetrador, podendo ser um familiar, pessoa do convívio próprio, enfermeiros e cuidadores ou pessoas com condições psiquiátricas também desfavoráveis.

NEGLIGÊNCIA

Outra forma de violência doméstica que está incluída na legislação é a negligência de cuidado e ajuda em situações na qual a saúde está em perigo, incluindo a omissão e o abandono. Esta forma de abuso ocorre com alguma frequência contra crianças e idosos, mas também pode ocorrer em casos de pessoas doentes, com negação de assistência por parte de seu parceiro.

A negligência é o tipo mais frequente de maus tratos e inclui as negligências física, emocional e educacional; sua forma mais grave é o abandono, que por sua vez evidencia a ausência de um vínculo adequado entre a vítima e seus responsáveis. Famílias negligentes geralmente apresentam consumo elevado de álcool e drogas, grande número de filhos, psicopatias e desestruturação familiar. Além disso, baixa renda, desemprego e pobreza são fatores associados a alto risco para negligência dos filhos, sendo negligência física a mais associada com pobreza.

A negligência física inclui a maioria dos casos de maus tratos infantis e contra idosos ou vulneráveis, onde estão inseridos problemas como: ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão, por parte dos pais ou responsáveis, da necessidade de atenção ou tratamento médico, ou em função de crenças ou práticas religiosas; abandono e expulsão da criança de casa por rejeição; ausência de alimentação, cuidados de higiene, roupas, proteção às alterações

climáticas; imprudência ou desobediência às regras de trânsito e falta de medidas preventivas para evitar intoxicação exógena; supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha e sem cuidados por longos períodos (PIRES, 2005).

A negligência emocional inclui ações como falta de suporte emocional, afetivo e atenção, exposição crônica a violência doméstica, permissão e/ou incentivo para o uso de drogas e álcool, consentimento ou encorajamento de atos delinquentes, recusa ou não procura por tratamento psicológico quando recomendado.

A negligência educacional, muito mais comum na infância, inclui permissão para faltar às aulas com frequência ou após pais/responsáveis terem sido informados para intervir, não realização da matrícula em idade escolar e recusa para matricular a criança em escola especial quando necessário, não fornecer os materiais indispensáveis e a ajuda para as atividades escolares ou acadêmicas, bem como impedir que outros ajudem. Configura-se, então, quando os pais ou responsáveis falham em prover cuidados de saúde, nutrição, higiene pessoal, vestimenta, educação, habitação e sustentação emocional, e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle.

Recentemente, o termo vem sendo ampliado para incorporar a chamada supervisão perigosa. É mais frequente em famílias jovens, nas quais a criança está doente e é mantida pela mãe. A uniparentalidade aumenta em 220% o risco de negligência.

A violência contra crianças e adolescentes pode afetar todos os aspectos da vida da criança, como psicológicos, físicos, comportamentais, acadêmicos, sexuais, interpessoais, espirituais, comprometendo a autoestima e estimulando a ocorrência de violência subsequente (DAY, VIVIAN PERES et al, 2003). Assim como, pode acentuar a piora ou impedir a melhora de pessoas vulneráveis, doentes, acamadas, senis ou deficientes, que necessitam de amparo e assistência constante, além de empenho de seus familiares e responsáveis em manter uma boa condição de saúde e de vida, dentro do possível. Negar medicações, fisioterapia, fraldas e ajuda para tomar banho, são exemplos comuns de violência doméstica do tipo negligência física contra os idosos e os mais vulneráveis. Manifestações de negligência na infância podem envolver falha na alimentação adequada, em providenciar cuidados médicos ou em proteger a criança de perigos, atraso nas vacinas, perder documentos, deixar crianças sozinhas ou fora da escola.

QUANTO À VÍTIMA

A MULHER

As formas mais comuns de violência contra as mulheres são violência doméstica e abuso e violência sexual. Estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo tiveram experiências íntimas violência de parceiro ou violência sexual de intrafamiliar ou por pessoas desconhecidas. Embora não seja foco desse trabalho monográfico, vale citar outras formas de violência contra as mulheres, como casamento forçado e precoce, os chamados crimes de “honra”, mutilação genital feminina [MGF] e tráfico de pessoas para prostituição (SIAN et al, 2016).

A violência doméstica e os abusos contra a mulher podem se apresentar desde marcas visíveis no corpo, sinalizando uma violência física, até formas mais sutis de mudanças comportamentais, porém não menos importantes, pois podem sinalizar violência psicológica ou abuso sexual, trazendo danos significativos à estrutura emocional da mulher.

Segundo preceitua a Organização das Nações Unidas, na Declaração de Beijing, Conferência Mundial Sobre a Mulher, a **violência de gênero** abrange:

[...] qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, inclusive ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, quer se produzam na vida pública ou privada (ONU, 1996).

Corroborando para se chegar a uma definição do termo, Piovesan, afirma que a **violência contra a mulher** se constitui a partir de:

[...] qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionado pelo simples fato de a vítima ser mulher, e que cause danos, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como privados (PIOVESAN, 2002, p. 214).

Já a definição de **violência doméstica** contra a mulher é mais restrita, não se confundindo com violência de gênero, mas sendo uma das formas de sua apresentação. Segundo a lei, aquela pode ser definida por:

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. (BRASIL, 2006).

Em conformidade com os autores Fonseca e Lucas (2006), é fundamental a percepção de que a violência emocional ou psicológica pode ser evidenciada pelo alcance de prejuízo à competência emocional da mulher, sendo expresso por intermédio da tentativa de serem controladas suas ações, crenças e decisões através de uso de intimidação, manipulação e da exposição de ameaças que partem do parceiro à mulher ou a seus filhos, situações que ainda podem ser acompanhadas por circunstâncias de humilhação, isolamento, rejeição, exploração e agressão verbal à mulher. Podem ter início por assuntos do cotidiano como emprego, preocupações financeiras, hábitos irritantes, entre outros. Em relacionamentos marcados pela agressão psicológica, discussões sobre estes temas acabam culminando em uma série de atos de agressão psicológica que podem, muitas vezes resultar em agressão física.

Há o entendimento de que a violência psicológica ou violência emocional, geralmente, ocorre através da rejeição de carinho, ameaças de espancamento à mulher e seus filhos, impedimentos de que a mulher trabalhe, tenha amizades ou saia para atividades de lazer e, por sua vez, o parceiro passa, por exemplo, a contar a sua parceira as aventuras fora do relacionamento que tem e, simultânea e contraditoriamente, à acusa de possuir outros relacionamento também, especificamente, esta tipologia de violência detecta-se com maior dificuldade, afinal, as vítimas apresentam categóricas cicatrizes psicológicas, mas são profusamente mais difíceis de serem observadas e comprovadas (WYNTER, 2001).

A violência psicológica compromete a autoestima, levando à distorção do pensamento na construção de crenças de desvalor e autodepreciação, interferindo no bem-estar e no desenvolvimento da saúde psicológica da mulher (...) (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

No dia 7 de agosto de 2006, promulgou-se a Lei nº 11.340, que representou um verdadeiro e importante marco para o combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, tal lei ficou conhecida como Lei Maria da Penha, nomeada em homenagem a uma das vítimas mais emblemáticas de violência masculina contra a mulher no Brasil, a farmacêutica cearense Maria da Penha Maia Fernandes, que atualmente se encontra paraplégica em função de uma tentativa de homicídio de seu ex-marido que atirou em sua coluna enquanto a mesma estava dormindo, ocorrendo após ter passado por um quadro de cárcere privado. Este homem extremamente violento não foi punido como deveria e a vítima transformou-se numa das maiores e mais relevantes ativistas sobre os direitos e proteção da mulher no Brasil, até hoje.

Neste caso específico, cabe lembrar que:

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA denunciou o Estado brasileiro por negligência e omissão no cumprimento da pena alcançada por Viveiros em dois júris. Em 2001, o que era denúncia virou condenação Internacional. O Ministério da Justiça, diante disso, tratou de seguir o caso de perto e livrar-se da pecha da impunidade. Antes, porém, Maria da Penha percorreu longo caminho para provar que o ex-marido não só queria matá-la como premeditou o crime (PELICANI, s/d).

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A agressão infantil pode ainda ser definida no Brasil conforme uma citação antiga de Bringiotti¹, “qualquer dano físico ou psicológico não acidental contra uma criança, ocasionado por seus pais ou cuidadores, decorrente de ações físicas, sexuais e/ou emocionais, de omissão ou permissão, e que ameaçam seu desenvolvimento normal, tanto físico como psicológico” (BAZON MR, 2007).

A problemática do tema violência doméstica é observada já na definição dessa expressão, uma vez que existe controvérsia entre os limites que vão da “palmada educativa” ao espancamento. Além disso, mesmo parâmetros éticos e pedagógicos sobre castigos e punições físicas reúnem pesquisadores com opiniões distintas.

Os maus tratos contra crianças e adolescentes não eram vistos desta forma há algumas décadas. Muitos acontecimentos estão registrados na literatura como, por exemplo, a escravidão, o abandono e o abuso de mão de obra infantil, prisão e enforcamento em praça pública. Comportamentos estes considerados aceitos pela sociedade no contexto histórico inserido. Na Inglaterra, em 1780, “as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento”. Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade². Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial.

Falar sobre violência contra crianças é complexo, na medida em que é necessário indicar alternativas e expectativas para combater a vulnerabilidade social em que se encontra a infância, tanto global quanto localmente de acordo com as mudanças culturais e preceitos religiosos. Ainda implica, abordar conflitos familiares, núcleo considerado hoje lugar de proteção à criança.

“... As crianças confiam nos adultos. Confiam como uma bússola ou um oráculo. Agarram-se a seus atos e palavras como uma bóia no oceano ameaçador de uma vida à qual recém foram apresentadas.” (Eliane Brum)

¹ Bringiotti MI. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2000

² Postman N. *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

Foi após a década de 60 que a área da saúde começou se a preocupar com a violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a área de Pediatria, que no Brasil já passou a tratá-la como um problema de saúde. Em 1973 foi descrito, por um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança na literatura nacional. Em 1975, um radiologista pediátrico, Dr. Armando Amoedo, descreveu mais cinco casos. Em 1984, Viviane Guerra publicou o livro “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”. No final da década de 80 houve crescente atenção em relação ao tema e, em 1988, o texto da atual Constituição Brasileira, no artigo 227, assegura direitos à criança e ao adolescente, que deixam de ser vistos como propriedade dos pais.

Deslandes (1994) descreve abuso ou maus tratos como:

Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (p.207)

Hoje, a violência doméstica, que atinge de recém-nascidos a adolescentes, é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (2002) e uma das principais causas de óbitos de adolescentes e crianças acima de cinco anos de idade (SBP, 2001).

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes (MTCAA) são reconhecidos como um complexo problema de saúde pública, com elevado custo financeiro, social e emocional para a sociedade que, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei Federal nº 8.069, tornou compulsória a notificação por parte do profissional de saúde de casos suspeitos ou confirmados de MTCAA, especialmente em seu artigo 13. Mesmo com a obrigatoriedade de notificação, o maior interesse no tema e nos dados que mostram que nosso país apresenta altos índices de violência, há poucas estatísticas concretas da incidência de casos de maus-tratos a crianças no Brasil. Isso se deve, em parte, à dificuldade de definição, reconhecimento técnico e denúncia por parte dos profissionais da saúde (MARCOS PICINI et ali, 2017).

Os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), deliberativos, e os Conselhos Tutelares – órgãos permanentes e autônomos,

encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente -, assumem papel singular no alcance e garantia de suas atribuições a partir da composição dos Conselhos e as atribuições definidas no ECA (Brasil, 1990).

Por sua vez, a atuação intersetorial é indispensável e envolve também a compreensão da indissociabilidade dos setores saúde, social e institucional, sintetizando a dinâmica de construção e gestão de políticas ancoradas em referenciais éticos e valorativos da vida social. De modo formal e explícito, o setor saúde dialoga com as políticas, planos e resoluções que convergem para o enfrentamento às violências contra pessoas.

Há uma tendência em subestimar os efeitos da violência doméstica contra crianças e adolescentes como menos sérios, acreditando que o impacto possa ser temporário, desaparecendo no transcorrer do desenvolvimento infantil, bem como por inda serem considerados parte necessária da formação do caráter a partir de punições físicas etc. O trauma infantil não deve ser desconsiderado pois seus efeitos a longo prazo não serem evidenciados de imediato. Deve ser reconhecido como um sério problema da infância. Mesmo que crianças vitimizadas sejam retiradas de suas casas, os efeitos da experiência repercutirão em toda sua vida.

Como consequências, temos manifestações psicológicas, com danos imediatos, como: pesadelos repetitivos, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, medo do agressor e de pessoa do mesmo sexo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sentimentos de estigmatização; e/ou também manifestações de danos tardios: aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas, níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa, cognição distorcida, tais como sensação crônica de perigo e confusão, pensamento ilógico, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de perceber realidade, redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais.

Dentre as políticas públicas para a redução da morbidade e mortalidade devido à violência, são necessárias orientação e melhoria da qualidade nas notificações e no sistema, estruturação de uma rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde, e implantação e implementação de prevenção da

violência em estados e municípios e instituições do Sistema de Vigilância. Esse processo precisa ser percorrido em sinergia com a multidisciplinaridade que o problema exige, conectando escola, professores, Conselho Tutelar, assistentes social, psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

O IDOSO E OS VULNERÁVEIS

Em geral, discute-se o abuso infantil e feminino, mas aquele que se manifesta de forma isolada ou repetida com os idosos nos locais de trabalho, bairros, unidades de saúde e na própria família, ainda permanece invisível aos olhos das sociedades. A velhice é uma fase da vida em que existe uma tendência para aumentar a dependência de outras pessoas. As formas de agredir o idoso variam desde as muito sutis, como frase incisiva e humilhante, até físicas, emocionais, psicológicas, financeiras, abuso sexual, negligência, recusa de socorro, abandono, intimidação, injúrias orais, espancamentos e episódios criminais; aspectos que estão causando nervosismo, medo, depressão, baixa autoestima, isolamento, sedentarismo, entre outros. Os idosos com deficiência cognitiva e os acamados são os mais vulneráveis. A mortalidade nos idosos vítimas de maus-tratos é três vezes maior do que nos indivíduos com a mesma faixa etária e que não sofrem este problema (LACHS, 2004).

Enquanto mais velhos, os idosos com limitações físicas ou doenças crônicas geralmente são alvos fáceis para ações agressivas. Acima dos homens, as mulheres são mais frequentemente as vítimas, especialmente aquelas avós complacentes e passivas que, em alguns casos, ainda são escravizadas ao trabalho doméstico. O que tem sido chamado de violência doméstica, em seu aspecto mais abrangente inclui o abuso contra qualquer membro da família, porém o uso mais difundido enfoca o abuso em geral. No entanto, a psicologia atual após várias investigações, fornece uma nova abordagem e também introduz abusos que destroem a autoestima da pessoa por meio de provocações, insultos, abandono ou humilhação. Além disso, a agressão verbal ou psicológica geralmente precede a agressão física.

A população de pessoas com mais de 60 anos³ está em ascensão devido à maior expectativa de vida nos últimos anos. Como consequência, o número de casos de maus-tratos em idosos aumentará e o impacto desse abuso na saúde deve ser considerado de forma adequada. O médico na atenção primária à saúde é um importante pilar na prevenção e educação desse problema.

³ Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), **idoso** é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O mesmo entendimento está presente na Política Nacional do **Idoso** (instituída pela lei federal 8.842), de 1994, e no Estatuto do **Idoso** (lei 10.741), de 2003.

Esse aumento da expectativa de vida tornou o idoso uma nova realidade a ser absorvida pela sociedade em seu cotidiano. Esta evolução permitiu que se abrisse com mais clareza o ambiente privativo dos lares, expondo suas mazelas. A hipótese de que o ambiente familiar, pelas ligações afetivas, protegeria seus membros mais vulneráveis, tem se mostrado bastante falha (DAY, VIVIAN PERES et al, 2003).

Toda situação de vulnerabilidade física ou mental é geradora potencial de violência. As limitações mobilizam frustração e sobrecarga dentro do ambiente familiar e contribuem para a eclosão de atitudes de negligência e abusos. Tanto idosos como deficientes sofrem também de violência física, psicológica, sexual e negligência, com as peculiaridades específicas. Uma das mais comuns é a financeira, o uso das aposentadorias pela família e a desatenção das necessidades do idoso, culminando no abandono.

Além de muitas outras, como maus-tratos físicos e sexuais, maus cuidados de higiene, má nutrição, vestuário inadequado, escaras, impactação fecal, alopecia. Do ponto de vista psiquiátrico, há presença de comportamentos bizarros como embalar-se, chupar dedo e o surgimento de outros sintomas neuróticos e de conduta. Os recentes estudos sugerem que mulheres idosas, em situação de comprometimento cognitivo, físico e mental são as vítimas preferenciais. O idoso, muitas vezes, submete-se a esses maus tratos por não terem como se proteger, além de sentimentos de culpa, sentindo-se um “fardo” para os familiares. É razoavelmente comum deficientes serem contidos por cordas, isolados em quartos sem ventilação e falta de estímulo. Ocorre também, administração exagerada de medicamentos. São privados de direitos civis, como convívio, privacidade, informação, visitas.

No caso do deficiente físico e doente mental grave, a família do doente sofre grande limitação que a própria doença impõe. Trata-se de um indivíduo frágil, incapacitado, desorganizado emocionalmente e que necessita de supervisão e suporte muitas vezes em tempo integral. Nesse sentido, essa sobre carga pode se ainda mais um fator para torná-los vítimas de violência física, negligência, abandono, abuso sexual, financeiro.

A importância da doença mental dentro da problemática da violência doméstica necessita ser bem esclarecida e adequadamente abordada, uma vez que são situações geralmente crônicas, com muitas evidências prévias, negadas ou mal manejadas. As consequências são, via de regra, irreversíveis, atingem todos os

membros e várias gerações, perturbam a interação social de forma definitiva, afetando definitivamente as bases dos princípios afetivos, de segurança e proteção. O mesmo indivíduo que deve ser considerado vulnerável e precisa ser protegido, também pode ser um agressor/perpetuador e sofre preconceitos, devido a estigmas sociais existentes que associam o paciente psiquiátrico com um potencial criminoso.

O CONTEXTO NA SAÚDE

A normatização dos procedimentos relacionados aos cuidados das vítimas de violência doméstica é uma importante e indispensável ferramenta para o combate deste problema, no entanto, é preciso ir além e debater o tema, ampliando o conhecimento acerca de seus aspectos; através destas ações é preciso que o profissional de saúde se conscientize de que o processo de acolhimento e tratamento destes casos precisa ser feito de forma livre de julgamentos ou valores morais, tais profissionais precisam levar em consideração todo o contexto de vida da vítima, sua situação, suas percepções, deixando de lado seus próprios julgamentos a respeito dos casos, tornando o processo integral, universal e igualitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, a Lei Maria da Penha e outros dispositivos legais com a indispensável participação do Conselho Tutelar. É importante chamar atenção para o fato de que os serviços médico-hospitalares identificam menos casos de agressões múltiplas a crianças que os conselhos tutelares. Também as mulheres vítimas de abusos intrafamiliares, frequentadoras assíduas de unidades de atendimento de saúde com queixas vagas, taxadas de “poliqueixosas”, não têm o problema da vitimização diagnosticado.

É frequente que os profissionais da saúde mantenham uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com respeito ao problema da violência doméstica e a suas consequências, assim como na detecção e prevenção de situações potencialmente perigosas, muitas vezes rotulando como “caso de IPF” – Instituto Psiquiátrico Forense -, na esperança de eximir-se de tomar atitudes. O medo de obrigações legais impede de tomar atitudes que pudessem auxiliar as vítimas. Este tema sequer faz parte dos programas das universidades, em sua maioria. A tendência é centrar em serviços com poucos recursos que tendem a seguir o mesmo trajeto das vítimas, poucos profissionais, isolados, desvalorizados, com enorme sobrecarga de trabalho.

É sabido que uma mudança está ocorrendo na idade das mulheres que decidem romper o relacionamento violento. Isso é devido ao fato delas serem mais jovens e independentes financeiramente, nesses casos sendo a duração do abuso

menor. A mulher jovem procura por atendimento de profissional de saúde após ser vítima de agressão, e o problema pode ser detectado no pronto-socorro.

Existe uma coincidência do perfil da vítima de violência doméstica em centros urbanos e da “usuária típica” dos centros de saúde. Isso nos levaria a pensar na dificuldade em detectar essa situação e na necessidade de incluir a patologia frequente no diagnóstico diferencial em mulheres de meia-idade (alta prevalência de sintomas mal definidos) síndrome de abuso, evitando o viés de gênero de não considerar ou minimizar a importância das queixas de saúde apresentadas por pacientes deste perfil, além disso, notam-se os idosos e as crianças com indícios dessas agressões (GOMES, 2002).

Seria necessário aprofundar a análise das diferenças entre as vítimas e suas situações individuais para determinar quais pontos são determinantes deste ambiente, o tipo de atendimento (urgente - não urgente) e fatores de idade e patologia. No caso de mulheres de idade avançada, a síndrome de abuso e suas consequências psicológicas (desamparo aprendido, dependência) e sociais (isolamento, falta de apoio social) são muito mais arraigadas e, portanto, exigirá um tratamento mais complexo e abrangente, que não consiste apenas em tomar drogas psicotrópicas.

Considerando-se O Protocolo de Atenção Integral às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (2012), é necessário realizar intervenções contra maus tratos nos três níveis: primário, secundário e terciário. Sobre o nível primário é importante conscientizar as famílias e a comunidade da necessidade de cuidar melhor das crianças, com apoio do trabalho de Equipe de Saúde da Família (ESF) por exemplo. Essa conscientização pode ser realizada através de debates, palestras socioeducativas em parceria com escolas e instituições de assistência social e de saúde. Na prevenção secundária, quando os maus tratos já ocorreram deve-se orientar a família para que não se repitam, fortalecendo esses vínculos por meio de visitas domiciliares, através de Agente Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, realizadas por psicólogos e assistentes sociais. A prevenção terciária tem como objetivo acompanhar a vítima e o agressor de maus tratos, tentando resgatar esses vínculos familiares, podendo ser realizada através de acompanhamento em equipe interdisciplinar e atendimentos de psicoterapia individual e em grupos (MARTINS, 2008; SOUZA, 2001), bem como por meio de Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Apesar de não estar explicitado no protocolo, é importante identificar e trabalhar com as famílias que apresentam comportamentos de drogadição e alcoolismo. Souza e Carvalho (2012) relatam que geralmente o ambiente familiar em que um dos pais é alcoólatra é permeado por conflitos e tensões, podendo os filhos serem vítimas de maus tratos; por isso, é fundamental encaminhar, quando necessário, os perpetradores usuários de álcool para um tratamento em clínicas de recuperação ou podem ser acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

RECONHECIMENTO DA VÍTIMA

Considerando alguns aspectos que possibilitam a suspeita e/ou o diagnóstico, dos casos mais comuns de violência domésticas em todos os contextos colocados e seus diferentes espectros, é evidente a importância do olhar médico para reconhecer casos de vítimas de violência em seus atendimentos.

Em conformação ao Protocolo de Atenção Integral às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, SOUZA (2012) faz destaque quanto aos sinais comportamentais, além de sinais e sintomas, da vítima em relação a maus-tratos físicos, negligência, abusos psicológicos, e descreve alguns casos de abuso sexual observando os aspectos emocionais.

Fundamental para a prevenção e manejo adequado dos casos de maus-tratos é a sua identificação, favorecendo proteger e intervir frente ao problema. Assim, é importante que os profissionais saibam identificar indícios que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos. Destacando, primeiramente, quanto a recém-nascido, criança e adolescente vítimas de violência doméstica.

O perfil de crianças vítimas de abuso pode ser resumido assim: menina, pertencente à família com alto nível de conflito conjugal, com pouca ligação parental, com alcoolismo dos pais, vivendo com padrastos ou apenas com a mãe (uniparentalidade materna). Em relação ao perfil do abusador, o maior número de casos é atribuído a homens que pertencem à família da vítima, mais especificamente pai (33%), padrasto (35%), avô (10%), tio (7,5%), mãe (5%) e irmão (3%). Para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de fundamental importância.

Indícios que podem sugerir abuso físico incluem: queimaduras por imersão, cigarro, corda e ferro de passar; laceração e escoriações nos lábios, olhos e face; no tecido gengival por ingestão forçada de alimento; na genitália externa; ferimentos ósseos, como fratura de ossos longos por torcedura ou fracionamento, separação do osso e ligamentos, fratura em espiral e articulações edemaciadas ou enrijecidas; ferimentos na cabeça, como perda ou amolecimento dos dentes, ausência de cabelo, hemorragia no couro cabeludo causada por puxões, hemorragia subdural ou de retina por espancamento ou sacudida, fratura de nariz ou mandíbula; ferimentos internos, como trauma intestinal por golpe ou pontapé, ruptura de vasos sanguíneos.

A Síndrome do bebê sacudido:

É o termo utilizado para denominar uma forma de violência frequentemente praticada e que não deixa marcas. O agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido anteroposterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdural (CARDOSO, 2003).

Indícios que podem sugerir abuso psicológico incluem: aversão ao contato físico, comportamento extremo de obediência, apatia à agressividade, isolamento, dificuldades tanto escolares quanto na fala, desenhos ou brincadeiras que indiquem violência, comportamento abusivo, transtornos de ansiedade, depressão, distúrbio do sono e da alimentação, baixo desempenho escolar e baixa autoestima, tentativa de suicídio por ingestão de produtos químicos, como materiais de limpeza (PIRES, 2005). A violência contra crianças e adolescentes tem consequências graves e duradouras.

Indícios que podem sugerir abuso sexual incluem: comportamento sexual precoce mostrado em brincadeiras ou conversas, lesões na região genital, lesões na região anal, como fissuras, hemorroidas, pregas anais rotas, sangramentos retal ou anal, diminuição ou ausência de tecido himenal, masturbação excessiva, levando a lesões dos órgãos genitais e em público, doenças sexualmente transmissíveis como gonorreia, sífilis, condiloma e SIDA, dor na região anal ou genital, gravidez, detecção

de sêmen na cavidade oral, petéquias e eritema em palato sugerindo sexo oral forçado, enurese e encoprese.

Podem sugerir presença de negligência e abandono: falta de vínculo entre criança e responsáveis, desnutrição por oferta irregular ou inadequada de alimentação, higiene corporal deficitária, acidentes frequentes, principalmente domésticos, como intoxicações por medicamentos e por materiais de limpeza, faltas constantes à escola ou creche, acompanhamento inadequado de saúde, atraso no calendário vacinal, abuso de álcool e de drogas.

Em idosos, não há dados estatísticos confiáveis sobre o tema. Lesões da mucosa e da pele, sangramentos e infecções vesicais e vaginais podem ser sinais de abuso. Sinais comuns a crianças e idosos: pesadelos, terror noturno e dificuldades para dormir; ansiedade, tristeza, depressão e isolamento dos amigos e da família (LAKS J et ali. 2006).

O protótipo de idoso vítima é aquele com comprometimento cognitivo, isolado socialmente, vivendo com pessoas com problemas mentais, especialmente alcoolismo e depressão, de frequência como de gravidade, se o médico parecer desatento ou negligente. Não convém esquecer que a possibilidade de abuso e maus-tratos pode ser maior, tanto em termos de perda ponderal, desnutrição e abuso de medicamentos podem ser alguns dos fatos clínicos que devem chamar a atenção quanto à possibilidade de abuso ou maus-tratos nos menores e nos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos de violência nem sempre são facilmente reconhecidos, já que os perpetradores tomam todas as providências para afastar as suspeitas dos crimes que cometem. Ao mesmo tempo, crianças e idosos também nem sempre relatam espontaneamente o que lhes acontece. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos a indícios de abuso, maus-tratos e negligência contra esses indivíduos. A violência doméstica é um problema grave de saúde pública e deve ser tratado adequadamente pelos profissionais e órgãos governamentais, com medidas de prevenção e combate e o fortalecimento da rede de apoio às vítimas.

É preciso questionar a estruturação da sociedade em cima das relações entre homens e mulheres a fim de quebrar estereótipos e imagens distorcidas das relações. Continuar construindo a ideia de que o homem é superior à mulher e pode tomar decisões e intervir em suas vidas é algo que contribui para o aumento dos quadros de violência. São muitos os fatores que constituem as situações de violência e é preciso lançar um amplo olhar sobre dimensões sociais e psicológicas, a fim de acolher e apoiar adequadamente estas mulheres para que elas possam se livrar de relações abusivas e reconstituir suas vidas de forma independente, e saber que podem relacionar-se novamente de forma saudável (FONSECA; LUCAS, 2006).

O enfrentamento da violência contra as mulheres ainda carece de uma articulação intersetorial, que compreenda a resolução de problemas sociais a partir de sua complexidade. Trata-se de uma necessidade, a integração de ações multidisciplinares e a interação entre os sujeitos envolvidos nestas relações, de forma que, as políticas públicas de combate à violência contra a mulher devem buscar ampliar sua atuação para ações de saúde, de assistência psicológica e amparo social.

Também é preciso desenvolver novas ações que envolvam todos os setores da sociedade e todas as pessoas, de forma a promover uma conscientização geral da situação, além de promover discussões a respeito dessa temática, já que visibilidade é muito importante para o progresso destas ações.

A formação do profissional de saúde está centrada no conteúdo, e muitas universidades, preocupadas com o binômio saúde-doença, se afastam da dura realidade engendrada fora dos hospitais. Isto resulta em despreparo dos estudantes

para enfrentar situações mais delicadas como a violência intrafamiliar, cuja abordagem é negligenciada durante a graduação. Em decorrência da falta de informações técnicas e científicas necessárias para diagnosticar casos de violência, ocorre a subnotificação desses casos, o que é patente no Brasil, onde se estima que, a cada caso notificado, de 10 a 20 não são.

Neste sentido, observa-se o predomínio de um agir profissional fragilizado pela ausência de crítica e preparo, que contribui para fragmentar a realidade familiar e comunitária. Portanto, é imprescindível que o médico, desde sua formação, esteja familiarizado com as situações de violência, uma vez que, nos contatos com crianças, se depara com essa realidade. Tal conhecimento irá contribuir para uma abordagem melhor da causa e seu diagnóstico, se decorrente de traumas acidentais ou intencionais. Isto é feito pelo exame e registro cuidadoso de cada ferimento e pela análise da coerência entre a lesão, a história apresentada e o estágio de desenvolvimento da criança. Se não houver acordo, o abuso tem de ser considerado, e a suspeita, relatada (KOIFMAN, 2012).

Pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, entre 2008 e 2010 (Lilian Koifman et al.), entrevistando alunos, professores e residentes sobre Violência Contra a Criança, concluiu que a formação médica nesse campo específico é precária. A pesquisa apontou que os profissionais afirmam não estarem preparados para lidar com vítimas de violência, e poucos reconhecem seu papel no tratamento. Afirmam, ainda, que questões específicas do próprio profissional, entre elas o medo, devem ser destacadas na formação para que ele possa sentir-se preparado para desempenhar sua função.

Os autores Bourroul e Botazzo (2008) afirmam que:

“Uma formação socialmente contextualizada, que promova uma articulação estreita entre o mundo do ensino, do trabalho e a realidade, poderá instrumentalizar os profissionais para o enfrentamento de problemas e das reais necessidades de saúde da população” (p. 330).

Fazendo um paralelo com a afirmação dos autores, é importante considerar a dura realidade de estarmos em um período de incertezas quanto ao momento de pandemia ou endemia de COVID-19. Considerando a possível necessidade de novos isolamentos e o maior risco de violência doméstica, especialmente contra

esposas, mães, filhos crianças e idosos, é fundamental não retroceder com relação às ações para prevenir e combater esse tipo de violência.

Sendo um problema de saúde pública consequente à pandemia requer intervenção das autoridades do poder político-governamental, da polícia e dos profissionais de saúde e de educação de forma multidisciplinar. A partir de campanhas de conscientização, de aprimoramento e capacitação de profissionais para reconhecer casos de violência, abusos e maus-tratos no convívio familiar e ambiente doméstico. Assim podendo agir de forma correta, notificando e tomando as medidas protetivas necessárias de segurança, apoio psicológico e tratamento médico, prevenindo recorrências durante e após esses períodos de crise.

Igualmente, tendo em vista o papel da academia e da universidade durante a graduação nesta contenda e a afirmação de Bourroul e Botazzo (2008), conclui-se que uma formação de qualidade deve ser provida de articulação com a realidade da violência doméstica e intrafamiliar, preparando e capacitando os futuros profissionais para entender, lidar e enfrentar o problema e as reais necessidades de saúde da população vítima de violências em seu próprio lar, com olhar médico atento e cuidadoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Day, Vivian Peres et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2003, v. 25, suppl 1, pp. 9-21. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>>. Epub 03 Feb 2004. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003> .
2. Laks, J, Werner, Jairo e Miranda-Sá Jr., LS de. **Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2006, v. 28, suppl 2, pp. s80-s85. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600006>>. Epub 22 Nov 2006. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600006>.
3. Telles LEB, Valença AM, Barros AJS, da Silva AG. **Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective**. Braz J Psychiatry. 2020; 00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060>
4. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei No 8.069 de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1990 16 jul.
5. BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei No 10.741 de 1o de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2003 3 out.
6. Oram S, Khalifh H, Howard L M. **Violence against women and mental health**. *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb; 4(2):159-170. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30261-9. Epub 2016 No 15. PMID: 27856393. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30261-9)
7. Marcos Picini, João Rodolfo Radtke Gonçalves, Thagla Bringhenti, Edilson Forlin. **Evaluation of suspected physical abuse in children: a 500-case study** Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition), Volume 52, Issue 3, May–June 2017, Pages 284-290. < <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.07.017>>.
8. BRASIL. Leis e Decretos. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2006.
9. Pires, L D, & Psicologia, Serviço de, (2005). **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde**. Children and adolescents mistreatment: a literature review for health professionals
10. DESLANDES, Suely Ferreira. Prevenir a violência um desafio para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 18, n. 3, p. 128-128, 1994.

11. FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf
12. GOMES, Romeu et al. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 275-283, 2002.
13. KASHANI, J. H.; ALLAN, Wesley D. **The impact of family violence on children and adolescents**. Thousand Oaks, Ca: Sage, 1998.
14. LIMA, Claudia Araújo; DESLANDES, Sueli Ferreira **Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor da saúde na década de 2000**. *Saúde Doc*, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300787&script=sci_abstract&tlng=pt>
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>.
16. ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração de Beijing**. Conferência Mundial Sobre a Mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
17. ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 10 de dezembro de 1948. Assembleia Geral das Nações Unidas. ONU, 1948.
18. PELICANI, R. B. A Lei Maria da Penha e o princípio da igualdade: interpretação conforme a constituição. **Revista da Faculdade de Direito**, s/d.
19. PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. São Paulo: Max Limonad, 2002.
20. VASCONCELOS, T. B.; NERY, I. S. **A atuação das delegacias da mulher como política pública de enfrentamento à violência de gênero**. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz, 2011.
21. WYNTER, A. E. La violencia desde una perspectiva de Género. **Revista Enfermeras**, vol. 37, nº 1-2, p. 23-26, 2001.
22. Bazon, Marina Rezende Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 5, pp. 1110-1112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500003>>. Epub 07 Ago 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500003>.

23. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RMC, Waksman RD, et al. **Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos)**. *Pediatr Mod* 2003; 39(9):354-63
24. Bourroul MLM, Rea MF, Botazzo C. **Pediatric residents confronted with domestic violence against children and adolescents**. *Interface comunic saúde educ*. 2008;12(27):737-48.p.737.
25. Lachs MS, Pillemer K. **Elder abuse**. *Lancet*. 2004;364(9441):1263-72.
26. SOUZA, J. Carvalho, A.M.P. (2012). **Filhos adultos de pais alcoolistas e seu relacionamento na família de origem**. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670008.pdf>
27. SOUZA, M. R. (2001). **Negligência familiar contra crianças e adolescentes: Uma intervenção necessária**. Disponível em: < <http://tcc.bu.ufsc.br/TCC%20Social/2001/marlene%20rodrigues%20de%20so uza0.PDF> >.
28. Protocolo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Uma abordagem interdisciplinar na saúde. 2012. Disponível em: < <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/publicacoes/publicacoes1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolecentesVítimasViol.pdf> >
29. Koifman, Lilian, Menezes, Raquel Mendes de e Bohrer, Karine Ramos Abordagem do tema "Violência contra a Criança" no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2012, v. 36, n. 2 pp. 172-179. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400004>>. Epub 28 Ago 2012. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400004> .
30. BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica nº 8**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf