

Coletânea de artigos

Enfrentando a violência

na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal

2005 Secretaria de Estado de Saúde do DF

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Os artigos são de inteira responsabilidade dos seus autores

Série B. Textos básicos de Saúde

Tiragem: 1000 exemplares

Coordenação do Projeto

Laurez Ferreira Vilela

Adequação dos originais

Ana Lúcia Corrêa e Castro

Laurez Ferreira Vilela

Marcelle Passarinho Mori

Edição, discussão e informações

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde

Gerência de Saúde da Comunidade

Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência

SIA Trecho 1, Lote 1730/1760, Bloco "A/B", sala 31

CEP: 71200-010, Brasília, DF

Fones: (61) 403-2480 e 403-2326

Fax: (61) 403-2362

e-mail: nepav@saude.df.gov.br

Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal / Laurez Ferreira Vilela (coordenadora). – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005.

115 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. Histórico da violência 2. Tipos de violência 3. Experiências exitosas 4. Notificação
5. Procedimentos 6. Aspectos legais. I. Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF.
II. Vilela, Laurez Ferreira. III. Série.

Sumário

Apresentação	3
Histórico da Violência Contra Criança	4
Violência na Família	8
Conceituando a Negligência	14
Contextualizando a Negligência na Família	16
Violência Física Contra a Criança e o Adolescente	19
Violência Psicológica	24
Abuso Sexual	25
Profilaxia dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra a Criança e Adolescente	34
Profilaxia do HIV Diante de um Caso de Violência Contra Mulher	36
Síndrome de Munchausen	37
Marco Histórico da Violência Contra a Mulher	39
A Violência Doméstica na Legislação Brasileira	44
O Envelhecimento e Seus Destinos	47
Violência Institucional no País	52
Prevenção da Violência	55
Aspectos Legais	
Vara da Infância e da Juventude do DF	65
Conhecendo o Fluxo de Atendimento das Crianças e dos Adolescentes Vítimas de Violência no DF e o de Responsabilização dos Agressores	70
Prevenção e Orientação para os Crimes	74
Notificação - Um Passo Obrigatório	78
Histórico do Enfrentamento da Violência na Rede de Saúde do DF	81
Experiências Exitosas na Rede de Saúde	
Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual	83
Panorama do Programa Violeta - Prevenção para Acidentes e Violências da Regional Sul	85
Projeto Margarida da Regional Norte	87
Programa de Atendimento ao Adolescente Vivendo uma Situação Especial de Violência	88
Serviço de Atenção Integral a Saúde do Idoso - Regional de Saúde do Guará	96
Considerações Finais	98
Anexos	
Pistas para Identificar os Vários Tipos de Violência	99
Rotina da Enfermagem	100
Rotina Médica - Unidades Básicas	102
Rotina Médica - Hospital	104
Rotina do Assistente Social	106
Fluxograma do Atendimento	108
Fluxograma da Ficha de Notificação de Maus Tratos/ Violência contra Criança e Adolescente	109
Fluxograma da Ficha de Notificação de Violência Contra a Mulher	110
Fluxograma da Ficha de Notificação de Violência contra o Idoso	111
Pistas para identificação de vários tipos de violência física contra crianças e adolescentes	112
Ficha de Notificação	114

Apresentação

Suely F. Deslandes

A violência afeta, de várias formas, a saúde, o pleno desenvolvimento e a cidadania das pessoas. Pode ser fruto de decisões referentes a políticas (econômicas, educacionais etc), que geram desigualdades e negam o acesso a bens, serviços e dignidade. A violência pode ainda ocorrer no âmbito das interações face-a-face, seja nas comunidades, seja nas instituições. Contudo, é no interior das relações familiares que atinge a sua maior expressão, envolvendo a todos de forma sistêmica, ocasionando sofrimento, medo e, não raro, isolamento.

Desde os anos 80, pelos motivos expostos e pela crescente magnitude que representa no quadro de morbi-mortalidade, a violência se torna um problema de saúde pública, ganhando especial atenção as formas que vitimizam crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Este cenário é bastante conhecido no dia-a-dia dos profissionais de saúde, pois cada vez mais chegam aos serviços pessoas que foram vitimizadas. E, apesar dos inegáveis avanços garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso e Políticas para Mulheres, consolidados nas iniciativas de diversas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, ainda assim, muitos profissionais sentem-se inseguros e sem saber como lidar com a complexidade de tais casos.

Esta coletânea que você tem em mãos se volta a este tipo de situação. Esta publicação consolida uma história muito especial, que revela uma trajetória de compromisso com a superação da violência.

Desde 1997, o setor de Serviço Social do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) percebia a necessidade de sistematizar ações para o atendimento de crianças vítimas de violência. Formou-se, então, o primeiro programa de atendimento do Distrito Federal, que despertou demais instituições a pensar ações e buscar integrar uma rede de atendimento.

Cinco anos depois, em 2002, já havia a necessidade de descentralização do atendi-

mento do Hospital (agora nomeado Hospital Regional Asa Sul), levando ao investimento em capacitação de profissionais da rede de saúde pública do DF. O desafio proposto foi o de formar, diante do problema da violência, agentes multiplicadores para prevenir, identificar, conduzir e acompanhar crianças, adolescentes e seus familiares, mulheres e idosos, numa perspectiva multidisciplinar. Desencadeando a implantação dos Programas de Prevenção aos Acidentes e Violência em diferentes regionais de saúde.

Durante essa capacitação foi sugerida, pelos próprios profissionais, a publicação do conteúdo das palestras, aumentando a abrangência de sua divulgação, permitindo o acesso mais ampliado dessas reflexões.

Como os leitores poderão verificar, os temas apresentados têm o respaldo da experiência profissional dos autores e de criterioso estudo da literatura da área. Representa a práxis de um grupo, somando a forma de trabalhar e a de interpretar as maneiras de superar a violência.

Os capítulos abrangem leituras históricas da violência, a questão da violência na família e nas demais instituições, debates sobre os diversos tipos de violências, os aspectos legais aí envolvidos, a profilaxia anti-retroviral para vítimas de violência sexual, uma oficina de estudos de caso, a prevenção e os relatos de experiências das instituições que desenvolvem ações no âmbito do Distrito Federal.

Acreditamos que essa obra possa contribuir para um maior conhecimento da temática da violência, para o desenvolvimento de sistematização de ações, para a formação de programas institucionais e para a consolidação de uma rede de atendimento que atue no sentido de prevenir, acolher e atender de forma mais resolutiva, as famílias que sofrem o problema da violência.

Tenho a certeza que esta revista representa um passo a mais para a capacitação de profissionais, etapa indispensável para a consolidação de um verdadeiro Sistema de Garantia de Direitos.

Suely F. Deslandes

Socióloga e Doutora em Ciências e Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz

História da Violência Contra Criança

Abordagem Cultural e Conceitual do Tema

Marilucia Rocha de Almeida Picanço

A questão da Violência contra a criança e o adolescente tem suas raízes na forma como a nossa sociedade percebe a criança e o que se entende por o período da infância. Para compreender é necessário resgatar um pouco da história. No mundo moderno percebe-se uma distinção entre a vida da criança e a vida do adulto, mas não foi sempre assim: a criança não existia como ser pensante, individual, até o final do século XV e durante o século XVI como nos relata Philippe Ariés (1981), autor francês que faz uma análise da história social da criança, nos permitindo conhecer as concepções da infância nas diferentes épocas até os dias atuais.

Durante a Idade Média não existia um sentimento de infância, assim como não existia o sentimento de família. A criança era vista como um adulto miniaturizado, participando da sua vida, jogos, e até do modo de se vestir. A descoberta da infância teve início, bem sutilmente, no século XIII e sua evolução pode ser percebida na história da arte nos séculos XV e XVI, mas foi a partir do século XVI e durante o XVII que o seu desenvolvimento passou a ser mais significativo.

A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se, a criança então mal adquiria algum desembaraço, era misturada aos adultos. De criancinha, pequena, ela se transformava imediatamente em jovem, sem passar pelas etapas de juventude, que se tornaram essenciais nas sociedades modernas.

A socialização da criança, em que a transmissão de conhecimentos e de valores não eram asseguradas nem controladas pela sua família, era feita entre os grupos de pessoas que conviviavam juntos sem uma definição nem percepção de família. Sua passagem pela família era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade.

Existia um sentimento superficial de infância que Ariés chama de *papiricação*, mas era reservada às

criancinhas nos primeiros anos de vida, ela era uma coisinha engraçadinha. As pessoas se divertiam com a criança pequena, como um animalzinho, um macaquinho impudico. Se a criança morresse eles ficavam um pouco desolados, mas sabiam que logo outra criança iria substituí-la. A criança não passava do anonimato. Se a criança sobrevivesse, ela era então colocada em outra casa que não a da família. É aqui que vamos observar que sem ser considerada um ser individual, a criança era morta naturalmente, sem nenhum sentimento de dor ou culpa.

Até o final do século XVII, o infanticídio era tolerado. Não se tratava de uma prática aceita; o infanticídio era um crime severamente punido. No entanto, era praticado em segredo, correntemente, talvez camuflado, sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las. Em 1972-73, Flanrdrim fez uma análise desta prática em uma conferência da *Société du XVII siècle*, e mostrou como a diminuição da mortalidade infantil observada no século XVIII não pode ser explicada por razões médicas e higiênicas: simplesmente, as pessoas pararam de deixar morrer ou de ajudar a morrer as crianças que não queriam conservar. Essas práticas eram condenadas pela Igreja e pelo Estado, mas eram acatadas por uma semi-consciência no limite da vontade e do esquecimento. A vida da criança era considerada com a mesma ambigüidade que se considera hoje o feto, com a diferença que o infanticídio era abafado no silêncio, enquanto o aborto hoje é reivindicado em voz alta.

No final do século XVII as *Parteiras*, chamadas *feiticeiras brancas*, recuperadas pelos poderes públicos teriam a missão de proteger a criança e, os pais, melhor informados pelo clero, se tornaram mais sensíveis à morte protegendo e conservando mais seus filhos.

Foi também no século XVII, com a grande reforma moral e religiosa, que surgiu a noção da inocência infantil, a noção de fragilidade e debilidade da criança.

Ela então passa a ser reflexo da pureza divina, por isto se comparam aos anjos, e se colocava a educação como a maior das obrigações humanas. Assim sendo, passou-se de um infanticídio secretamente admitido a um respeito cada vez maior e mais exigente pela vida da criança.

Nesse período surge a preocupação em retirar as crianças do meio dos adultos e a Escola aparece como ponto central de enclausuramento das crianças, uma forma delas aprenderem a vida longe dos adultos. Segundo Ariés, este isolamento persiste até os dias atuais em que a criança, assim como as prostitutas, os leprosos e os pobres, ficam isolados das decisões na vida.

A família, como centro de intimidade e de afeto, só aparece no final do século XV, se desenvolvendo no século XVII. Isto é notado nas pinturas e retratos em que as figuras principais eram as multidões. Não havia sentimento de intimidade, as pessoas viviam misturadas e as casas abertas aos visitantes. No século XVIII o sentimento da família ficou evidente, assim como a preocupação em preparar seus filhos para a vida. Notou-se a partir de então uma afetividade exacerbada. Com a Escola, surge o disciplinamento que acabou caracterizando o colégio moderno.

A História no Brasil

O disciplinamento corporal de crianças e adolescentes é uma prática existente e "legitimada" no Brasil desde o seu descobrimento. E, segundo pesquisadores (Maria Amélia de Azevedo, 1991), é uma história que ainda precisa ser escrita. Em uma pesquisa recente onde se fez uma análise dos últimos 90 anos de história, apenas 33 trabalhos científicos se referem ao tema Infância e Violência Doméstica.

Verifica-se que no Brasil-Colônia, a criança indígena vivia e crescia numa comunidade de princípios e costumes muito bem definidos. Era educada por meio de rituais da tribo. Os rituais pedagógicos, através do medo, passavam seus ensinamentos e preparavam a criança para enfrentar a vida. Com medo e muita dor a criança indígena crescia trazendo no corpo as lições de seus ancestrais e a força necessária para enfrentar os perigos e a beleza

da vida. A criança sofria, não castigos corporais corretivos impostos por seus pais disciplinadores, mas o flagelo que ensinava o uso e o domínio de suas forças para ser valente.

O menino filho de escravo era, na expressão de Gilberto Freyre, o "levapancadas" do menino branco. Evidenciava-se nessas relações o poder branco-rico-masculino em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes, cita-nos Cleide Gramado (1999).

Entre os brancos, o medo era um dos mais importantes recursos da educação das crianças. Em suas vidas não faltavam personagens terríveis e monstros violentos, impondo limites às crianças. No Brasil Império, a pedagogia do medo, nos conta a socióloga, é acrescida do disciplinamento corporal e crueldade. Nos colégios, o professor encarnava o senhor de escravos, reproduzindo os vários recursos para punir seus alunos. Usava-se muito bem a palmatória e a vara de marmelo para colocar meninos brancos na linha. Até o final do século XIX, a disciplina era rigorosa e os colégios de padres eram os mais atuantes nessa linha.

A pedagogia tradicional, ou seja, a pedagogia da submissão da criança ao adulto, chegou ao Brasil com os jesuítas e aqui encontrou terreno profícuo, reproduzindo-se e adaptando-se às várias situações, modificando-se sem jamais desaparecer. A palmada corretiva, "legitimada" sob a alegação de que se trata de uma intervenção preventiva, saudável, para o próprio bem da criança e do adolescente, persiste até os dias de hoje, segundo Maria Amélia Azevedo (1996).

Entende-se por violência física toda ação única ou repetida, não acidental ou intencional, perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque dano físico à criança ou adolescente. Este dano causado por ato abusivo pode variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte (Deslandes, 1994).

Violência Doméstica

A literatura atual vem dizendo que toda ação que causa dor física numa criança,

desde um tapa até um espancamento fatal representa um ato contínuo de violência.

A violência doméstica vem diminuindo seu fluxo, pois em alguns países, decorrente das legislações como a Legislação Sueca de 1979, que traz em seu bojo a proibição do disciplinamento corporal. Como essa experiência tem obtido bons resultados, outros países elaboraram legislações peculiares como a Finlândia (1983), Dinamarca (1985), Noruega (1987) e Áustria (1989), segundo Azevedo & Guerra (1995).

As misérias e mazelas a que estão submetidas as nossas crianças e adolescentes no mundo atual saltam aos olhos e se evidenciam contundentes, tais como: desnutrição, privação de afeto, trabalho infantil, abandono, violência, abuso sexual, gravidez na adolescência, dependência química e desprezo.

A enorme frequência e gravidade da violência doméstica vêm mobilizando, no mundo inteiro, profissionais das diversas áreas e a sociedade em geral. No Brasil, é tão freqüente quanto nos países desenvolvidos.

Entre o conhecimento do fenômeno, se é da esfera pública ou privado da família, situa-se a criança vítima dos maus-tratos e da violência. Assim como o infanticídio dos tempos mais remotos relatado por Philippe Ariés, existe um verdadeiro pacto do silêncio do qual fazem parte os pais, os familiares, os vizinhos, profissionais de saúde, educação, justiça e segurança pública, podemos dizer que todos nós que compomos a sociedade atual.

Felizmente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que traz em seu bojo uma das mais avançadas leis de proteção à criança e ao adolescente, define legalmente as normas de conduta aos profissionais de saúde, tornando obrigatória a notificação de violência e maus-tratos (artigos, 13 e 245). É portanto, obrigatório sob pena de lei, que seja notificado inicialmente aos Conselhos Tutelares, toda suspeita de violência que o profissional de saúde identificar.

Existem vários fatores que desencadeiam a violência contra a criança e o adolescente, ou a facilitam, podendo perpetuar a mesma. Mas, sem dúvida que o abuso do poder do mais forte – o adulto – contra o mais fraco – a criança – é o ponto fundamental nesta relação. Somem-se a isto outras causas como: baixas condições sociais, baixa esco-

laridade, uso de drogas, alcoolismo, famílias desestruturadas emocionalmente, enfim, trata-se de um fenômeno multifatorial. Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis são extremamente comuns, segundo (Newel, 1989), “toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal, representa um só continuum de violência. É preciso dar limites, sem perder o amor!”

A violência traz em seu bojo conseqüências muitas vezes indelévels ao psiquismo das crianças e dos adolescentes vitimizados. Na questão física, pode-se classificar em conseqüências:

Orgânicas:

- Seqüelas provenientes de lesões abdominais, oculares; fraturas dos membros inferiores, superiores, e/ou do crânio, queimaduras, ferimentos diversos, enfim, ferimentos que poderão levar à invalidez temporária ou permanente, como as lesões neurológicas irreversíveis.
- A morte para a vítima, conhecida como Violência Fatal, e muitas vezes bastante subestimada em função das dificuldades de se detectar as reais causas da morte.

Psicológicas:

- Sentimentos de raiva, medo do agressor.
- Quadros de dificuldades escolares.
- Desconfiança das outras pessoas.
- Autoritarismo (a dor física e o abuso originados da disciplina são os progenitores do autoritarismo).
- Baixa auto-estima.
- Comportamento agressivo.
- Dificuldades de relacionamento.
- Infelicidade generalizada.

A criança ou o adolescente vítimas da violência física representam uma infância em perigo porque estes costumam correr risco de vida em função das medidas disciplinares impostas ou podem apresentar seqüelas físicas permanentes. Desta forma estamos lidando com um fenômeno, que se não for bem atendido, pode ter como preço a vida ou o dano permanente.

Alguns estudos apontam pistas para identificação da violência tais como:

Indicadores físicos da criança/adolescente	Comportamento da criança/adolescente	Características da Família
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões físicas como queimaduras, feridas e fraturas que não se adequam à causas. • Ocultamento de lesões antigas e não explicadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito agressiva ou apática. • Extremamente hiperativo ou depressivo. • Assutável ou temeroso. • Tendências auto-destrutivas. • Teme aos pais. • Apresenta causa pouco provável para suas lesões. • Apresenta baixo conceito de si. • Foge de casa. • Tem problema de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta as lesões da criança ou as justifica de forma não convincente ou contraditória. • Descreve a criança como má ou desobediente. • Defende a disciplina severa. • Pode usar e abusar de álcool e drogas. • Tem expectativas irreais da criança. • Tem antecedentes de maus tratos na família.

Fonte: Deslandes, S. Prevenir a Violência: Um Desafio para Profissionais de Saúde, 1994.

Propostas de atuação do profissional de saúde

1. Encorajar aos pais a fornecerem as informações, mostrando que o interesse é ajudar a criança.
2. Tomar a família como alvo de atenção, considerando que tanto a criança como o agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e assistenciais.
3. Considerar que a criança só deva ser afastada de seu lar em quadros graves ou com riscos de vida, pois a tentativa de institucionalização dessas crianças constitui para elas mais uma violência. Sua internação é apenas aconselhável em casos severos, para a confirmação do diagnóstico de violência física.
4. Contactar outros profissionais de outras instituições para o apoio, o atendimento e acompanhamento dos familiares. A situação é complexa e nem sempre um único serviço dará conta do atendimento e acompanhamento.
5. O atendimento multidisciplinar exige sempre do profissional um exercício de sensibilidade.
6. Criação e apoio aos Conselhos Tutelares para trabalharem melhor estas questões.

A descoberta ou a suspeita em torno da existência do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, representa um momento crucial na vida destas vítimas e na dos profissionais a ela relacionados. Um dos pontos chave a serem analisados, em casos desta natureza, é o da questão do risco a ser corrido pela vítima na companhia de seus agressores. É importante avaliar alguns pontos:

- A idade da criança. Quanto mais jovem, menor a chance de defesa, suas lesões são menos visíveis e menos percebidos pela comunidade.
- Tipo de ferimento e gravidade do ferimento. Ossos fraturados, queimaduras, fraturas cranianas, equimoses múltiplas e severas implicam graves acessos de raiva por parte do agressor, e falta de controle de seus impulsos.
- Observar atentamente os pais, buscando identificar se existem indícios de graves distúrbios de comportamento.

- O que precipitou a crise? Existe um problema grave na família, crises freqüentes?
- Os pais procuram ajuda e sabem a quem recorrer para cuidar das crianças nos momentos da crise?
- Existe serviço na comunidade ao qual eles podem recorrer?

Finalmente entendemos que a violência doméstica é perpetuada pelo modelo autoritário em que permanecemos, onde as desigualdades sociais con-

tribuem para o panorama desolador que se encontram nossas crianças e adolescentes, vítimas de toda uma estrutura social e de seus próprios familiares. Devido a isso, conclamamos a solidariedade individual e coletiva como nos aponta Dalai Lama, em seu livro: Uma Ética Para o Novo Milênio onde faz um apelo por uma revolução espiritual não necessariamente religiosa, em que sejam resgatadas as melhores qualidades do espírito humano, tais como: amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade e harmonia, que tragam felicidade tanto para as próprias pessoas como para os outros.

Marilucia Rocha de Almeida Picanço

Médica Pediatra e Professora da Universidade de Brasília.

Violência na Família

Liana Fortunato Costa

Maria Aparecida Penso

Inicialmente gostaríamos de traçar uma visão interdisciplinar da violência na família, apontando aspectos socio-históricos da organização familiar.

A evolução nos modelos familiares

Ariès (1986) nos conta que o primeiro esboço de uma organização familiar surgiu no que foi chamado de Estado Social Primitivo, no qual a humanidade vivia em tribos onde cada mulher pertencia a todos os homens da tribo, semelhante a uma horda de animais. Desse estado de promiscuidade surgiram então organizações familiares com um mínimo de regras, ordenando a vida em comum. Os principais tipos de famílias conhecidas são:

A **família consangüínea** constituía-se como todos sendo maridos e mulheres entre si. Não há mais nenhum vestígio dessa organização. A **família punaluana** se organizou em uma comunidade recíproca de maridos e mulheres no seio de um determinado círculo familiar, onde estavam excluídos os irmãos carnais, isto é, as mulheres eram comuns a grupo estrito de homens, sendo excluí-

dos os irmãos dos homens. Ainda existem vestígios desta organização na Ásia. A **família sindiásmica** constituiu-se em um homem que vivia com várias mulheres, ele era infiel mas exigia fidelidade da mulher. Os filhos pertenciam às mulheres. Há vestígios ainda desta organização na África e Ásia. É com a **família monogâmica** que tem início um sentimento de posse, quando o homem possui a mulher, os bens e precisa definir seus verdadeiros filhos por causa da herança. Essa família surge com o início da civilização, e ainda nos organizamos baseados nesse modelo.

Com relação aos filhos, a construção histórica da família se deu num primeiro momento, com a criança sendo conservada na casa ao lado dos pais até 7/8 anos, quando passava a morar em casas mais abastadas, fazendo serviços domésticos, mas também aprendendo boas maneiras com famílias mais educadas. Isto ocorreu até o século XV, por volta de 1450. A profissão era aprendida na prática, na casa para onde a criança se mudava. As crianças eram consideradas adultos pequenos, e conviviam apenas com adultos. As relações na família eram mais morais e sociais do que sentimentais.

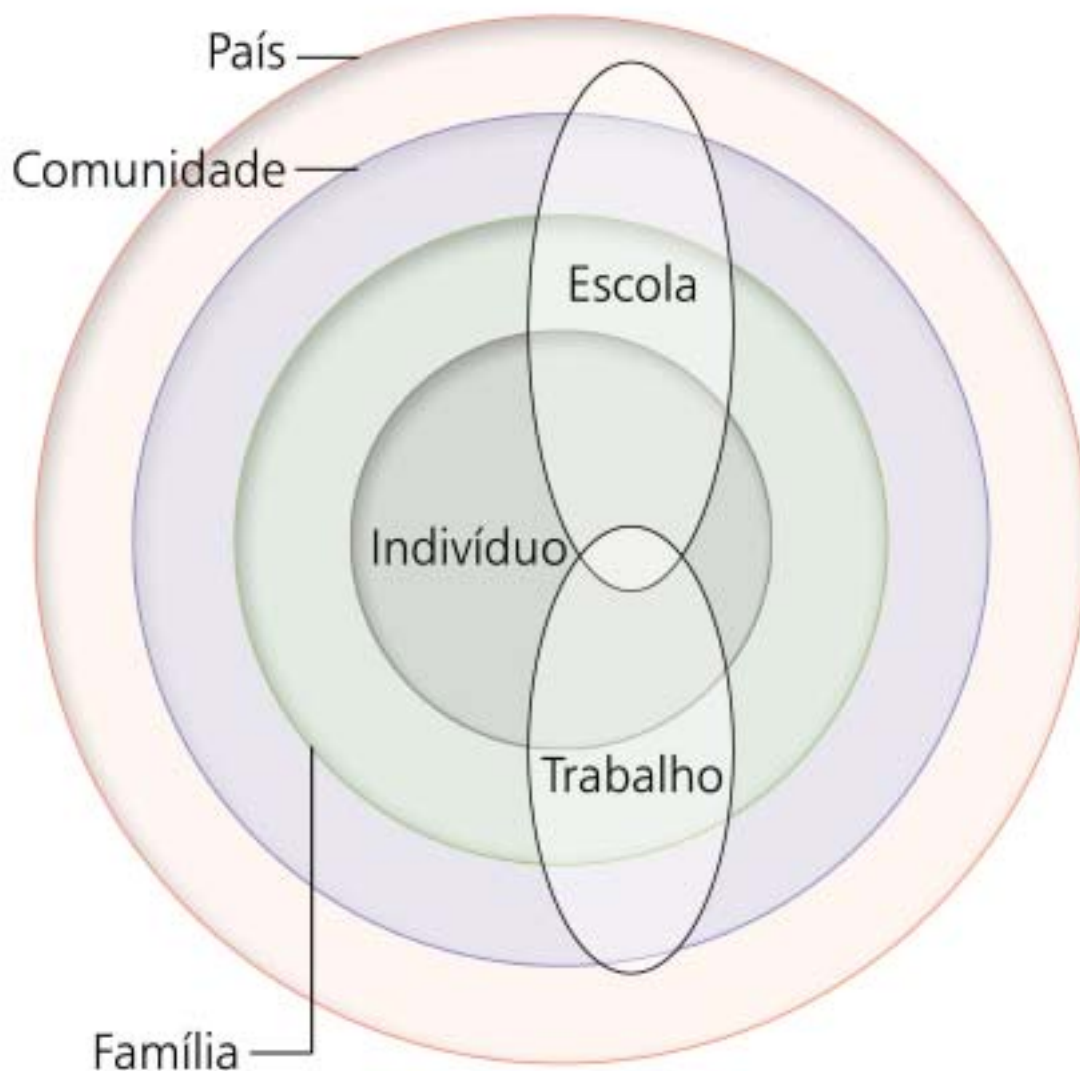
A escola surge como uma preocupação sentimental dos pais para com os filhos quando passam a não querer deixá-los mais com outras famílias. A partir daí a família passou a ser considerada um grupo de pessoas que possuíam vínculos afetivos. Isso ocorreu entre os séculos XV e XVII. A vida se desenrolava sempre dentro do grupo onde se nascia, não havendo vida privada, profissional ou social. As habitações eram construídas com um só cômodo. Os deveres do bom pai eram: controlar sua mulher, bem educar seus filhos, governar bem seus empregados.

A família moderna (séc. XVIII, de 1700 até hoje) é que apresenta valores como privacidade e organização envolvendo um subgrupo isolado, como de pais ou de filhos. O sentido comum de família (tal como o conhecemos hoje) é que traz o sentimento de pertenci-

mento ao lar, casamento tardio, precocidade do trabalho, problemas habitacionais e a tradição de escolarização para a criança.

É importante também que agreguemos uma leitura sistêmica da família, vendo-a como um sistema dentro de outros sistemas e contendo outros sistemas também (Minuchin, 1982; Andolfi, 1981). Com isso estamos querendo enfatizar que, nessa perspectiva, a violência se dá na relação. Outro aspecto que faz parte de uma perspectiva sistêmica é que a família precisa ser compreendida em seu contexto de inserção, isto é, com relação ao local e à cultura aonde se encontram. Desse modo a cidade, o bairro, a comunidade podem incrementar a violência intrafamiliar.

Portanto, a família é a matriz de desenvolvimento psicossocial de seus membros.



Características do Sistema Familiar

A estrutura da família é a de um **sistema socio-cultural aberto**, em transformação, passando por estágios de desenvolvimento que requerem constante adaptação. Este sistema está sempre mudando e sempre conservando os padrões interacionais exigindo adaptabilidade. Todo sistema familiar possui um conjunto de regras implícitas que regulam o seu funcionamento, tanto dentro da família como desta com o mundo exterior. Este conjunto de regras é chamado **fronteiras**. A existência de fronteiras invisíveis marca o surgimento de sub-sistemas, como pai e mãe, marido e mulher, irmão e irmão, mãe e filhos, etc. A fronteira extra-familiar fornece proteção para o mundo exterior. A estrutura da família pode ser aberta, quando há mais troca de energia com o exterior, ou mais fechada, quando conserva mais sua energia interna. O **poder** está presente dentro da família e é identificado naqueles que manejam o grupo de forma explícita ou sutil. A **hierarquia** é a organização de poder conhecida, isto é, tal como aparece nos jogos relacionais. A **percepção da realidade familiar** é o grau de congruência entre o que a família é, e o que ela pensa que é. **Afetividade** é a presença de humor, de sentimentos expressos e da possibilidade de conflitos também serem expressos.

Em toda família convive, simultaneamente, um sentido de pertencer e um sentido de existir separado, de ser único. O sentido de pertencimento fornece o **sentimento de pertencimento** a um grupo específico. O sentido de existência individual regula a **individuação** na família que ocorre através da tolerância e encorajamento para a autonomia de seus membros. A individuação é a permissão para expressão de sentimentos, pensamentos e valores individuais. É a habilidade de ouvir e respeitar os outros membros.

A violência no Sistema Familiar

A violência na família precisa ser compreendida a partir de diferentes perspectivas. A perspectiva histórica é extremamente importante, pois toda família se constitui num tempo histórico no qual os conflitos violentos são resolvidos com os recursos e valores desse tempo. Nesse sentido entram os meios de comunicação e negociação presentes, e sua influência sobre as emoções (Prado, 1985).

Existe ainda uma outra perspectiva política, que diz respeito às políticas adotadas pelas nações e à consequente influência sobre a política interna praticada na família. Estamos falando de uma forma social de convivência, que se insere sutilmente nas relações familiares, que também são relações sociais.

E há ainda a perspectiva familiar, que talvez seja a dimensão que nós possamos mais intervir. Estamos chamando de perspectiva familiar um olhar para esse grupo, de modo que possamos perceber que os valores, regras, e outros aspectos, são transmitidos horizontalmente, envolvendo a aprendizagem no tempo de uma geração, e verticalmente, aonde as aprendizagens envolvem várias gerações. Estamos falando também de que, na família, estamos expostos, o tempo todo, a um sistema de comunicação que se faz presente na forma de educar e de transmitir mensagens. É através desse sistema de comunicação que se faz a transmissão de delegações. Delegações são "ordens" passadas sutilmente, de geração a geração, e percebidas como impossíveis de não serem cumpridas (Priour, 1999; Boszormenyi-Nagy, 1983).

O trabalho com violência intrafamiliar requer a compreensão destas três perspectivas complementares e não excludentes. Uma perspectiva histórica que analise as diferentes formas de resolução de conflitos violentos adotadas por cada época; uma perspectiva política, que dê ênfase a programas de prevenção; e uma perspectiva compreensiva, que enfatize uma ação em direção à intimidade da família ou da pessoa. Ao longo da história, a família sempre foi um espaço de proteção. Nossa proposta é de reconhecer que a família pode se constituir num espaço de perigo, mas que devemos atuar para que seja um espaço de proteção para crianças e adolescentes.

Como grupo primário, a família é o grupo de origem de todos os outros, de todas as instituições. É o primeiro grupo a que cada pessoa pertence. O sentimento de pertencer a uma família traz para o indivíduo: proteção, segurança, bem estar, conforto.

A família também é o núcleo de socialização, um espaço de continência para a ansiedade, para as emoções e para as experiências. Um contexto de aprendizagem, onde se dá a experimentação de regras e limites, o treino dos papéis sociais. A família possui funções sociais, ou seja, um compromisso com a sociedade maior e funções internas, um compromisso interno com os seus membros.

Uma primeira função é a **função reprodutiva**, que se presta aos dois contextos: tem como propósitos perpetuar a sociedade, em um âmbito mais amplo, e dar prosseguimento à sua própria existência, em uma perspectiva mais particular. Outra função é a **econômica**: a família é o núcleo social responsável por seus membros. Espera-se que ela promova sua formação moral, educação, proteção, alimentação e satisfação das necessidades básicas. A **função da identificação social** viabiliza o processo de filiação, importante para o desenvolvimento do sentimento de pertencer, que torna o sujeito alguém identificado e diferenciado, um indivíduo reconhecido. E finalmente, a família tem a **função de socialização** dos seus membros, que inicia no momento em que nascem e se perpetua durante todo o seu desenvolvimento. Geralmente essa função é dividida com outras instituições significativas como escola, instituições religiosas entre outras, inclusive o ambiente profissional. É importante nos determos um pouco para apontarmos a família como **contexto de Risco X contexto de Proteção**.

Como espaço de proteção ela oferece proteção e cuidados, educa, socializa e sustenta os seus membros. Também os nutre de afeto, carinho e amor. Dá continência para os erros e acertos dos seus componentes, ampara, orienta, perdoa. É o símbolo de ligações eternas, de presença constante, de perenidade.

Porém, muitas vezes se apresenta como contexto de risco. Em algumas situações, estão presentes, no seio familiar, fatores de risco que comprometem o desenvolvimento psicossocial dos seus membros. A existência de violência, de abandono, de desorganização familiar, de abuso ou de dificuldades financeiras, que trazem obstáculos à subsistência das pessoas, indica a necessidade de atenção especial.

Apresentamos a seguir um quadro, procurando diferenciar o que compreendemos como fatores de risco e de proteção. Esse quadro traça, de forma sintética, as diferenças existentes entre as duas condições no tocante ao afeto, à organização do jogo relacional, à expressão das emoções e dos papéis e à organização socioeconômica.

Família	
Contexto de Proteção	Contexto de Risco
Amparo, acolhimento, Identificação Social, Socialização.	Abandono.
Flexibilidade.	Rigidez.
Papéis sociais definidos.	Desorganização familiar.
Expressão do afeto positivo, carinho, proteção.	Abuso, violência.
Subsistência: satisfação das necessidades básicas.	Dificuldades financeiras.

As famílias que maltratam e/ou abusam oferecem a possibilidade de observarmos jogos relacionais específicos (Cirillo & Di Blasio, 1991). Nas famílias que maltratam há dois grupos de jogos: os que desembocam em um sintoma psiquiátrico do filho e os que desencadeiam o comportamento de maltrato. Existe ainda um "ciclo repetitivo do abuso", ou seja, as crianças expostas a maus-tratos tendem a repetir esse padrão, sendo os agentes do abuso quando se tornam adultos. No primeiro grupo de famílias, mais que maltrato, está presente o descuido com os filhos, fruto de uma incapacidade do genitor de fazer frente ao dever de criar e de cuidar

da prole. Essa incapacidade geralmente é uma mensagem dirigida ao outro genitor: maltrata a criança por raiva do companheiro.

Além de fatores de ordem individual, tais como experiência anterior de abuso, personalidade imatura dominada pelo impulso, estrutura criminosa etc; existem elementos socioculturais, como o elevado nível de estresse relacionado com a marginalidade social, com a desocupação, com a falta de moradia ou com a superpopulação em moradias inadequadas, com a miséria e com a pobreza cultural que limita o recurso da verbalização na resolução dos conflitos.

O segundo grupo de famílias é aquele onde ocorre o maltrato. Trataremos a seguir dos jogos que ocorrem nestas famílias, procurando explicar o ciclo da violência contra crianças e adolescentes. Dividiremos este grupo em dois subgrupos: aquele onde ocorre a violência física contra os filhos e aquele onde ocorre a violência sexual. Nas famílias onde ocorre a violência física, o conflito conjugal explode de modo violento e manifesto. As coalisões familiares são claras, explicitadas de maneira clara e provocativa, até que seja desencadeada a violência de um dos pais contra um filho que esteja em "território" contrário. Coalisão é um tipo de jogo relacional específico (como por exemplo, a sedução) que é jogado por dois familiares, e do qual ninguém mais participa.

Existe uma seqüência clara de comportamentos que vão se sucedendo, que caracteriza o maltrato físico: primeiro o casal explode em conflito, em seguida há a inclinação dos filhos em direção a um dos pais, desse modo tem início uma coalizão ativa do filho com esse pai/mãe, e por fim há uma instrumentalização das respostas emotivas da criança, ou seja, a criança começa a tomar o partido do pai/mãe de forma explícita, desencadeando a violência do outro cônjuge.

Explicando melhor, a família em que acontecerá o maltrato sobre um filho apresenta, em uma primeira etapa, um conflito conjugal explícito, caracterizado pela oposição constante e sistemática de um membro do casal ao outro. Esse conflito perdura pela expectativa que cada um tem de poder modificar o outro. Nessa primeira fase a criança é um simples espectador do conflito, mesmo que expresse o seu desagrado por intermédio de esporádicas reações de ansiedade e irritabilidade. Na segunda etapa, à medida que perdura o conflito, os filhos são empurrados a entrar no campo de batalha e a tomar o partido de um dos pais. Geralmente as crianças se aliam ao genitor que parece ser a vítima, fragilizado e injustiçado. O filho quer levar alento ao pai/mãe, e o genitor aceita e estimula essa inversão de papéis. Esboça-se uma relação caracterizada por uma coalizão entre membros de duas gerações distintas (genitor e filho) contra um terceiro (cônjuge).

Na terceira etapa, o filho que havia se aproximado mais de um dos pais, começa a dirigir a sua hostilidade ao outro. Nos momentos de conflito ele não é mais apenas um espectador, mas expressa abertamente as suas próprias emoções. Na quarta etapa o jogo familiar se torna mais complexo, já que a criança assume a posição de instigadora ativa

do maltrato. As reações da criança não são compreendidas pelo casal como uma resposta ao conflito conjugal, mas como um sinal de rebelião, indisciplina e desobediência. Dessa forma, a criança é castigada e o seu comportamento é usado pelos pais para acusarem-se mutuamente de incapacidade e incompetência.

A criança acaba por perceber o jogo em que se envolveu, sente-se traída e volta-se contra os dois pais, indistintamente, tornando-se, ao mesmo tempo, vítima e instigadora da violência.

Nas famílias onde ocorre a violência sexual contra crianças, a dinâmica familiar nestas situações (Furniss, 1993) apresenta fronteiras intergeracionais rompidas em certas áreas do funcionamento familiar e permanecem intactas em outras. Há inversão da hierarquia familiar entre pais e filhos, o que é desorientador para a criança. Em termos de dependência emocional, o pai geralmente está em um nível de imaturidade semelhante ao da criança.

Há uma confusão entre conflitos nos níveis emocional e sexual: a criança busca um cuidado emocional e recebe uma resposta sexual. A criança cresce com essa confusão e, mais tarde, na sua vida adulta, pode apresentar comportamento sexualizado quando na verdade quer um cuidado emocional. O casal fica incapacitado de admitir os seus problemas sexuais, a confusão entre eles e os problemas emocionais produz solo fértil para a manutenção do abuso sexual da criança por longo tempo dentro da família.

A criança, em um processo secundário que continua mantendo o abuso, fica prisioneira do pai/mãe, por temer as suas ameaças físicas ou emocionais. Os sentimentos de culpa de ambos, e o medo da punição impedem a revelação por parte de qualquer um deles. Ao mesmo tempo, os sentimentos de culpa e de rejeição permeiam a relação entre mãe e filha, impedindo uma real aproximação entre elas. Como pano de fundo, estabelece-se o segredo, unido à toda confusão hierárquica e de papéis existentes na família.

Reflexões sobre a formação do profissional que trabalha com violência intrafamiliar

Um outro aspecto tão importante quanto o conhecimento teórico e prático sobre o assunto é a conscientização, por parte do trabalhador nessa

temática, de sua implicação pessoal com o tema. Implicação pessoal significa a vivência ou a experiência da violência na própria vida. Porque essa implicação e as defesas utilizadas para a sobrevivência podem sobrepujar a visão da violência como um dano para o outro. Daí a importância da qualificação específica dos trabalhadores na área de violência.

Estamos falando de uma formação teórica, técnica, política e de uma qualificação pessoal, através de oficinas, vivências introspectivas para que cada um possa perceber como significa a violência na sua existência.

Há ainda uma necessidade atual de se ampliar a dimensão de participação, com a possibilidade de construção de uma rede institucional, envolvendo todas aquelas instâncias e instituições que participam de movimento político ou interventivo na área da violência.

A criação dessa rede tem como objetivos:

- Evitar a dissonância cognitiva existente entre a concepção de violência constituída teoricamente e a própria vivência com o tema.
- Potencializar as ações intra e interinstitucionais.
- Formar uma rede de apoio teórico e afetivo para os trabalhadores nas instituições.
- Maximizar as ações, por meio de uma melhor compreensão das vocações existentes entre os componentes da rede de instituições.
- Oferecer apoio entre os trabalhadores da rede, de modo a estarem atentos ao esgotamento psíquico e emocional tão comum naqueles que lidam com esse tema.

Por fim, gostaríamos de lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente indica

a responsabilidade dos trabalhadores na manutenção das medidas de proteção às crianças e adolescentes, nos artigos 70 e 73.

E finalmente apontar o que vários trabalhos atualmente mostram: a posição da Justiça como uma instância que participa do processo de significação do ato violento (Santos, 2002).

Referências

- ANDOLFI, M. (1981) **A Terapia Familiar**. Lisboa: Vega.
- ARIÈS, P. (1986) **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2ª ed.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G. M. (1983). **Lealtades invisibles**. Buenos Aires: Amorrortu.
- CIRILLO, S. & DI BLASIO, P. (1991). **Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar**. Buenos Aires: Paidós.
- FURNISS, T. (1993). **Abuso sexual da criança. Uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MINUCHIN, S. (1982) **Famílias. Funcionamento & Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PRADO, D. (1985) **O que é Família**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense.
- PRIEUR, B. (org.) (1999). **As heranças familiares**. Lisboa: Climepsi.
- SANTOS, V. A. (2002). **Família e violência sexual contra crianças: o papel da justiça na construção e reconstrução de significados**. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.

Liana Fortunato Costa

Psicóloga, Terapeuta Familiar, Psicodramatista, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, Professora da Universidade Católica de Brasília e Pesquisadora Associada da Universidade de Brasília

Maria Aparecida Penso

Psicóloga, Terapeuta Familiar, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília e Professora da Universidade Católica de Brasília

Conceituando a Negligência

Tereza Cristina Formiga Cardoso

Introdução

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais". Assim preconiza o artigo 5º do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.

No entanto, a realidade é muito diferente. De acordo com dados do Ministério da Saúde, violência e acidentes constituem o fator mais importante de mortalidade no Brasil, na faixa etária de 5 a 19 anos (59%). As agressões ocupam o primeiro lugar nas estatísticas, sendo responsáveis por 40% do total de óbitos. A maioria dos estudos aponta que grande parte dos casos de violência ocorre dentro do ambiente doméstico, sendo os mais comuns as agressões físicas, abuso sexual, a negligência e os maus-tratos psicológicos.

Os profissionais de saúde têm um importante papel na prevenção e no atendimento dos casos de negligência, pois participam ativamente no acompanhamento da vida de seus pacientes e podem contribuir para ajudar a família quanto à prevenção, sendo muitas vezes referência de apoio e confiança.

Segundo o ECA, os profissionais são obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Para que o Estatuto seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; treinar sobre como atender às vítimas de violência doméstica; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas e aperfeiçoar o sistema de informação sobre o perfil de mortalidade por violência.

No DF, nos últimos anos, tem se observado no atendimento às crianças nas unidades de pediatria e emergências dos hospitais, que o número de acidentes com medicação, quedas e queimaduras aumentou. Muitos desses acidentes ocorrem por negligência dos pais. Outros acontecem por falta de condições da família para dar às crianças, uma vida com qualidade. Estudiosos da violência chamam essa falta de estrutura e condições de Violência Estrutural.

Apresentamos neste trabalho o conceito de negligência, os indicadores dessa violência, os cuidados que a família deve ter, o que diz a Lei e como fazer uma denúncia.

Conceito

Segundo o dicionário Aurélio, Negligência é: "desleixo, descuido, desatenção, menosprezo, preguiça, indolência".

Para Viviane Guerra, a negligência se configura quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos. Quando tal falha não é o resultado das condições sociais de vida dos pais, aspecto este tão relevante em uma realidade como a brasileira. Evidentemente, se uma criança está mal alimentada porque os pais não conseguem obter recursos financeiros para o fazer adequadamente, o caso não será considerado como negligência. Entretanto, se todo o dinheiro conseguido e que seria, por exemplo, para alimentação da prole, é desviado para o consumo de bebidas alcoólicas, então poderia se configurar um cuidado negligente.

Negligência é um ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover necessidades básicas para o seu desenvolvimento. Fruto da omissão e/ou despreparo dos pais ou responsáveis de crianças. Ex: alimentação, vestuário, saúde, educação amor, descuido, acidentes previsíveis etc.

Formas pelas quais se pode reconhecer a negligência

Para se identificar a negligência é importante que familiares e profissionais, principalmente da saúde e educação, conheçam as formas de negligência. Eis alguns indicadores: processo de desenvolvimento de crescimento retardado; níveis variados de desnutrição; problemas de personalidade dos pais como apatia, impulsividade; enfermidades frequentes, tanto graves quanto brandas, indo desde problemas nos ouvidos, garganta, pulmões, tórax, trato gastro-intestinal, até disfunções

nerológicas. Estas crianças têm doenças crônicas e latentes, muitas delas não evidenciando porém risco de vida.

O que fazer

Notificar (dever do profissional, segundo o ECA).

O ECA tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde tratando-o como esfera pública de proteção que recebe incumbências: a de identificar, notificar a situação, buscar formas (parcerias) para proteger a vítima e dar apoio à família.

Intervenção

Há autores que relatam uma intervenção voltada prioritariamente para a vítima e seus familiares. Com este enfoque são buscadas ações que atinjam vários aspectos do funcionamento da vida familiar o que inclui: a situação financeira da família; a qualidade da habitação; as condições de saúde e os cuidados médicos; o relacionamento entre o casal e deste com a criança; as habilidades dos pais em termos dos cuidados com os filhos e para utilização de recursos comunitários. Os serviços oferecidos vão desde terapias (familiar, individual), grupos onde os pais podem desenvolver habilidades, grupos de auto-ajuda para aumentar o contato social e oferecer aos pais condições de cuidar melhor dos seus filhos.

A sociedade brasileira, através de um conjunto de mobilizações sociais, estudos e denúncias nos meios de comunicação social, conseguiu incluir, na Constituição Federal (1988) o artigo que garante a proteção integral à criança e ao adolescente. Em 1990 foi constituído o ECA.

Eis alguns artigos que interessam aos profissionais de saúde. Temos uma responsabilidade muito grande na questão da defesa da criança e do adolescente. Quando nós fazemos a notificação e os encaminhamentos

corretos, estamos cumprindo com o nosso papel de proteger a criança e o adolescente.

Art. 245 do ECA

"Deixar o médico, professor, ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes.

Pena - multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência".

A obrigatoriedade da notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais.

Conclusão

Quanto ao fenômeno da negligência observa-se que, freqüentemente, se culpa a mulher como principal responsável pela ocorrência do problema. Essa questão tem um fundo social. À medida que as mulheres assumem um trabalho remunerado fora do lar, não lhes são dadas condições para conciliar as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos. A oferta de recursos para crianças é restrita, muitos não são gratuitos. Como decorrência disso, muitas crianças são deixadas sozinhas no lar, trancadas. Devido a essas situações, o profissional de saúde tem uma certa dificuldade em discernir quando existe a intenção por parte dos pais ou se ocorreu apenas um acidente devido às precárias condições sociais da família. Por isso, há que se fazer uma análise criteriosa da situação para se identificar a negligência em relação a criança e ao adolescente.

No entanto, independente da situação social da família e da culpabilidade dos pais pelos cuidados da criança, é necessário que se notifique e que se tome decisão a favor da proteção da criança que está sofrendo maus-tratos.

Tereza Cristina Formiga Cardoso

Assistente Social, Terapeuta de Família, Especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes e Pós-graduada em Educação Sexual.

Contextualizando a Negligência na Família

Laurez Ferreira Vilela

Apresentação

Os Programas de Prevenção a Acidentes e Violência – PAV e Vigilância Epidemiológica da SES/DF e da Rede de Saúde do DF, registraram, no ano de 2004, a **negligência** como causadora do maior número de notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes nas Regionais de Saúde totalizando 140 casos. Destes, a maioria por **asfixia** (inalação de conteúdo gástrico, afogamento, obstrução das vias aéreas por alimentos, presença de corpo estranho em vias superiores); **intoxicação exógena** (por medicamentos, material de limpeza e raticida "chumbinho"); além dos **atropelamentos**. A segunda causa mais comum é a Violência Sexual, com 91 casos notificados.

Esse tema assume caráter polêmico por permear uma conjunção de fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos, diariamente confrontados por profissionais de diversas áreas que, por primazia de seu trabalho, têm oportunidade de intervenção no universo familiar.

Nosso propósito, portanto, é sensibilizar para identificar e "desnaturalizar" a negligência, encaindo-a como uma das facetas da violência, podendo trazer conseqüências profundas à pessoa em desenvolvimento.

Alguns profissionais não notificam a negligência por diversos fatores: ora minimizam a situação, ora têm receio da família perder o pátrio poder, ora confundem com experiências de sua infância. Na realidade, a ênfase não é punitiva. A notificação tem o objetivo de articular e ampliar a rede de proteção à criança, apoio/orientação a seus familiares.

Destaca-se que nem sempre existe intencionalidade nas situações de negligência. Na maioria das vezes, os responsáveis seguem seu próprio referencial; se foram bem cuidados na infância, serão

bons cuidadores, caso contrário nem percebem sua inadequação enquanto protetores.

Outro aspecto é discernir **negligência** de Violência Estrutural.

Violência Estrutural é a dificuldade dos responsáveis em suprir as necessidades básicas de sua família, conseqüência da estrutura socioeconômica e da distribuição injusta de renda no país. Ex: pobreza, fome, causando a desnutrição, crianças cuidadas por menores, pois os pais trabalham, falta de creches, ausência de políticas públicas, dentre outras.

É necessário intervir para proteger e garantir os direitos da criança e do adolescente, de forma a possibilitar o seu desenvolvimento sob condições de liberdade e dignidade, evitando que pessoas fiquem reféns de um processo histórico cujo dano é percebido, muitas vezes, tardiamente.

Em caso de NEGLIGÊNCIA, é dever do profissional notificar ao Conselho Tutelar da moradia da criança ou adolescente, o qual irá monitorar de perto a família para que esta mude seu padrão de comportamento.

Em caso de Violência Estrutural, deve-se notificar ao Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e Juventude para que o Estado garanta sua sobrevivência conforme preconiza o Artigo 227 da Constituição Brasileira¹. É necessário reivindicar direitos para que eles sejam cumpridos.

Interromper o ciclo de violência e possibilitar à família a perspectiva de mudança de comportamento são desafios para o profissional da saúde? Com certeza, pois competência e compromisso são imprescindíveis no exercício de sua profissão.

No tocante à capacitação técnica, deve-se priorizar a identificação da negligência e buscar estratégias de prevenção, tendo por norteador a afetividade nas relações.

¹ "É dever da família, da sociedade e do Estado garantir à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão." Artigo 227 da Constituição Brasileira, 05 de outubro de 1988

Formas de Negligência:

A negligência se manifesta em diferentes situações e contextos tais como:

- No campo da saúde: identifica-se como formas de negligência: vacinas em atraso, doenças crônicas não tratadas, longos períodos sem atendimento médico, extravio constante da carteira de saúde, desnutrição etc.
- Na área da educação: excesso de faltas escolares, criança/adolescente fora da escola, não acompanhamento ao andamento escolar etc.
- Desleixo da família com a criança: aparência descuidada e suja, ausência de documentos; com o domicílio: fezes e urina pela casa, ou ainda, lixo ao redor desta.
- Falta de supervisão dos responsáveis: crianças pequenas sozinhas em casa ou constantemente fora de casa, em festas populares, em casa de vizinhos, nas ruas, em abandono, vestimentas e alimentação inadequadas.
- Acidentes previsíveis como **quedas** (da cama, berço, janelas, escadas, banheira); **asfixias** (por objetos pequenos, brinquedos, travesseiros, fio de telefone, saco plástico, pedaços grandes de alimentos, cordão de chupeta e outros); **intoxicações** (por medicamentos, material de limpeza, veneno de rato, cosméticos, bebida alcoólica, dentre outros); **queimaduras** (no forno quente, tomada, ferro de passar, velas, fósforos, panelas, líquidos quentes, álcool e exposição excessiva o sol); **afogamentos** (em piscinas, lagos, praias, banheiras, baldes e vasos sanitários) e **atropelamentos**.
- Outras formas de negligência são deixar a criança sem cinto de segurança, a permissividade, privação de contatos sociais, dentre outras.

Compreendendo a negligência

Principais causas de negligência

A negligência é causada por uma conjunção de fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos:

- Dificuldades da família em utilizar a rede informal e as instituições de sua comunidade.
- Adulto com dependência emocional.
- Trauma de infância dos pais.
- Famílias monoparentais.
- Troca constante de parceiros.
- Desconhecimento dos pais quanto às necessidades infantis e os diferentes estágios de desenvolvimento da criança.
- Paternidade oriunda da falta de planejamento familiar, gravidez precoce ou indesejada.
- Socialização deficitária das atividades familiares.
- Apatia, impulsividade, autoritarismo dos pais.
- Estresse do(s) cuidador(es).
- Falta de informações básicas.
- Papéis deficitários ou invertidos na família.

Características da criança/adolescente negligenciado

- Desnutrição.
- Fome e fadiga constante.
- Higiene precária (aparência descuidada e suja).
- Roupas inapropriadas para o clima.
- Constantemente sem supervisão, especialmente em atividades perigosas (ocorrendo acidentes domésticos freqüentes).
- Não recebe atenção para problemas físicos ou remédios.
- Problemas físicos.
- Necessidades não atendidas.
- Abandono.

Características da família

- História de negligência quando criança.
- Abuso de drogas e álcool.
- Mantém a casa caótica.
- Evidência de apatia ou desesperança.
- Doença mental ou inteligência diminuída.
- Família passiva, não parece se preocupar com a situação da criança/adolescente.
- Baixa auto-estima.
- Apresenta severo desleixo com a higiene e aparência.

Conseqüências da negligência

- Processo de desenvolvimento e de crescimento retardado.
- Problemas na conduta.
- Privação cultural.
- Sentimentos de rejeição e baixa auto-estima.
- Desnutrição (níveis variados de desnutrição).
- Depressão.
- Timidez, dificuldades para fazer amigos.
- Risco de acidentes.
- Quando adultas – dificuldades nos relacionamentos (dificuldades para dar e receber amor).
- Deficiências cognitivas ou neurológicas (disfunções neurológicas).
- Acidentes domésticos.
- Doenças psicossomáticas.

Quadro adaptado da cartilha Centro "Crescer Sem Violência" - Compreendendo a Negligência na Família.

Geralmente os profissionais de saúde culpam a mãe pela Negligência. Isso evidencia as relações de gênero em uma sociedade patriarcal, onde os cuidados com os filhos é uma tarefa materna. De acordo com Azevedo & Guerra (1998), "esta teoria postula que a mãe é a única capaz de ocupar-se do bebê, porque está biologicamente determinada para isso... legitima-se, assim a exclusão do pai e se reforça a simbiose mãe-filho"

É necessário ressaltar que a família é responsável pela proteção de seus filhos, sendo imprescindível a participação do pai no planejamento familiar, pré natal, sustento e educação dos filhos.

Espaço Estratégico para Intervenção

Os Centros de Saúde, Postos de Saúde e Família Saudável, compõem um espaço educativo junto às crianças e seus familiares especialmente nas áreas de saúde, higiene, noções de cidadania. Neste cenário deve-se buscar a melhoria dos programas de atendimento integral à população.

A articulação com instituições como escolas, creches, assistência e outras, torna-se imprescindível para resolutividade das situações de negligência bem como atuações preventivas. A intervenção precoce em casos de violência contra crianças e adolescentes envolve trabalho multiprofissional, sendo a alternativa mais viável para a reversão do quadro ou situação de negligência é uma ação educativa, comprometida e continuada, que visa mudança de padrões de relacionamentos da família.

Um Caso de negligência

Uma criança com 5 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Pronto Socorro Infantil trazido pela mãe com queixa de dor na região anal.

Ao exame foi constatado na região perianal hiperemia e fissura.

A mãe trabalha fora e deixa a criança com a vizinha que tem dois filhos: um de 11 anos e outro de 14 anos.

Esta é a segunda vez que a criança vem ao Pronto Socorro Infantil em menos de 45 dias. A primeira vez foi trazido pela prima de 17 anos, pois ele havia ingerido comprimidos que a mãe usa para dormir.

Este caso foi encaminhado ao IML para exame de corpo de delito, para a Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente e para o Conselho Tutelar

Este caso evidencia uma negligência severa que desencadeou um abuso sexual (atentado violento ao pudor) e intoxicação por ingestão de medicação.

As famílias precisam ter noção do perigo, por isso a importância da prevenção (secundária), ou seja, orientação/educação familiar e a notificação dos casos para acompanhamento e monitoramento das mesmas, já que a negligência possibilita desdobramentos para danos maiores.

Portanto, para se reverter o quadro de negligência, é necessário re-significar o conceito de proteção na dinâmica familiar.

Como proceder - Notificar para proteger

- É obrigatório preencher a ficha Notificação de Acidentes e Violência e encaminhar ao Programa de Acidentes e Violência de sua Regional (PAV) ou Serviço Social; posteriormente, encaminhar ao Conselho Tutelar, conforme artigo 13 e 245 do ECA.

É importante repassar dados corretos: nome, idade, nome dos pais ou responsáveis, endereço completo e detalhes da situação de negligência ou de outra forma de violência.

Referências bibliográficas

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Crescer sem violência: um desafio para profissionais de educação**. FIOCRUZ, RJ, 1994.

AZEVEDO, M. A & GUERRA, V.N.A. **A síndrome do pequeno poder**. São Paulo, Iglu, 1989.

Centro "Crescer Sem Violência" **Compreendendo a Negligência na Família**. Florianópolis, 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Prevenir a Violência: um desafio para profissionais de saúde**, FIOCRUZ, RJ, 1994.

Information Kit for your community action compaign. Virginia Coalition for Child abuse prevention Month, 1996, USA

SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. EDUPE, Recife, 2002.

Laurez Ferreira Vilela

Assistente Social, especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes, Pós-graduada em Educação Sexual e Terapeuta Familiar.

Violência Física Contra a Criança e o Adolescente

Eneida M. Fontes

Mércia M. Fernandes de Lima Lira

Apresentação

A violência contra a criança e o adolescente é um problema de Saúde Pública mundial e vem ganhando a atenção dos profissionais de saúde em nosso País, particularmente no Distrito Federal. A Violência, junto com os acidentes, constitui a segunda causa de morte em crianças de 0 a 5 anos e

a primeira causa em crianças e adolescentes acima de 5 anos (Guia de Orientação aos Profissionais de Saúde).

No DF não temos dados estatísticos reais sobre a violência doméstica. No Hospital Regional da Asa Sul – HRAS, onde existe o Programa de Proteção à Criança Vítima de Violência Doméstica, esse tipo de violência é

causa freqüente de atendimentos ambulatoriais e/ou emergenciais, bem como de internações de crianças de 0 a 12 anos. De janeiro/1997 a maio/2001, foram atendidas 515 crianças vítimas de violência, destas, 12 morreram. As mortes dessas crianças foram provocadas por ingestão de medicamentos, agrotóxicos, bebidas alcoólicas, afogamento e queimaduras. Esses óbitos poderiam ter sido evitados se houvesse uma atuação prévia por parte de uma equipe multidisciplinar.

Em relação ao tipo de violência, atendemos crianças e adolescentes vítimas de negligência, de violência psicológica, sexual e física. A violência física não é a de maior incidência mas é, em geral, a que mais aparece e, por isto, a mais propagada e mais conhecida. Talvez por deixar marcas visíveis à sociedade.

Devemos lembrar que a violência física, além da dor e marcas no corpo, deixa marcas psicológicas graves. Raramente a vítima sofre um tipo isolado de agressão. A violência contra qualquer ser humano é um fato grave e é considerado mais cruel quando acomete crianças indefesas. Há o relato de sua existência há vários séculos. Entretanto não havia uma conscientização a respeito dos males decorrentes dessa prática.

Dr. Henry Kump em 1962 descreveu *A Síndrome da Criança Espancada* e a partir de então, houve um interesse científico crescente sobre o tema.

Há um aumento significativo quanto ao número de atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violência nos serviços de saúde em todo o mundo. Na nossa realidade, também observamos um crescimento semelhante com uma grande demanda ambulatorial e emergencial.

Nos USA, 25% dos atendimentos médicos em pediatria, são ocasionados por violência doméstica. Em 62% dos lares ocorre violência à criança (Monterrey et Al). No Brasil, estudo feito pela Universidade de São Paulo, de 1996 a 2000, constatou 33704 casos de violência doméstica notificados e, que 80% dos pais batem nos filhos (Azevedo, 1997).

Diante dessa realidade concluímos que os serviços e profissionais de saúde necessitam estar preparados para atuarem na prevenção, no diagnóstico e na condução da violência praticada contra crianças e adolescentes.

Faremos algumas abordagens sobre o tema com o objetivo de transmitir conceitos básicos,

experiências, aprimorar o conhecimento dos tipos de violência e das lesões resultantes da mesma, distinguir os traumas acidentais dos intencionais e auxiliar a dissipar o medo dos profissionais em relatar e notificar os casos de violência, tratar e, principalmente, atuar na sua prevenção.

Conceito

Violência física são atos praticados com uso da força física, infligidos à criança ou adolescente de forma intencional, não acidental, praticados por pais ou responsáveis com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, podendo deixar ou não marcas (Deslandes,S).

Causas da violência física

Culturais – A violência é praticada como forma educativa.

Patológicas – Os agressores são portadores de patologias psiquiátricas

Sociais – O desemprego, a falta de apoio como inexistência de creches, escolas, atendimento médico funcionam como fatores predisponentes para a violência." Os pais apanham da vida e os filhos apanham dos pais"

Ciclo da violência – Os adultos que sofreram violência quando crianças têm maior probabilidade de se tornarem agressores.

Indicadores da violência física

Não são específicos. Em geral os pais ou responsáveis levam a criança ao Serviço de Saúde devido a outra queixa. A lesão física, apresentada pela criança, é um achado observado ao exame físico que, na maioria das vezes, é justificada como causada por queda ou outro trauma acidental. No entanto, observamos que o relato não justifica o tipo de lesão ou a gravidade da mesma.

Devemos estar atentos aos indicadores indiretos, que estão presentes no comportamento da família e ou da criança/adolescente.

Na família

Em geral ocultam as lesões. Retardam a ida da criança ao serviço de saúde. Fazem relato de situações acidentais incompatíveis com a idade e capacidade da criança. Imputam a causa das lesões a outras pessoas ou como consequência de situações acidentais incompatíveis com a idade e capacidade da criança em praticar tal ação. A explicação não justifica a injúria produzida. Apresentam reação desproporcional ao quadro apresentado pela

criança e confirmam a adoção de métodos educativos e de punições severas.

História de tentativas de suicídio. Relato de fuga de casa.

Na criança/adolescente

Têm relato de sofrer acidentes freqüentes. Apresentam-se assustadas, demonstram ter medo dos pais e apresentam baixa auto-estima. Têm dificuldades de aprendizagem.

Mas o que consideramos como lesão?

Lesão corporal é toda e qualquer ofensa à normalidade funcional, seja do ponto de vista anatômico ou fisiológico.

Agentes causadores de lesões são os instrumentos que as produzem

Instrumento	Lesão
Contundente	Ferida contusa
Cortante	Ferida incisa
Perfurante	Ferida punctória
Corto-contundente	Ferida corto-contusa
Pérfuro-contundente	Ferida pérfuro- contusa
Pérfuro-cortante	Ferida pérfuro-incisa
As lesões contusas apresentam-se sob as seguintes formas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Rubefação • Bossa serosanguínea • Equimose • Feridas contusas 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema traumático • Hematoma • Ferida contusa
É importante fazer uma avaliação na idade das lesões para correlacioná-las à suspeita.	

As equimoses podem ser avaliadas e estadiadas através de suas evoluções cromáticas:

Cor	Tempo de evolução
Negra, vermelha, violácea	1 a 3 dias
Azulada	4 a 6 dias
Esverdeada	7 a 12 dias
Amarelada	13 a 21 dias
Desaparece	após 22 dias
As lesões mais freqüentemente observadas são:	
Na Pele: escoriações, equimoses, queimaduras	
Nos ossos: fraturas – que podem ser únicas, múltiplas, antigas ou recentes, de idade diferentes, e situam-se, na grande maioria, nos ossos longos.	

Diagnóstico da violência física

É difícil. Em geral as pessoas negam quando interrogadas e, como já descrito anteriormente, não há sinais específicos. Por isso é importante a realização de uma pesquisa correta.

Anamnese

É a base para o diagnóstico. Para obtermos uma boa anamnese devemos procurar

estabelecer um bom diálogo e adquirir a confiança da família/ criança. Não devemos pré julgar e nem condenar ninguém.

Exame físico

- Deve ser completo e detalhado.
- Verificar tipo e idade das lesões.
- Locais do corpo mais acometidos. Descrever os tipos das lesões existentes na pele como hiperemia, escoriações, equimoses, queimaduras e outros ferimentos.

- Observar que as lesões podem ter a marca do agente usado (cintos, fivelas, ferro).

É importante saber fazer o diagnóstico diferencial entre as lesões infligidas com as lesões decorrentes de traumas acidentais, doenças, infecções, lesões auto-infligidas e manchas naturais.

- Diferenciar impetigo de queimadura de cigarro
- Hematomas e ou equimoses provocadas por patologias ou manchas congênitas.

Nos casos de fraturas, lembrar que nos casos de violência física os ossos longos são os mais acometidos principalmente nas diafises. São frequentes as fraturas de costelas ou de clavícula em crianças menores de 2 anos. As fraturas podem ser lineares e em espiral, na dependência da direção do impacto.

Sempre lembrar de afastar causas de fraturas espontâneas como as observadas em crianças portadoras de determinadas patologias como por exemplo a Osteogênese Imperfeita.

SNC

As alterações mais frequentemente observadas são as Hemorragias do Sistema Nervoso Central provocadas por traumatismos e também presente na síndrome do bebê sacudido, que ocorre sem fratura.

Nos casos de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), em geral, a criança estava bem e chega ao serviço de saúde em coma, com ou sem convulsões. Nestes casos deve ser solicitado Tomografia Computadorizada (CT) do crânio.

Órgãos intra abdominais

A lesão predominante é de duodeno, jejuno e rupturas de órgãos maciços como baço e fígado. O paciente apresenta quadro de abdômen agudo.

Aparelho genital

Muitas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual não têm queixas específicas, mas têm sinais indiretos:

- Infecções urinárias repetidas.
- Dor ou inchaço na região genital.
- Lesões e sangramento na região genital.
- Dificuldade de caminhar.
- Falta de controle esfinteriano.
- DST/ AIDS
- Gravidez
- Estupro.

Sempre fazer diagnóstico diferencial dos tipos de hímem: complacente, anular, bilabiado.

As conseqüências da violência física são sempre graves.

Para a criança

Déficit no crescimento, retardo no desenvolvimento, distúrbios psicológicos e psiquiátricos, comportamento anti-social, delinqüência. Tornar um adulto violento perpetuando o ciclo da violência e a morte precoce.

Para a família

Desestruturação familiar, perda do vínculo afetivo, perda de referência e apoio.

Para a sociedade

Aumento da criminalidade, aumento da prostituição, aumento da violência, menos adultos capazes, maior custo com saúde e segurança.

Prevenção

É o fator mais importante na mudança da gênese e perpetuação da violência e o único meio capaz de diminuir a ascensão da mesma.

O Pediatra e todos os demais profissionais da saúde têm uma posição estratégica na prevenção da violência doméstica. Para a atuação efetiva destes profissionais é necessário que eles considerem a violência doméstica um problema relevante e prevalente que precisa ser combatido.

A sua atuação pode abranger várias frentes

Na identificação das famílias de risco. Na atuação no pré-natal, no parto, no puerpério imediato, na puericultura. Nas consultas de rotinas da criança e do adolescente. Em palestras junto à comunidade. Na notificação dos casos suspeitos ou confirmados aos Conselhos Tutelares, atuando como advogados de seus pacientes indefesos.

A Prevenção também inclui a adoção de medidas de caráter social como:

- Investimento na melhoria de vida das pessoas.
- Ampliação de redes de serviços assistenciais específicos.
- Viabilização de profissionais de Psicologia e Serviço Social nas Unidades de Saúde.
- Maior acesso a creches, escolas e serviços de saúde.
- Instituições adequadas à guarda destas crianças.

- Programas de apoio aos agressores.
- Conselhos Tutelares atuantes.
- Acesso fácil e ágil às Instituições Jurídicas.

É necessário que as Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Serviço Social, de Psicologia, entre outras, formem profissionais com a visão de que somos responsáveis pelo atendimento global do paciente. Que devemos trabalhar junto às famílias promovendo conhecimento de modelos educativos, com a alternativa de impor limites, de conhecer o desenvolvimento das crianças, de aceitar os filhos como eles são e respeitar as suas limitações quando existirem.

Thomas Gordon, escreveu que "é necessário conscientizar as famílias de que o castigo e o abuso não são disciplinas. O castigo físico não educa. O castigo causa dor, o abuso destrói o ser. O castigo, o abuso e ódio formam um trio destrutivo". "O amor e a disciplina trabalham juntos e constroem bons homens".

Notificação

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Art. 13 - Fala que é dever da equipe de saúde notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência. No entanto, um grande número de profissionais, arraigados, têm o conceito de que este é um problema de âmbito familiar, que deve ser respeitado e resolvido por ele, sem considerar que, na maioria das vezes, é no ambiente familiar que acontecem as agressões. Há também o medo de alguns profissionais de se envolverem em questões jurídicas e policiais. Devemos considerar que a notificação é um instrumento de proteção à criança

Devemos lembrar que: a Constituição, o ECA e os Direitos Universais da Criança dizem que toda criança tem o direito de ser amada, protegida e feliz.

Devemos adotar a postura de:

Educador-Colaborador-Advogado das crianças e adolescentes.

Devemos lembrar que "*as gerações futuras nos julgarão pela maneira como tratamos nossas crianças*" (Boletim UNICEF-1996)

Referências

Autores e Agentes e Associados a Maus-tratos contra Criança e Adolescentes: Proteção e prevenção: guia de orientação aos profissionais de Saúde/ ABRAPIA-Petrópolis, RJ, 1997

AZEVEDO, M.A. GUERRA, V.N. **Infância e Violência Doméstica** - LACRI - Laboratório de Estudos da Criança - 1997

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Brasília : Ministério da Saúde, 1990

Brasil. Boletim UNICEF, 1991

Brasil. Violência Intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica nº 8, Ministério da Saúde, 2002

Brasil. Manual de Orientação aos profissionais - Sociedade Brasileira de Pediatria. 2001

Clínicas Pediátricas da América do Norte - Abuso da Criança. Vol 4/1990

JONES, D. N. **Understanding Child Abuse**. 1982

Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítima de maus-tratos - Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Brasília, 1998

Eneida M. Fontes

Pediatra, Especialista em violência doméstica pelo LACRI-IP-USP e Médica do IML-DF

Mércia M. Fernandes de Lima Lira

Pediatra, Especialista em violência doméstica pelo LACRI-IP-USP, Médica da UTI-HRAS e membro do Programa de Prevenção para Acidentes e Violências do HRAS-DF

Violência Psicológica

Marcelle Passarinho

Poder, discriminação, rejeição, cobranças, punições exageradas, desrespeito, autoritarismo, depreciação e mesmo o excesso de liberdade, por vezes mascarada pela teatralidade, culpa e jogo psíquico. Todas são formas de violência psicológica.

Na humanidade, na cultura, elas existem e sempre existiram, estão presentificadas o tempo todo. Assim, caracteriza-se a violência psicológica como parte integrante da cultura, que apesar de difícil distinção e conceitualização, é freqüente.

Portanto, é um problema universal que atinge milhares de pessoas; crianças, mulheres e homens. Não costuma obedecer nenhum nível social, econômico, religioso ou cultural.

Mas o que é a violência psicológica? É a ação ou omissão destinada a prejudicar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outras pessoas, por meio de intimidação, rejeição, depreciação, discriminação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, várias formas de pressão psicológica, isolamento, desrespeito e punições exageradas ou qualquer outra conduta que implique prejuízo e danos à saúde psíquica, ao desenvolvimento físico, sexual e social.

Trata-se de uma circunstância em que uma pessoa impõe seu poder sobre outra, através de meios persuasivos e coativos visando, mesmo que de maneira inconsciente, à destruição do outro. Assim, é entendida como um processo e não um ato isolado como, por exemplo, uma agressão física.

Desta maneira, a violência psicológica ou agressão emocional, às vezes é tão ou mais prejudicial que a física, já que permeia, e por vezes acompanha, todos os outros abusos ou violências.

É a forma de abuso mais difícil de ser identificada, apesar de extremamente freqüente, pois não deixa marca visível no corpo. No entanto, emocionalmente, causa cicatrizes profundas.

Comumente, ocorre de forma silenciosa e dissimulada, sendo camuflada pela sutileza das relações familiares e pelos relacionamentos interpessoais que causam sofrimento e conduz esses sujeitos a uma repetição dessa violência, já que

estudos mostram que agressores, normalmente vivenciaram situações de violência quando criança.

Apesar de camuflada, existem outras maneiras de identificar a violência psicológica, tais como: alteração no comportamento do sujeito; manifestações de doenças alérgicas, auto-imunes e psicossomáticas; obesidade; distúrbios do sono; dificuldades comportamentais; ou mesmo tentativa de suicídio.

A violência psicológica ocorre em todos os tipos de relacionamentos, invocando diferentes espaços sócio-institucionais como a família, relações interpessoais, empresas ou instituições.

Na família, a violência se dá de maneira perversa no relacionamento entre pais e filhos, entre os casais, entre os irmãos e entre avós e netos.

Contra a criança, apresenta-se sob variadas maneiras, principalmente através de uma interferência negativa do adulto, utilizando-a para atender as suas próprias necessidades. Cobranças, punições exageradas, rejeição, depreciação, comparação entre irmãos, discriminação e desrespeito comprometem o desenvolvimento psíquico, físico e sexual da criança, a sociabilidade da vítima, proporcionando um padrão de comportamento destrutivo e um baixo conceito de si própria.

Conseqüentemente, como supracitado, muitas crianças desenvolvem medo, pânico, depressão e distúrbios psicossomáticos. Pois convivem num estado constante de pavor. Uma criança ou adolescente vítima de violência psicológica, talvez seja a que mais sofra; por se ver impedida de se relacionar com quem deseja ou de brincar livremente porque os mais fortes e intolerantes lhe impõem tal sofrimento.

A violência psicológica praticada pelo cônjuge ou parceira pode trazer graves conseqüências para a saúde física e mental, tanto das mulheres quanto dos homens. Esta se dá pela ameaça de agressão física e impedimento quanto a: trabalhar fora, ter amizades, telefonar, conversar com outras pessoas. A mulher ou o homem ser acusado de ter amantes, além de agressividade verbal como discussões, brigas, gritos, indiferença e humilhação. Ou a mobilização emocional do outro para satisfazer a neces-

sidade de atenção, carinho e importância. De fato, todos esses abusos cometidos podem ser tão danosos para a saúde de uma pessoa quanto à violência física.

Outra forma de violência emocional dissimulada e terrível é fazer o outro se sentir inferior, dependente, culpado ou omissivo. O agressor com esse perfil, tem prazer quando o outro se sente inferiorizado, diminuído e incompetente. Já as ameaças de agressão física (ou de morte), bem como as crises de quebra de utensílios, móveis e destruição de documentos pessoais, também são consideradas violências emocionais, apesar de não ter havido agressão física direta.

Dentro das empresas, a violência emocional manifesta-se através do relacionamento entre chefias e subordinados e entre os colegas. É comum o uso do poder ou força para intimidar, excluir, implicar, humilhar, não dar atenção, fazer pouco caso, perseguir os outros, assédio moral e fazer terrorismo psicológico.

Diante disso, ao sofrer a violência psicológica, tanto as crianças como os adultos, sozinhos, não têm como se defender. Também faz parte dessa violência impor à vítima o silêncio, isto é, ela não pode denunciar, sob pena de piorar sua condição de discriminada ou porque se encontra atada na relação com quem a agride, por dependência emocional ou material.

O agressor geralmente acusa a vítima de ser responsável pela agressão, a qual acaba sofrendo de grande culpa e vergonha. A víti-

ma também se sente violada e traída, já que o agressor promete que nunca mais vai repetir este tipo de comportamento, para depois, claro, repeti-lo.

Faz-se necessário destacar, portanto, a importância da violência psicológica sob dois aspectos; primeiro, devido ao sofrimento indescritível que atribui às suas vítimas, muitas vezes silenciosas; segundo, porque, comprovadamente, a violência psicológica, impede o bom desenvolvimento físico e mental da vítima, implicando uma destruição ou anulação do outro.

O maior complicador na violência psicológica, além da ausência de denúncia ou dependência da relação é que, por não ser possível identifica-la "visivelmente" como os outros abusos, a não ser as tentativas de suicídio, é difícil preveni-la ou evita-la.

Portanto, para erradicar a violência psicológica, é preciso haver mudanças de paradigmas, de re-significar os pensamentos e formas de relacionamentos que não sejam baseados no poder e anulação do outro. E conhecer não só o desenvolvimento emocional, mas também seus aspectos e consequências. Tais mudanças exigem tempo e esforço, mas não são impossíveis.

Referências

www.psiqweb.med.br

www.dominiofeminino.com.br

Marcelle Passarinho

Psicóloga Clínica

Abuso Sexual

Maria Fernanda de Carvalho

Introdução

Iniciamos nosso contato com a dura e complexa realidade do abuso sexual de crianças em 1996, quando então trabalhá-

vamos no Centro de Saúde 01, em Santa Maria - DF.

Nosso primeiro atendimento consistiu em acolher duas meninas, irmãs, uma com

oito anos e a outra com seis, que foram abusadas de diferentes formas e durante um período não inferior a 10 meses, pelo então companheiro da mãe, no ano anterior ao atendimento (1995). A mãe convivia maritalmente com aquele homem há dois anos aproximadamente. As crianças não tinham contato com o pai biológico. A mãe descobriu o abuso quando voltou inesperadamente de seu trabalho, no início da tarde, e flagrou seu companheiro na cama com a filha caçula (então com 5 anos). Sua reação foi imediata e explosiva:

" – Aos gritos, safanões e pontapés expulsei aquele monstro da minha casa!" (sic).

Passado o primeiro impacto e armando-se de coragem, a mãe colheu – aos poucos – informações sobre os abusos perpetrados pelo companheiro através de relatos e comentários fragmentados feitos pelas meninas.

Mesmo com o afastamento do abusador, ambas as crianças continuaram apresentando alguns sinais e sintomas, no mínimo, perturbadores: a mais velha, apresentava enurese noturna, gagueira e medo de pessoas do sexo masculino; a mais nova apresentava heteroagressividade, masturbação compulsiva e elevado interesse em jogos sexuais. Contudo, a mãe só buscou nosso auxílio profissional após orientação e insistência da professora da menina mais velha.

Enquanto ouvíamos o relato da mãe e, às vezes, os breves comentários da menina mais nova, fomos invadidas por um turbilhão de emoções e sentimentos diferentes: espanto, horror, revolta, raiva, medo, dor, compaixão, desejo de cuidar e proteger, para citar alguns.

Após esse primeiro atendimento – onde tão dolorosa realidade esmurrou nossa face/nossa consciência em "dose-dupla" – tomamos a firme decisão de buscar compreendê-la e de instrumentalizar-nos para melhor acolher e cuidar das crianças abusadas, de suas famílias e, até mesmo, de nós mesmas.

Devemos, portanto, àquela família nosso ingresso no universo caótico e complexo do abuso sexual. Mal sabíamos que, após ela, muitas outras viriam para contribuir com nosso aprimoramento pessoal e profissional. Com nosso mais profundo **reconhecimento**, dedicamos este trabalho a todas elas.

Algumas definições e conceituações

O abuso sexual de crianças e adolescentes inscreve-se no contexto mais amplo da violência.

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno social que ocorre desde tempos remotos. Viviane **GUERRA (1985)**, Doutora e Assistente Social da PUC/SP, pontua que "a história da criança tem sido também a história de um mundo de violências perpetradas contra ela na forma de escravidão, abandonos, mutilações, filicídios e espancamentos" (p. 21). Tal história não se encontra isolada das relações econômicas, das relações de gênero, de raça e de cultura que configuram a estrutura de uma sociedade.

Tanto quanto a violência geral contra a criança e o adolescente, o abuso sexual não é fato recente, raro ou isolado na história da humanidade. E, conceitualmente, o abuso está, sempre, na dependência de padrões culturais e científicos.

Na literatura especializada aparecem diversas definições para abuso sexual. As definições mais abrangentes incluem os elementos abaixo descritos:

1. Natureza e proposta da atividade é direta ou indiretamente sexual.
2. Diferença de idade (ou de estágio de desenvolvimento psicosssexual) entre a vítima e o abusador.
3. Relação de poder, autoridade e/ou controle exercida pelo abusador sobre a vítima.
4. Conduta coercitiva e/ou sedutora do agente abusador.
5. Incapacidade de compreensão ou julgamento da situação abusiva por parte da vítima.

Simone G. **ASSIS (1994)**, pesquisadora do CLAVES/FIOCRUZ, descreve o abuso sexual como "um ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual." (p. 19).

E. C. **GAUDERER**, especialista em psiquiatria infantil e do adolescente pelo *American Board of*

Child Psychiatry da Universidade de Harvard, define abuso sexual como "a participação de uma criança ou de um adolescente menor em atividades sexuais que não é capaz de compreender, que são inapropriadas à sua idade e a seu desenvolvimento psicossocial, que ocorrem por sedução ou força e que transgridem os preceitos sociais" (in Ribeiro, 1993, p. 66).

Do ponto de vista legal, o Código Penal Brasileiro (Brasil, 1992), não possui um artigo destacado para a situação de abuso sexual. No entanto, qualquer tipo de relação sexual com criança (abaixo de 14 anos) será sempre considerado um ato de violência, mesmo que não haja força física ou constrangimento. A legislação não reconhece para o menor a capacidade de discernimento e consentimento para atividades sexuais, impondo tutela absoluta para esta atividade, conforme art. 224 do Código Penal que trata da chamada violência presumida.

Art. 224 - Presume-se violência, se a vítima:

- Não é maior de 14 anos.
- Alienada ou débil mental e o agente conhecia esta circunstância.
- Não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Considerando a violência presumida, os casos de abuso sexual na infância são englobados em dois delitos bem definidos: como estupro (art. 213) e atentado violento ao pudor (art. 214).

Diferentes atividades podem ser classificadas como violência sexual contra a criança e o adolescente. No livro *Fundamentos e políticas contra exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes* (Ministério da Justiça, 1997) são citadas algumas:

1. Sugestões sexuais: apresentação de textos ou imagens com conteúdos sexualizados; simulações verbais; comentários sexualmente provocantes.
2. Assédio sexual: propostas e gestos, sem contato direto
3. Exibicionismo: exposição de órgãos genitais à criança.

4. Incitação sexual: carícias, toques, masturbação.
5. Relação sexual: sexo oral, anal e genital.
6. Estupro: quando a relação sexual genital é forçada, sem consentimento da vítima;
7. Exploração sexual: atividades sexuais da criança com fim comercial lucrativo.

Mediante nossa experiência profissional, acreditamos que seria útil acrescentar a essa lista o "*voyeurismo*", atividade onde o abusador teria prazer em observar a nudez de crianças ou adolescentes, ou ainda, após indução sua, observar os comportamentos masturbatórios ou sexualizados de crianças ou adolescentes.

Maria Lucrecia S. **Zavaschi**, professora do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal/UFRS, e outros classificam o abuso sexual em familiar e não-familiar, ressaltando que, aproximadamente, 80% dos abusos são praticados por membros da família ou por pessoa conhecida confiável. (in Lippi, 1990).

O abuso sexual extrafamiliar e/ou perpetrado por estranhos, em geral:

- Vitimiza adolescentes entre 12 e 18 anos.
- Consiste de uma única ação realizada de forma abrupta e violenta.
- O agressor não exerce papel de autoridade ou responsabilidade frente a vítima.
- A vítima encontra-se momentaneamente desprotegida, ameaçada e privada de sua liberdade.
- A violência física empregada pode ser severa e resultar em morte.

O índice de abuso sexual perpetrado por indivíduos completamente estranhos à criança e à sua família gira em torno de 25% dos abusos conhecidos. Já a participação de vizinhos no papel de abusadores sexuais é mais expressiva, uma vez que os mesmos habitualmente conhecem os costumes familiares e são tidos como dignos de confiança junto a família, tendo maior acesso à criança.

As situações mais frequentes de abuso sexual na infância (ou seja, com crianças

menores de 12 anos) ocorrem no ambiente domiciliar da criança, sendo perpetrado por um dos pais, responsáveis ou outros parentes.

A definição de abuso sexual intrafamiliar (ou incesto) está na dependência de dados culturais e antropológicos, principalmente do sistema de parentesco vigente numa dada comunidade.

Para Helio de Oliveira **Santos (1991)**, Doutor e Livre-Docente em Medicina na UNICAMP/SP, relação incestuosa seria "aquela realizada por qualquer indivíduo com diferença significativa de idade, que tenha um longo período de convivência com a criança, geralmente exercendo papel de poder ou responsabilidade pela mesma. Portanto, qualquer pessoa que viva já há algum tempo na companhia familiar e exerce autoridade frente à criança pode estar envolvida em atos incestuosos".

Cláudio **Cohen**, Mestre e Doutor pelo Instituto de Psicologia/USP e Membro Titular da Academia de Medicina/USP, afirma que o incesto "pode ser definido como um abuso sexual intrafamiliar, com ou sem violência explícita... os membros envolvidos na relação incestuosa possuem um vínculo familiar através do qual o matrimônio é vedado". (*in* Azevedo e Guerra, 1993).

Azevedo, Guerra e Vaiciunas (*in* Azevedo e Guerra, 1993) ressaltam que a situação incestuosa pode ocorrer entre indivíduos ligados por laços de parentesco e consangüinidade (pai, mãe, irmãos, tios, avós) ou por laços de afinidade ou responsabilidade (moral e legal). Neste último caso, como perpetradores do incesto, apareceriam as figuras do padrasto/madrasta, padrinho ou tutor. As autoras pontuam ainda que no incesto envolvendo um adulto e uma criança a coerção se faz presente.

Incidência e prevalência do incesto

Na literatura especializada há concordância sobre a dificuldade em se fazer uma avaliação real da frequência do abuso sexual e, sobretudo, do incesto. O abuso sexual é provavelmente um dos menos relatados e diagnosticados dentre os abusos cometidos contra crianças e adolescentes.

GREEN (*in* Lewis, 1995) cita estudo realizado por Russel, em 1983, onde apenas 2% das mulheres que sofreram abuso sexual intrafamiliar e 6% dos abusos extrafamiliares foram notificados à

polícia ou a serviços de proteção à infância e à adolescência.

Há, possivelmente, diversas razões para não se denunciar os casos de abuso sexual, entre as quais, destacamos:

1. Oposição à denúncia por parte dos envolvidos.
2. Medo de retaliações do abusador contra a vítima ou sua família.
3. Presença de gravidez resultante de estupro.
4. Sentimentos relativos a perda afetiva, vergonha.
5. Exposição ao preconceito sociocultural de que a vítima tenha estimulado o ato abusivo.
6. Medo de conflitos e/ou desagregação familiar pós-revelação do incesto.
7. Vínculos de lealdade familiar.
8. Medo das conseqüências legais contra o abusador (que, muitas vezes, é uma pessoa extremamente significativa para a criança vitimizada).
9. Desejo de preservar a imagem dos envolvidos (vítima, abusador e/ou sua família).

Joan **Blanchard** (*in* Seminário Contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Américas, 1997) destaca que "tomar a firme decisão de denunciar a violência é um ato difícil, mas essencial. É difícil porque há sempre um preço a pagar. Qualquer vítima de uma situação de violência pode dizer que essa decisão exige bastante auto-estima e coragem, porque nunca se sabe qual será a reação do agressor." (p.73). E, acrescentamos, nunca saberemos a priori quais serão as conseqüências objetivas e subjetivas para a criança e sua família pós-revelação do incesto.

Muitos profissionais não notificam todos os casos suspeitos ou confirmados de que têm conhecimento. Algumas justificativas apontadas para tal omissão são:

1. Medo de represálias por parte do agente abusador.
2. Não desejo de se envolver judicialmente.

3. Medo do sensacionalismo da mídia sobre o tema.
4. Pacto de silêncio do profissional com a família.
5. Questões morais e culturais, pois tal situação envolve temas tabus e, por vezes, assustadores ao próprio profissional.
6. Desconhecimento da conduta a ser tomada perante tal situação.
7. Isolamento profissional.
8. Sérios obstáculos para uma troca efetiva de informações e um trabalho conjunto entre as diferentes áreas de conhecimento e intervenção (Saúde, Segurança, Serviço Social, Educação, Justiça e outros), ou seja, para a realização de um necessário trabalho metassistêmico.

Acreditamos que a denúncia faz-se necessária por diversas razões, entre elas destacamos:

1. O silêncio pode representar uma atitude de tolerância em relação ao agressor e fortalecer seu poder abusivo sobre a vítima.
2. O agressor, em geral, percebe a vítima como um objeto destituído de sentimentos e direitos. Presa num ciclo de violência, a vítima não tem condições para "escapar" da relação abusiva e, cada vez mais, experimenta uma devastadora sensação de impotência e solidão.
3. A denúncia desequilibra o *status quo* da situação abusiva, expondo agressor, vítima e outras pessoas envolvidas, interrompendo um ciclo vicioso e pernicioso que se estenderia no tempo e no espaço, trazendo maiores danos não só àquela vítima em questão, mas a outras crianças, vítimas em potencial.

Além dessas razões, os profissionais devem ainda observar e considerar o **Estatuto da Criança e Adolescente - ECA** (Brasil, 1990),

O abuso sexual intrafamiliar ou incesto ocorre em todas as classes sociais, embora possa existir diferentes formas de perpetrá-lo. Nas classes mais desfavorecidas (socio-

economicamente) o abuso sexual vem, muitas vezes, acompanhado de violência física e de ameaça a vida da vítima e/ou de seus familiares. Já nas camadas privilegiadas, geralmente, não há ameaça explícita: o que há é um processo de sedução que pode ser muito mais deletério para a saúde emocional da criança do que a ameaça grave.

Cláudio **Cohen** (*in* Azevedo e Guerra, 1993) e Neusa Matsuda, em 1990, entrevistando 1.104 vítimas de violência sexual que compareceram ao IML de São Paulo, encontraram os seguintes dados: 548 pessoas (49,64%) conheciam o seu agressor; 249 pessoas (22,55%) apontaram parentes como o agressor sexual, sendo que 238 (21,01%) foram vítimas de incesto.

Dados colhidos pelo **LACRI** - Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, mostram o aumento das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, no período de 1996 a 2001:

- **1996:** 95 notificações, sendo 68 (71,58%) vítimas do sexo feminino, 08 (8,42%) do sexo masculino e 19 (20%) sem informação.
- **1997:** 315 notificações, sendo 80 (25,40%) vítimas do sexo feminino, 07 (2,22%) do sexo masculino e 228 (72,38%) sem informação.
- **1998:** 578 notificações, sendo 174 (30,11%) vítimas do sexo feminino, 18 (3,11%) do sexo masculino e 386 (66,78%) sem informação.
- **1999:** 649 notificações, sendo 536 (82,59%) vítimas do sexo feminino e 113 (17,41%) do sexo masculino.
- **2000:** 978 notificações, sendo 786 (80,37%) vítimas do sexo feminino e 192 (19,63%) do sexo masculino.
- **2001:** 1723 notificações, sendo 1373 (79,69%) vítimas do sexo feminino e 350 (20,31%) vítimas do sexo masculino.

Assim, pela pesquisa do LACRI, do total de 4338 notificações, têm-se 3017 (69,55%) vítimas do sexo feminino, 688 (15,86%) vítimas do sexo masculino e 633 (14,59%) sem informação sobre o sexo das vítimas.

Há concordância na literatura especializada quanto a prevalência mais elevada de

abuso sexual na infância e adolescência contra as mulheres.

Green (*in* Lewis, 1995) afirma que "as meninas são referidas como vítimas de abuso sexual numa frequência 5 vezes superior aos meninos" (pag. 1032). Cita a pesquisa de Wyats (realizada em 1985, numa comunidade afro-americana de Los Angeles) que apontou 45% de mulheres abusadas sexualmente na infância.

Green pontua que 1/5 a 2/5 das mulheres adultas e quase 1/10 dos homens adultos foram sexualmente abusados durante a infância.

Outros estudos citados por **Cohen** estimam que 25% das mulheres teriam sido vítima de incesto antes dos 18 anos, sendo que apenas 1/4 dos casos de incesto fica limitado a um único ato sexual; 70% de relações incestuosas dura mais de um ano e 10% duram mais de 3 anos.

Quanto ao perfil do abusador sexual, os estudos demonstram que é freqüentemente do sexo masculino, podendo ser o pai ou responsável, um parente próximo (irmãos, tio, primo, avô), ou um conhecido confiável (vizinho, professor, líder religioso, acadêmico, esportivo e outros). Também mostram que abusadores do sexo feminino são raros, não ultrapassando 2%.

Corroborando tais dados, a pesquisa de Cohen e Matsuda, em 1990, verificou que, dos 238 casos de incesto, apenas 1 (0,42%) foi perpetrado por agente do sexo feminino (a madrasta), ou seja, a quase totalidade dos incestos (99,58%) foi promovida por um abusador do sexo masculino. Além disso, encontrou-se 99 situações (41,60%) em que o agressor era o pai da vítima.

Cohen apresenta também dados sobre o incesto entre padrasto-enteada, afirmando que, em geral, a vítima está no período da adolescência e o ato incestuoso é precedido de atos voyeuristas e de condutas confusas e enganosas. Na pesquisa citada anteriormente averiguou-se que, dos 238 casos relatados de incesto, 49 (20,59%) foram perpetrados pelo padrasto.

O incesto entre mãe-filho é muito raro ou, pelo menos, pouco difundido. Quando ocorre, encontra-se associado à psicose, às perversões e/ou à debilidade mental da mãe.

O incesto tio-sobrinha é bastante freqüente (no estudo de Cohen e Matsuda o tio foi citado como

agressor em 33 casos = 13,86%). Em algumas famílias, tal relacionamento não é discriminado: é visto como uma opção, sobretudo quando a garota já se encontra na adolescência.

Saffiotti (*in* Bontempo e outros, 1995), em sua pesquisa sobre abuso incestuoso, apontou que 71,1% dos agressores eram pais biológicos das vítimas e 11,5% eram padrastos, perfazendo um total de 82,6%. Também na literatura mundial a figura do pai biológico é aquele que mais vitimiza sexualmente as crianças (97% dos casos), enquanto que as estimativas de agressoras sexuais ficam entre 1% a 3%.

Consequências do abuso sexual

Na literatura consultada houve concordância entre os diversos autores de que o abuso sexual, sobretudo o intrafamiliar, deixa seqüelas diversas na criança. Tais seqüelas podem ser de curto ou longo prazo.

As seqüelas de curto prazo incluem sinais físicos, transtornos psicossomáticos e psico-emocionais.

Alguns transtornos psicossomáticos que podem estar relacionados ao abuso sexual são:

1. Mal estar difuso com sensação de modificações do corpo.
2. Dores abdominais agudas.
3. Distúrbios esfínterianos (enurese, encoprese).
4. Regressão da linguagem e do comportamento.
5. Distúrbios alimentares (anorexia, vômitos, recusa alimentar).
6. Distúrbios de sono (insônia, pesadelos, terror noturno, medo de adormecer).

Na esfera psico-emocional podem ser encontrados os seguintes sintomas ou sinais, a curto prazo:

1. Alteração do humor: tristeza, depressão, agitação, apatia.
2. Baixa auto-estima, sentimentos de culpa e vergonha.

3. Isolamento social e dificuldades de relacionamento com crianças de sua idade.
4. Medo indefinido permanente: medo de ficar só, medo de sair de casa, medo de adormecer (e ser abordada durante o sono).
5. Evitação fóbica de todos os homens.
6. Transtorno de estresse pós-traumático: "agir como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente devido a estímulos ambientais, evitação de atividades lembrando o evento traumático e intensificação dos sintomas após exposição a ocorrências que lembram o abuso"(Green, *in* Lewis, 1995, p. 1034).
7. Raiva ou cóleras dirigidas contra os irmãos e/ou um dos pais não abusivo (em geral, à mãe).
8. Queda do rendimento escolar, muitas vezes associada a uma paradoxal e exagerada assiduidade e pontualidade, sendo a criança a primeira a chegar na escola e a última a sair;
9. Atuação sexual: masturbação excessiva e compulsiva; provocação sexual a outras crianças de sua idade; atitudes eroticamente provocativas ("pequena vamp") com crianças mais velhas e adultos.
3. **Sentimento de Culpa:** pode estar relacionado ao medo das pressões oriundas do "complô de silêncio" que cerca a situação abusiva, à auto-condenação que a vítima experimenta por ter vivenciado algum prazer físico e à vergonha por ter-se deixado abusar durante um longo tempo.
4. **Comportamentos Auto-Destrutivos:** tentativas freqüentes de suicídio; maior tendência ao abuso de álcool ou de outras drogas; anorexia nervosa; mutilações.
5. **Comportamentos Hetero-Agressivos e Anti-Sociais:** maior propensão a explosões de raiva e baixo controle do impulsos. Podem aparecer comportamentos delinqüentes, criminosos, de fuga ou abandono do lar.
6. **Dificuldades em estabelecer/manter relações saudáveis com seus pares:** habilidades sociais inadequadas e poucos desenvolvidas.
7. **Dificuldades no Processo de Ensino-Aprendizagem:** repetência e/ou interrupção dos estudos.
8. **Dificuldades Psiquiátricas:** depressão; sintomas histéricos; reações dissociativas (que podem, dependendo da gravidade, resultar num transtorno de personalidade múltipla) e transtorno de personalidade borderline. SANTOS (1991) descreve que o abuso sexual na infância encontra-se relacionado há várias doenças mentais em adultos, como também é responsável pela severidade de sintomas psiquiátricos apresentados pelo doente: "Carmen e Mills observaram que 43% dos pacientes psiquiátricos analisados por eles apresentaram história pregressa de abuso sexual na infância. Bryer e outros encontraram uma taxa de 72% relacionada a abuso na infância; sendo 21% de abusos sexuais, 18% de abusos físicos e 33% de ambos (...). Constataram uma maior severidade dos sintomas psiquiátricos relacionando-os aos efeitos negativos do abuso." (p. 43).
9. **Distúrbios do Comportamento Sexual e do Papel de Gênero:** a exposição prematura ao abuso exerce um impacto adverso no desenvolvimento psicosssexual, na identidade de gênero e na futura

Há um amplo espectro relacionado às possíveis conseqüências de longo prazo na criança vítima de abuso sexual intrafamiliar:

1. **Desconfiança:** a confiança básica torna-se comprometida pela traição e exploração sexual pela pessoa significativa e pela falha da mãe em proteger a criança da relação abusiva. E, através do processo de generalização outros adultos e potenciais objetos de amor passam a ser revestidos das características imprevisíveis e exploradoras do agressor.
2. **Baixa Auto-Estima:** a vítima sente-se fisicamente danificada ou alterada pelo abuso sexual; é comum os sentimentos de estar marcado por toda a vida (estigmatização) e de ser diferente de todas as outras pessoas, o que estimula o isolamento social e os sentimentos de culpa e vergonha.

capacidade para intimidade sexual. Podem ocorrer:

- Super estimulação e atuação sexual: tendência a repetir e reencenar a situação traumática do abuso sexual. Algumas vítimas de abuso apresentam, quando adultas, uma vida sexual promíscua.
- Incapacidade de diferenciar relacionamentos afetivos de sexuais, pois quando buscaram cuidado emocional, obtiveram uma resposta sexual.
- Reações fóbicas, inibição sexual e diversas disfunções sexuais (anorgasmia, frigidez, vaginismo, impotência ou ejaculação precoce).
- Tendência a revitimização na forma de estupro, violência sexual e agressão física perpetrados por futuros maridos ou companheiros. A atuação e punição auto-destrutiva, ao repetir o padrão abusivo em outros relacionamentos, pode ser uma expressão do apego continuado, forte e destrutivo, em relação à pessoa que abusa.

O abuso sexual considerado de maior gravidade pelos especialistas, devido às conseqüências perniciosas para as vítimas, é o que envolve pai e filha.

Tilman **Furniss (1993)**, professor da Universidade Münster/Alemanha e da Clínica Tavistock/ Londres, citando diversos estudos, afirma que "o dano psicológico no abuso sexual da criança pode estar relacionado a sete fatores. (p.15). São eles:

1. A idade do início do abuso.
2. A duração do abuso.
3. O grau de violência ou ameaça de violência.
4. A diferença de idade entre a criança abusada e o agressor.
5. O grau de relacionamento e vínculo emocional entre a criança e o agressor.
6. A ausência de figuras parentais protetoras.
7. O grau de segredo na família.

Intervenção e Tratamento

O abuso sexual possui um contexto histórico, ocorrendo com tempo e lugar definidos: ocorre, na maior parte das vezes, no interior de uma família onde, consciente ou inconscientemente,

todos os seus membros são co-participantes da situação abusiva.

Assim, o abuso sexual pode ser considerado como um sintoma de conflitos e crises existentes no sistema familiar: ao mesmo tempo em que é usado para manutenção do status-quo da família, também denuncia que algo não está bem.

O abuso sexual pode se introduzir no seio familiar para manter um certo 'equilíbrio' e a criança, sentindo seu papel aglutinador e temendo a cisão familiar, aceita o auto-sacrifício até que a situação se torne intolerável. Quando isso ocorre, a criança pode manifestar um ou vários dos comportamentos descritos anteriormente. Muitas vezes, é por conta desses sintomas que a família busca atendimento médico ou psicológico.

Os profissionais de saúde precisam desenvolver a consciência de que o abuso sexual é um problema genuinamente multidisciplinar e complexo, requerendo a cooperação e um esforço coordenado de uma ampla gama de profissionais com diferentes capacitações e ligados a diferentes instituições (legais, educacionais, de proteção à criança ou tratamento).

Há que se privilegiar e nutrir uma **visão metassistêmica**, ou seja, os diferentes profissionais envolvidos devem reconhecer e compreender como a sua própria tarefa e ação influencia a tarefa dos demais profissionais e de como – por sua vez – sua própria atuação é afetada pelo processo em outras partes da rede profissional.

O abuso sexual intrafamiliar é um tema complexo, pois que:

1. Requer a estreita cooperação de uma ampla gama de diferentes profissionais com tarefas distintas e ligados a instituições diversas.
2. É um problema legal e terapêutico, requerendo dos profissionais envolvidos o conhecimento dos aspectos criminosos e de proteção da criança, assim como dos aspectos psicológicos.
3. Envolve crianças como seres humanos estruturalmente dependentes, que possuem seus próprios direitos, mas que não podem exercê-los por si mesmas, precisando da proteção e do cuidado de seus pais ou responsáveis.
4. Possui natureza específica como síndrome conectadora de segredo para a criança, a pes-

soa que cometeu o abuso e a família, e como uma síndrome de adição para a pessoa que cometeu o abuso, complicando ainda mais as intervenções legais, protetivas e terapêuticas.

O complô de silêncio, conivência e cumplicidade entre os membros – regido muitas vezes por ameaças (veladas ou abertamente explícitas) – associado a intensos sentimentos de vergonha, dor, medo, culpa, prazer e lealdade familiar tornam a revelação (ou a identificação) e o tratamento do abuso sexual extremamente difíceis.

Portanto, acreditamos que a intervenção profissional mais adequada frente ao abuso sexual envolve:

1. Comunicação do abuso (ou de sua suspeita) às autoridades competentes para que medidas protetivas à criança possam ser acionadas, sem prejuízo de outras conseqüências legais.
2. Troca constante de informações e/ou impressões com outros profissionais e demais instituições envolvidas.
3. Avaliação da família da criança (para verificar o grau de envolvimento de cada membro com a situação abusiva, membros capazes de protegerem a criança e outros), bem como orientações e, nos casos mais graves, encaminhamento da família para tratamento psicoterapêutico.
4. Em alguns casos, a criança poderá necessitar de acompanhamento psicoterapêutico, posterior ou concomitante ao trabalho com sua família.

Conclusão

O abuso sexual pode ser mais pernicioso ao desenvolvimento psicossocial da criança do que outras formas de violência perpetradas contra ela, dependendo das condições da vítima, do agressor, do próprio abuso e de sua família.

O incesto (ou abuso sexual intrafamiliar) constitui uma modalidade "privilegiada" de violência doméstica contra a criança, uma vez que – além das atividades sexuais propri-

amente ditas – pode envolver abuso físico, violência psicológica e humilhação emocional. Implica abuso de poder e traição da confiança. Provoca a desestruturação da criança, minando sua dignidade e prejudicando seu futuro. Reforça uma lição de vida baseada na sensação de impotência e de "nada valer".

A vítima questiona sua responsabilidade diante do contato sexual não desejado. Aprende a odiar seu corpo que lhe faz lembrar de experiências ruins. Aprende que não pode controlar seu corpo e que uma outra pessoa pode tocá-la sem o seu consentimento. Sente-se um objeto de pouco ou nenhum valor. Não aprende a diferença entre expressão de afeto e contato sexual e, por vezes, apresenta dificuldades com a intimidade e distancia-se emocionalmente das pessoas.

Tais conseqüências afetam também a sociedade, porque a criança vitimizada torna-se, posteriormente, um adulto que pode – num processo de repetição da história traumática ou de identificação com o agressor – tornar-se vítima de novos abusos ou vitimizar outras crianças.

O abuso sexual inscreve-se, ainda, nas relações de gênero: envolve a questão complexa e antiga da dominação e exploração da mulher pelo homem. Se queremos atuar positiva e terapeuticamente no contexto do abuso sexual de crianças, devemos refletir – e instigar à reflexão – sobre as relações de gênero e o conceito de família vigentes.

Para finalizar, nunca é demais lembrar que a criança é titular dos Direitos Humanos e, como tal, deve ser respeitada.

Como adultos e profissionais devemos observar esses Direitos e trabalhar para que eles sejam, de fato, válidos!

Referências

ASSIS, Simone G. **Crescer. Sem Violência: Um Desafio para Educadores**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ / ENSP/ CLAVES. Jorge Careli, 1994.

AZEVEDO, M. Amélia e GUERRA, Viviane N. A. (orgs.). **Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento**. São Paulo. Cortez, 1993.

BONTEMPO, D.; BOSETTI, E.; CÉSAR, M.A.; LEAL, M.L.P. **Exploração Sexual de Meninas e Adolescentes no Brasil**. Brasília: UNESCO/CECRIA, 1995.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. 30 ed. São Paulo. Saraiva, 1992.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.

FURNISS, Tilman. **Abuso Sexual da Criança: Uma Abordagem Multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GUERRA, Viviane N. A. **Violência de Pais Contra Filhos: Procuram-se Vítimas**. 2ª edição. São Paulo. Cortez, 1985.

LACRI - Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Relatório de pesquisa sobre dados colhidos no período de 1996 a 2001. São Paulo. USP, 2002.

LEWIS, Melvin. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

LIPPI, José R. (org.). **Abuso e Negligência na Infância: Prevenção e Direitos**. Rio de Janeiro. Editora Científica Nacional, 1990.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Fundamentos e Políticas Contra a Exploração e Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: Relatório de Estudos**. Brasília. MJ/Sec. Nacional dos Direitos Humanos/CECRIA, 1997.

RIBEIRO, Marcos (org.). **Educação Sexual: Novas Idéias, Novas Conquistas**. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1993.

SANTOS, Hélio de O. **Crianças Violadas**. Brasília. CBIA / CRAMI, 1991.

SEMINÁRIO CONTRA A EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS AMÉRICAS. (1996, Brasília). Anais. Brasília: Ministério do Trabalho; Organização Internacional do Trabalho; Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes. 1997.

Maria Fernanda de Carvalho

Psicóloga Clínica e Hospitalar, realiza atendimentos a famílias, casais e adultos no ambulatório do Hospital Regional da Asa Sul e também em consultório particular

Profilaxia dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente

Prevenção no uso de medicamentos anti-retroviral e DST em crianças e adolescentes com menos de 45 kg.

Janice Maria M. Froes Fonseca

Para as equipes de profissionais que estão na linha de frente ao atendimento as crianças vítimas de violência, principalmente sexual (estupro, abuso sexual com sexo anal e/ou oral ou mesmo lacerações de pele e/ou mucosa, sangramentos etc) que exigem o uso de medicamentos preventivos

contra HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis é uma tarefa árdua, pois os medicamentos, além de serem tomados muitos de uma única vez durante muitos dias, causando vários sintomas desagradáveis, ainda há os diversos efeitos colaterais induzidos pelos mesmos.

A adesão ao tratamento é difícil e requer muito carinho por parte dos profissionais, não só para a criança como para seus responsáveis. Já que, explicar minuciosamente, mas sem deixá-los aflitos quanto ao uso dos remédios, é tarefa bastante complicada.

O uso de esquemas anti-retrovirais potentes (três ou mais drogas) está recomendado para todos pacientes em início de tratamento. Os esquemas de terapia dupla (dois análogos de nucleosídeos), não estão mais indicados para início de tratamento e para os casos de co-infecção HIV-tuberculose, sendo, entretanto, mantidos

somente como opção de quimioprofilaxia em algumas situações de exposição ocupacional.

A realização do teste anti-HIV (teste rápido) no paciente-fonte deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral caso a sorologia seja negativa.

Recomenda-se que a profilaxia com anti-retrovirais seja iniciada em um prazo máximo de 72 horas, preferencialmente dentro das primeiras horas após o contato sexual de risco.

Esquema Terapêutico dos Anti-retrovirais em crianças por 28 dias:

Crianças: AZT + 3TC + RTV ou AZT + 3TC + NFV

Medicamentos em crianças dose máxima			
Zidovudina (AZT)	10mg/ml	90 a 180mg/m ² /8/8h	DM: 600mg/d
Lamivudina (3TC)	10mg/ml	4mg/kg/12/12h	DM: 300mg/d
Ritonavir (RTV)	80mg/ml	350 a 400mg/m ² /12/12h	DM: 1200mg/d
Nelfinavir (NFV)	50mg/med	20 a 30 mg/kg/8/8h	DM: 2250mg/d

Esquema Terapêutico de Prevenção das DST em crianças e adolescentes com menos de 45 kg

Medicamentos em crianças dose máxima		
Azitromicina	20mg/kg/vo/DU	(Dose Max: 1g)
	ou	
Eritromicina	50mg/kg/dia/10 a 14 dias	
	+	
Ceftriaxona	125mg/IM/DU	
	+	
Metronidazol	15mg/kg/vo/8/8h/7 dias	(Dose Max: 2g)
	+	
Penicilina benzatina	50000UI/kg/IM/DU	(Dose Max:2400000UI)

Medicamentos	
Clamídia	AZITROMICINA
Tricomoníase/Vaginose	METRONIDAZOL
Sífilis	PENICILINA BENZATINA
Gonorréia	CEFTRIAXONA
Cancro Mole	AZITROMICINA

**Crianças e adolescentes alérgicas a penicilina deverão fazer uso de Eritromicina
Não usar Metronidazol se estiver em uso de RITONAVIR no esquema ARV.**

Referências

BELDA, Walter Junior, *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. SP, 2000.

PASSOS, Mauro Romero L., *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. RJ.

Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. DF, 1999.

Janice Maria M. Froes Fonseca

Médica Pediatra, Médica Perita do Trabalho e Coordenadora do Projeto Violeta/HRAS

Profilaxia do HIV Diante de um Caso de Violência Contra Mulher

José Marsiglio Neto

Sempre que nos deparamos com um caso de Violência Sexual, devemos lembrar: o ser humano que ali está, é uma pessoa fragilizada, emocionalmente instável e com muito medo... Medo do ocorrido, medo de ficar grávida, medo de poder contrair uma doença sexualmente transmissível, ou o medo maior: a possibilidade de contrair AIDS. Portanto, devemos estar atentos e olhar com muita atenção para a prevenção das outras possíveis ocorrências: gestação, hepatite B e outras DST, sem esquecer da profilaxia do HIV.

Tratamos desta doença separadamente, pois, como já disse é a que mais preocupa as pacientes vítimas de Violência Sexual e obviamente a que mais assusta, não só porque é uma afecção que pode levar à morte, mas também pela discriminação e preconceito que são vítimas os portadores do vírus HIV.

No Distrito Federal, neste último ano, tivemos um ganho extraordinário com relação à profilaxia da infecção pelo vírus HIV em pacientes vítimas de Violência Sexual. Com o apoio da Secretaria de Saúde, conseguimos que os hospitais da rede pública tivessem à disposição os anti-retrovirais responsáveis pelo não desenvolvimento das doenças.

Quando atendemos um caso de violência sexual, em primeiro lugar devemos saber se a paciente que estamos avaliando tem ou não necessidade de receber a proteção, para isto devemos seguir determinados preceitos:

- 1- Sabemos que a contaminação se faz através do contacto do sêmen, sangue ou secreções que não a saliva, com regiões de mucosa (vagina, ânus, boca) ou qualquer outro local do corpo em que a pele esteja ferida, isto é quando não está íntegra: tenha arranhões, cortes, ferimentos ou qualquer forma de lesão da pele, couro cabeludo, etc. Portanto, poderemos orientar adequadamente a utilização dos anti-retrovirais.
- 2- Paciente sabidamente HIV +, não tem necessidade desta proteção.
- 3- A paciente deverá ser informada dos possíveis efeitos colaterais da medicação que ela vai utilizar, e também do risco que corre, em torno de 2,7%, de se tornar soro positiva, caso não utilize a medicação da forma adequada por um período de 28 dias. Este risco é maior ou menor dependendo da gravidade das lesões e o contacto com secreções potencialmente contaminadas.

4- Deve ser oferecida à paciente medicação por um período de 4 dias, concomitantemente encaminhá-la para um centro de referência em tratamento de DST/AIDS, onde receberá o restante da medicação.

5- A profilaxia deve ser iniciada no período de, no máximo, 72h após a agressão.

6- É importante valorizar os aspectos epidemiológicos do agressor, quando disponíveis.

Existem 3 esquemas de medicação anti-retrovirais que podemos utilizar na proteção contra o vírus HIV, oferecida às mulheres vítimas de Violência Sexual, à disposição nos hospitais da rede pública.

Esquemas Preconizados

Adultos

As drogas recomendadas são: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC), associadas a

Nelfinavir (NFV) ou Indinavir (IDV) ou a combinação Indinavir (IDV) + Ritonavir (RTV).

1- AZT+3TC (ATC)* 1(hum) comp. V.O. de 12/12h.

NFV 250mg 5 (cinco) comps VO de 12/12hs ou 3 (três) comps VO 8/8h (optar pelo esquema mais conveniente para a adesão).

2- AZT+3TC(ATC)* 1(hum) comp. V.O. de 12/12h.

IDV 400mg 2 (dois) comps VO de 8/8 h.

3- AZT+3TC(ATC)* 1(hum) comp. V.O. de 12/12h.

IDV 400mg 2 (dois) comps VO de 12/12 h.

RTV 100 mg 1 comp VO de 12/12 h.

*ATC associação em 1 comprimido de 300mg de AZT e 150 mg de 3TC .

José Marsiglio Neto

Médico Ginecologista - HRAS

Síndrome de Munchausen

Janice Maria M. Froes Fonseca

A síndrome de Munchausen foi descrita pela primeira vez pelo Dr: Richard Asher, em 1951, com este nome devido ao Barão de Munchausen que viveu em Hanover, no século XVIII, tornando-se famoso pelas histórias fantásticas que contava a seus amigos quando participou da guerra contra os turcos.

Trata-se de uma desordem psiquiátrica que faz com que o seu portador produza falsas histórias com relação à sua saúde, fabricando ou produzindo sintomas que resultam em tratamentos médicos desnecessários.

Em 1977, o Dr: Roy Meadow denominou "Síndrome de Munchausen por procuração" os

casos em que pais ou responsáveis produzem ou simulam sintomas de doenças em crianças.

Existem relatos, sobre esta síndrome, descritos na literatura, de casos que ocorrem desde 7 semanas de vida a 14 anos de idade.

Na grande maioria, é a mãe que, repetidas vezes, faz este tipo de violência contra seus filhos.

Enumera-se algumas características do agressor, tais como:

- Carente de atenção busca conseguí-la através do filho.

- Como? Atraindo para si o apoio do cônjuge.

Traumas psicológicos:

- Privações na infância.
- Abuso infantil.
- Rejeição dos pais e outros familiares.
- Abandono em instituições.
- Presença de fatores ambientais estressantes.

O agressor se utiliza de métodos os mais radicais e estranhos como:

- Intoxicar a criança para produzir vômitos.
- Arranhar a pele do filho e cobrir os arranhões com tinta para parecer sangramento.
- Induzir diarreia com uso de laxantes.
- Sufocar a criança, produzindo parada cardíaco-respiratória ou apnéia.
- Administrar medicamentos para produzir convulsões etc.

É importante ressaltar que enquanto a criança estiver hospitalizada, a equipe de saúde deverá estar sempre atenta, não permitindo que o possível agressor fique a sós com a mesma, para evitar que novos sintomas sejam produzidos.

O tratamento desta síndrome é feito para o agressor, já que é ele que manifesta um desequilíbrio mental. Este tratamento consiste em:

- Psicoterapia individual ou em grupo.
- Medidas de suporte físico, psicológico e social.
- Uso de medicamentos anti-depressivos, quando necessário.

Faz-se mister um acompanhamento psicológico também para a vítima, pois acarreta danos em seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Caso de Síndrome de Munchausen

Uma criança, sexo feminino, de 2 anos deu entrada no Pronto Socorro infantil trazida pela mãe, com queixa de estar urinando sangue.

Ao exame físico observou-se ativa, mucosa normocorada, eufórica e olhar triste.

A mãe estava muito falante, mostrando-se preocupada. Trouxe em um vidro um líquido de cor vermelha rutilante dizendo ser a urina da filha.

Foi pedido EAS para detectar possível sangramento .

O resultado do EAS foi normal, então foi pedido que a auxiliar de enfermagem ficasse responsável para colher nova urina e levar ao laboratório o novo exame, pois na primeira coleta foi a mãe que entregou o exame diretamente ao laboratório.

Mais uma vez o exame deu negativo. O médico desconfiado chamou a mãe para conversar e com muito tato, quis saber o que estava acontecendo. A mãe em prantos acabou confessando que ela havia pego sua urina menstruada e colocado no vidro; havia feito isto pois não queria esta filha. O pai da criança havia lhe trocado por uma amiga quando soube que estava grávida.

Mãe e criança foram encaminhadas para a Vara da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar foi notificado e fez-se um acompanhamento psiquiátrico para a mãe, com medicação e terapia.

Com esse caso, foi possível observar a Síndrome de Munchausen por procuração explicada anteriormente.

Nesta situação foi constatada a dificuldade emocional dessa mãe e a necessidade de ser acolhida. Além de realizar o diagnóstico adequado da sua história de vida e inseri-la na rede social, para que a mesma possa encontrar um suporte para superar essa dificuldade e, conseqüentemente, aceitar o tratamento de sua patologia.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Violência Intrafamiliar*, Brasília, 2002.

UNICEF, *Violência Doméstica*, Brasília, 2000.

Janice Maria M. Froes Fonseca

Médica Pediatra, Médica Perita do Trabalho e Coordenadora do Projeto Violeta/HRAS

Marco Histórico da Violência Contra a Mulher

Andréa Vásquez
Márcia Milhomens

Há 148 anos, em 8 de março de 1857, 130 mulheres foram covardemente assassinadas no interior de uma fábrica têxtil, em Nova Iorque. Eram operárias, mães de família, que faziam greve pela melhoria das condições de trabalho, especificamente, pela redução da jornada de então 16 horas, para uma jornada de 10 horas. Trabalhando 16 horas diárias, estas mulheres percebiam um salário que representava menos de 1/3 do salário pago aos empregados do sexo masculino. Na tentativa de conter o movimento de greve, as trabalhadoras foram trancadas no interior da fábrica e, tendo se alastrado no local um incêndio, todas morreram queimadas.

Passado meio século da lamentável tragédia, em 1910, em uma Conferência Internacional na Dinamarca, em homenagem às trabalhadoras têxteis mortas, foi instituído o dia 08 de março como Dia Internacional da Mulher.

Muito se caminhou, é verdade, desde os tempos imemoriais, quando Aristóteles, em sua Política, tratando sobre organização da polis, equiparava a mulher ao escravo, justificando naturalmente a subordinação da mulher ao marido e do escravo ao senhor.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, afirma, em seu artigo 2º, a igualdade entre todos os seres humanos, sem distinção de qualquer tipo, seja de raça, cor, sexo, etc. Também no seu artigo 16, declara que "**a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado**". Em 1963, a Assembléia Geral assinala a contínua discriminação contra a mulher e convida os países-membros a elaborar um documento inicial para uma Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

Quase 50 anos depois, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) dedicou todo um capítulo de seu Plano de Ação à "**Família, seus Papéis,**

Direitos, Composição e Estrutura" e manteve o destaque concedido às famílias, enfatizando a diversidade cultural de suas diferentes composições:

"Embora sejam várias as formas de família a existirem nos diferentes sistemas sociais, culturais, legais e políticos, a família é a unidade básica da sociedade e, como tal, tem o direito de receber total apoio e proteção".

Através do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, os Estados-Membros das Nações Unidas voltaram a afirmar que : "*...deve-se conceder à família, que é o elemento natural e fundamental da sociedade, a mais ampla proteção e assistência possíveis, especialmente para sua constituição e enquanto seja responsável pelo cuidado e educação dos filhos a seu cargo...*"

Entre os anos de 1967 e 1973, iniciou-se um processo de organização e preparação para a realização da Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher.

Em 1973 e 1974, respectivamente, a Conferência das Nações Unidas, reconhece a necessidade de maior participação da mulher no processo de tomada de decisões sobre a alimentação e nutrição e destaca a importância da mulher para determinar as tendências demográficas.

Dentro desta linha cronológica, em 1975, reúne-se na cidade do México a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, patrocinada pela ONU. Assistida por oito mil mulheres, representantes de 113 países e de organizações não-governamentais. A Conferência vem debater três temas centrais: a igualdade entre os sexos, a integração da mulher no desenvolvimento e promoção da paz. Foi um acontecimento inédito na luta pelos direitos da mulher. Consolidou novas organizações como o Centro da Tribuna Internacional da Mulher, o Instituto Internacional de Fundo Voluntário para a Mulher das Nações Unidas. Assim, a

ONU declara os anos de 1976 a 1985 como a Década da Mulher.

O Plano de Ação Regional (PAR) sobre a Integração da Mulher no Desenvolvimento Econômico e Social da América Latina e Caribe foi elaborado em 1977.

Em 1979, as Nações Unidas firmaram a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminações Contra a Mulher determinando a observância da igualdade jurídica em todas as esferas da vida pública e privada, incluindo a família. Nessa Convenção é lembrado que: **"...a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural do país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade"**.

Em seu artigo 1º a Convenção define a expressão **"discriminação contra a mulher"** considerando-a **"toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer campo, com base na igualdade do homem e da mulher"**.

Toda a parte IV dessa Convenção trata de direitos civis relativos à igual capacidade de mulheres e homens para firmar contratos, administrar bens, escolher domicílio, bem como dispõe sobre direitos no âmbito da família. Nesse sentido, o artigo 16 da Convenção recomenda que os Estados-Parte deverão adotar: **"... todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares..."**, garantindo a igualdade entre homens e mulheres e assegurando, dentre outros, direitos iguais de contrair matrimônio; os mesmos direitos e responsabilidades como pais em matérias pertinentes aos filhos, os mesmos direitos de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos; os mesmos direitos na escolha de sobrenome, profissão, ocupação, aquisição, gestão, administração, gozo e disposição dos bens etc.

Essa Convenção foi assinada em 1984 pelo Brasil com reservas relativas ao artigo 16, tendo em vista que nosso Código Civil não reconhecia a igualdade entre marido e mulher, dando ao homem a chefia da sociedade conjugal.

Em 1988, a nossa nova Constituição Federal, em seu artigo 226, § 3º, reconheceu a igualdade entre homens e mulheres, eliminando, legalmente, o obstáculo para o Brasil ratificar totalmente a Convenção. No entanto, essa ratificação só ocorreu em 1994, quando a Convenção passou a ter plena aceitação jurídica em nosso país.

Na realidade, o artigo 16 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher nada mais fez do que especificar, com o olhar de gênero, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, de 1966, dentre outros documentos internacionais.

O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos declara em seu artigo 26 que:

"Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A esse respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação".

Todas as Conferências das Nações Unidas da década de 1990 reafirmaram esse princípio do reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres, em todas as esferas da vida pública e privada. A Declaração de Viena, firmada após a Conferência Mundial de Direitos Humanos, de 1993, reconheceu explicitamente os direitos humanos das mulheres. Nesse sentido, a Constituição Federal Brasileira de 1988 está em sintonia com os Tratados, Convenções e Declarações das Nações Unidas ao reconhecer a igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada.

Esse reconhecimento tem repercussões importantes no direito de nosso país, particularmente, no direito civil. Até 1988, o Código Civil orientava todos os seus artigos relativos à família marcando a superioridade do homem em relação à mulher, seja na parte geral, no capítulo específico sobre

família, ou na parte relativa ao direito das sucessões.

Mas se podemos apontar a manutenção da importância dada ao núcleo familiar nos diferentes processos de organização social, não podemos, também, ignorar como a noção e a estrutura familiar têm sentido o impacto das mudanças culturais, legais, sociais e econômicas das últimas décadas. Nesse conjunto de transformações, pode-se afirmar a importância fundamental representada pela redefinição dos papéis de gênero na reorganização das estruturas familiares. Assim, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e na chefia familiar; o reconhecimento legal da igualdade entre homens e mulheres na direção da família e a difusão dos direitos das mulheres, dentre outros, certamente levaram a mudanças significativas para a redefinição da família.

Deve-se ressaltar, no entanto, que por mais que se observe a importância dada à família, em todas as culturas, historicamente essa instituição nem sempre tem se organizado sob os princípios fundamentais de respeito à pessoa humana. A família, tal como a conhecemos em nossa cultura, ainda tem sido o espaço da hierarquia, da discriminação e da subordinação, e a violência intrafamiliar tem gerado sofrimento para aqueles que a ela estão submetidos, particularmente mulheres, crianças e idosos, ocasionando graves prejuízos para toda a sociedade.

A partir da Constituição de 1998, fica assegurado que o Estado Brasileiro avoca para si a criação de mecanismos para cobrir a violência doméstica (**artigo 226, parágrafo 8º, da Constituição da República Federativa do Brasil**).

Por violência doméstica, entende-se um modelo de comportamento agressivo e de repressão/coação, incluindo ataques físicos, sexuais e psicológicos, bem como coação econômica, que adultos e adolescentes usam contra seus companheiros íntimos (Ganley, 2001)

Somente em 1995, na IV Conferência Mundial sobre as mulheres, realizada em Pequim, foi reconhecido que a violência contra

a mulher impede que estas desfrutem de seus Direitos Humanos e Liberdade Fundamental.

Especificamente, no Brasil, a evolução histórica foi bastante lenta. Podemos citar alguns dos principais marcos dessa trajetória: o Estatuto da Mulher Casada que alterou o Código Civil brasileiro; a Consolidação das Leis do Trabalho; a Consolidação das Leis da Previdência Social e as anteriores Cartas Magnas culminando com a atual Constituição da República Federativa do Brasil.

Do ponto de vista meramente jurídico, o próprio Direito Romano, berço da cultura jurídica brasileira, já desprovia a mulher de capacidade jurídica. A religião era prerrogativa masculina da qual a mulher somente participava com a autorização do pai ou do marido. Também o parentesco só se transmitia pelos homens.

No Brasil-colônia a Igreja deu início à educação, no entanto, a instrução não incluía as mulheres. A Igreja da época pregava que a mulher devia obediência cega não só ao pai e ao marido como também à religião. Conseqüentemente, a mulher vivia enclausurada e seus dois únicos motivos de viver eram o lar e a igreja.

Com a mudança da Corte Portuguesa para o Brasil, foram abertas algumas escolas não religiosas onde as mulheres podiam estudar, entretanto, estas instituições restringiam o aprendizado a trabalhos manuais, domésticos e ao estudo da Língua Portuguesa.

Com a Constituição de 1824, surgiram escolas destinadas à educação da mulher, mas, ainda, voltada a trabalhos manuais e domésticos, cânticos e ensino básico primário. Somente no início do século XX foi permitido que homens e mulheres estudassem juntos.

Com a implantação do regime republicano brasileiro tivemos o Decreto nº 18/1890, que manteve o domínio patriarcal, no entanto, de forma sutil, quando regulou o casamento civil e vedou ao marido a imposição de castigo corpóreo à mulher e aos filhos, visto que isso era considerado um direito daquele em relação a estes.

O Código Civil brasileiro de 1916 sustentou os princípios conservadores, mantendo o homem como chefe da sociedade conjugal, limitando a capacidade jurídica da mulher, concedendo ao homem, com exclusividade, o exercício do pátrio poder bem como a administração dos bens da prole, dentre outras demais formas de discriminação, evidenciando uma condição inferior da mulher face ao homem.

Com o Código Eleitoral brasileiro de 1932, surgiu um avanço nos direitos da mulher, já que referido diploma legal permitiu à mesma o exercício do voto aos vinte e um anos de idade, tendo a Constituição brasileira de 1934 reduzido esta idade para dezoito anos.

Somente em 1962 com o advento do estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4.121/62), inicia-se, no Brasil, um processo de libertação da mulher, permitindo-lhe a luta pela busca de sua igualdade real. O maior mérito do estatuto da Mulher Casada foi abolir a incapacidade jurídica feminina, revogando diversas normas discriminatórias, permitindo que a mesma se inserisse no mercado de trabalho, tornando-a economicamente produtiva, conseqüentemente, elevando a importância da mulher nas relações de poder no interior da família. Este aumento de poder econômico feminino trouxe decisivas modificações no relacionamento pessoal entre os cônjuges. Contudo, ainda restaram inúmeras desigualdades, mas tal Diploma Legal pode ser citado com um dos grandes marcos históricos no que se refere à conquista pelos direitos da mulher.

Com o advento da Lei do Divórcio, em 1977, que permitiu aos cônjuges a dissolução do vínculo conjugal, privilegiou-se a mulher com a faculdade de optar, ou não, pelo uso do patronímico do marido, retirada a imposição da mulher de se despersonalizar, abrindo mão do próprio nome para adotar o do cônjuge varão. Substituiu o regime da comunhão universal de bens pelo da comunhão parcial de bens, ampliou a equiparação dos filhos, qualquer que fosse a natureza da filiação, para fins de sucessão hereditária. Em seu artigo 20 trouxe a presunção de que ambos os cônjuges são obrigados ao sustento da prole, acabando com o entendimento de que a fixação de prestações alimentícias está associada à idéia de culpa.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a mulher consolida sua conquista por uma situação menos desigual. A materialização da igualdade entre homens e mulheres, nas

relações conjugais e de união estável, que veio a ocorrer com a Carta Magna de 1988, acompanhou a evolução do princípio da igualdade no âmbito dos direitos humanos fundamentais, incorporadas às Constituições dos Estados democráticos contemporâneos.

A igualdade buscada pela mulher brasileira, ainda que se fale apenas na igualdade formal, teve seu cume com o pronunciamento do Supremo Tribunal Federal, Corte Máxima em nosso país, em que declara estarem revogados todos os dispositivos legais tendentes a diferenciar homens e mulheres.

Por fim, em 1990, surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente que conquistou, definitivamente, o princípio da igualdade estabelecido pela Constituição Federal brasileira de 1988, estabelecendo que o pátrio poder será exercido em igualdade de condições pelo pai e pela mãe, tendo ambos o dever de guarda, sustento e educação da prole.

Feita a descrição da evolução da situação jurídica da mulher no Brasil nos cabe atentar para alguns fatos. Mesmo com a existência de normas jurídicas afirmando a igualdade entre homens e mulheres, preconceitos de toda a ordem determinam comportamentos retrógrados. Raras as vezes, as normas garantidoras da igualdade dos direitos tornam-se eficazes. O que se vê é o choque de preceitos legais que funcionam como uma máscara das injustiças que ocorrem no seu seio.

A busca pela igualdade material se faz necessária e são vários os fatores que dificultam e impedem essa incessante luta.

Dentro deste contexto, hodiernamente, o sistema internacional de proteção dos direitos humanos pode apresentar diferentes âmbitos de aplicação. Assim, têm-se os sistemas global e regional de proteção aos direitos humanos.

O campo de incidência do sistema global de proteção abrange os Estados da comunidade internacional que fizeram parte das convenções internacionais que integram o sistema global de proteção, produzidos no âmbito das Nações Unidas.

O sistema regional de proteção aos direitos humanos, como o próprio nome sugere, busca internacionalizar os direitos humanos no plano regional, ou seja, no âmbito do continente.

No âmbito regional, no que tange ao assunto em tela, tem-se a Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como "Convenção de Belém do Pará", adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos em 06.06.1994, ratificada pelo Brasil em 27.11.1995.

Os sistemas global e regional não são dicotômicos, mas, ao contrário, são complementares.

O Direito Internacional dos Direitos Humanos constitui atualmente o ambiente que dispensa a proteção mais sofisticada aos direitos especializados da mulher enquanto componente de grupos vulneráveis.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, introduziu disposições de conteúdo normativo bastante relevante em seus artigos 1º, 2º e 5º, que definem com bastante clareza a violência contra a mulher, possibilitando a ampliação do âmbito de proteção jurídica nacional às condutas e fatos ali enunciados.

O preâmbulo da referida Convenção afirma que **"a violência contra a mulher constitui violência dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, o gozo e exercício de tais direitos e liberdades"**.

Em seu artigo 1º, a Convenção de Belém do Pará define a violência contra a mulher como **"qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público, como no privado"**.

Tal convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com a promulgação do Decreto Presidencial nº 1.973, de 01 de agosto de 1996. Trata-se de Tratado Internacional que vincula o Brasil não só perante aos demais Estados signatários, mas também internacionalmente, possibilitando sua plena aplicação e execução.

A sociedade brasileira tem aos poucos tomado consciência não somente da gravidade da violência contra a mulher, mas tam-

bém, da verdadeira dimensão deste problema. Hoje, a violência superou a órbita privada e passou a ser considerada como um atentado contra a própria sociedade, como um ataque à essência da democracia.

Por isso, faz-se necessário insistir na sensibilização da sociedade frente a esse fenômeno, que não é novo, mas que começa a ser conhecido, ao funcionar os mecanismos de denúncia que distanciam as mulheres maltratadas da atitude resignada do silêncio.

A necessidade de compromisso efetivo do Estado na implementação de políticas públicas, sob a ótica de gênero, torna-se cada vez maior frente aos prejuízos contra o desenvolvimento pessoal e social que atingem as mulheres em situação de violência e em iminente risco de vida. Tratam-se de agressões física, sexual, psicológica e também, de outras mais sutis. Porém, não basta diagnosticar o problema para encontrar soluções; é sabido que ações isoladas têm eficácia, igualmente, isolada.

O conceito de gênero envolve a subordinação hierárquica nas relações de papéis existentes entre homem e mulher, fundamentadas pelo processo de socialização, nos âmbitos informal, (feito por adultos significativos e televisão) e formal (escola e meios educacionais) na construção das identidades masculina versus feminina. Nesta construção, baseada em valores patriarcais tradicionais, legitimam-se formas sutis de coerção e violência contra a mulher.

A violência é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle masculinos. Atinge as mulheres independente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é sobretudo social, pois afeta o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal e auto-estima das mulheres.

Historicamente, à violência doméstica e sexual somam-se outras formas de violação dos direitos das mulheres: da diferença de remuneração em relação aos homens à injusta distribuição de renda; do tratamento desumano que recebem nos serviços de saúde ao assédio sexual no local de trabalho. Essas discriminações e sua invisibilidade

agravam os efeitos da violência física, sexual e psicológica contra a mulher.

Se hoje contamos com leis que avançam no campo dos direitos humanos, outras ainda são tão anacrônicas que precisam ser alteradas com urgência. A incompatibilidade entre a lei e a prática social, assim como os esforços insuficientes dos governos para fazer valer os acordos internacionais nesta questão constituem-se em negação dos direitos humanos.

Os países membros da ONU avaliarão os desafios propostos e os avanços alcançados no processo da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Se o exercício da cidadania se dá no cotidiano, lutar pelo fim da violência contra a mulher requer um esforço diário. Pois a justiça com equidade social só será alcançada se toda a sociedade

se comprometer a erradicar a violência como uma prática "natural" e promover a democracia não apenas no espaço público, mas também nas relações privadas.

Um longo caminho ainda temos de percorrer para que as definições e ditames legais sejam exercitados efetivamente para que não sejamos enquadrados nas tenebrosas palavras de Maurice Donnay (1849 -1945): " todos os homens batem nas mulheres: os do povo com os punhos; os burgueses com a lei."

Apesar da evolução legislativa no que pertine à defesa dos direitos da mulher, deparamos-nos com um hercúleo desafio: o de ultrapassar os limites da mera igualdade formal para atingirmos os patamares da concretização dos direitos já reconhecidos.

Andréa Vásquez

Advogada e coordenadora da casa Abrigo - DF SEAS/GDF

Márcia Milhomens

Promotora de Justiça da promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Mulher

A Violência Doméstica na Lesgilação Brasileira

Andréa Vásquez

Em razão da convivência do homem com os outros homens podem surgir conflitos de interesse quando os interesses de um se opõem aos de outro. Tais conflitos podem surgir, também, tendo de um lado o Estado e de outro um homem.

Assim, uma das tarefas essenciais do Estado é regular a conduta dos cidadãos por meio de normas cogentes sem as quais a vida em sociedade seria praticamente impossível.

São desse modo, estabelecidas regras para regulamentar a convivência entre as pessoas e as relações desta com o Estado, onde este impõe aos

seus destinatários determinados deveres concretos e genéricos. Essas normas constituem um sistema de limites aos poderes e faculdades do cidadão, que está obrigado pelo dever de respeito aos direitos alheios ou do Estado.

Entretanto, tais normas seriam inócuas se não estabelecessem sanções para aquele que as descumprisse, lesionando direito alheio, pondo em risco a convivência social e frustrando o fim perseguido pelo Estado.

Portanto, quando se lesa ou põe em risco o direito que interessa à própria sociedade, o Estado,

cuja finalidade é a consecução do bem comum, e, por isso, investido do direito de punir (*jus puniendi*), institui sanções penais contra o infrator.

A punição ao autor da lesão social representa a justa reação do Estado contra o autor da infração penal, a fim de defender a ordem e a boa convivência entre os cidadãos. No entanto, esse direito de punir do Estado não é arbitrário mas delimitado nos países civilizados pelo princípio da reserva legal. No Brasil, este princípio está previsto na Constituição da República de 1988; *verbis*:

"Não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal" (art. 5º XXXIX).

Essas sanções, em princípio, é o ressarcimento dos prejuízos e danos causados pela prática da conduta proibida. Porém, muitas vezes, tais sanções são insuficientes para coibir determinados ilícitos, por isso, são reforçadas com outras normas para possibilitar a convivência em sociedade. As penas privativas de liberdade têm como finalidade socializar, recuperar, reeducar ou educar o condenado.

A Lei de Execução Penal adotou os postulados da Nova Defesa Social, aliando a esta prevenção criminal a humanização da execução da pena.

No âmbito das relações familiares, constatou-se que muitos casos de violência são considerados **"infrações penais de menor potencial ofensivo"**, sendo julgados pelos Juizados Especiais Criminais, instituídos pela Lei n.º 9.099/95.

A criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais constituiu-se em uma revolução judiciária. Os critérios da moralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, que orientam o processo, buscando, sempre que possível, a conciliação ou a transação, distinguem-no, dificultando a contaminação burocrática da atividade judiciária tradicional.

Assim, separando o tratamento das infrações menores das grandes infrações penais, buscou-se a efetividade do próprio

Direito Penal, dando fluidez aos processos das grandes infrações penais, que muitas vezes escoavam pelo ralo da prescrição, devido ao asoberbamento das Varas Criminais.

Entretanto, a mesma Lei que facilita os julgamentos beneficia sobremaneira o agressor, pois propicia acordos e perpetua a repetição da mesma violência no interior dos lares. Além do mais, os conflitos familiares, antes de serem conflitos de direito, são essencialmente afetivos, psicológicos, relacionais, antecidos de sofrimento. Em regra, dizem respeito a casais que, além da ruptura, devem imperativamente conservar as relações de pais, em seu próprio interesse e no interesse da prole. Assim, a resposta judicial sozinha, seja ela qual for, é insuficiente e, muitas vezes, inadaptada às necessidades dos envolvidos no conflito.

A explosão do contencioso familiar no judiciário, os custos faraônicos dos conflitos familiares mal resolvidos, em termos econômicos, judiciais, sociais e sobretudo humanos e a insatisfação perante a justiça, obrigam a reconsiderar o tratamento dos conflitos familiares.

O próprio espírito do sistema deve ser transformado, tendo como prioridade a substituição da lógica de confronto judicial pela lógica da comunicação e da negociação.

A sanção penal deve ser capaz de produzir dupla finalidade: a punitiva e a ressocializante. Dentro deste contexto deve ser ela justa, necessária e suficiente para prevenir tais conflitos no seio social e permitir ao agressor a vivência de um processo de reeducação.

A definição da sanção penal justa, necessária e suficiente deve atender, evidentemente, as peculiaridades que norteiam o conflito de interesses manifestado. Quando se trata de violência de gênero, especialmente a perpetrada em face das mulheres e manifestada no seio familiar, a resposta proposta pelo nosso sistema jurídico é ineficiente. Tal fato leva ao descrédito todas as instituições que lutam em prol da pacificação dos conflitos familiares.

A mulher, vítima de agressão familiar, está sujeita a um sistema de proteção ineficiente já

que a resposta penal imposta ao agressor não atende às peculiaridades do conflito instalado. Essa vítima, quase que na totalidade dos casos, é obrigada a retirar-se de seu lar levando consigo sua prole e nada mais. Em regra, não possui qualificação profissional e se vê obrigada a enfrentar uma nova realidade só. Quando decide denunciar o agressor, fica a mercê deste, vulnerabilizando-se ainda mais. Precisa reconstruir sua vida, seus conceitos culturais e morais, tudo dentro de um clima de total desequilíbrio emocional e de instabilidade afetiva.

Dentro deste contexto, como a lei penal, considera a maior parte desses delitos, crimes de menor potencial ofensivo, basta ao agressor comprometer-se a comparecer ao Juizado Especial Criminal local que não lhe será imposto o instituto da prisão em flagrante nem lhe será exigido fiança, e assim, praticamente imediatamente após à prática da agressão, ele estará de volta ao lar conjugal. A mulher vítima dessa modalidade de agressão, evidentemente, não pode ficar exposta a tal situação, pois isso representaria deixá-la à mercê do agressor, só que agora numa situação de conflito muito mais grave que a anterior já que teve ela a determinação de denunciá-lo, violando a superioridade que o agressor julga ter sobre a vítima. A própria lei, portanto, impõe obstáculos intransponíveis para que as mulheres vítimas de agressão familiar procedam a denúncia desses fatos.

Mas consideremos que se trata de vítima que pôde superar esse obstáculo inicial, mesmo assim, continua a fadada Lei 9.099/95 banalizando o conflito. Impõe-se às partes uma audiência preliminar, dentro da qual se o agressor concordar em ressarcir os prejuízos sofridos pela vítima a ele será imposto uma pena não privativa de liberdade. Aqui devemos fazer um aparte: em regra, não se fala em ressarcimento dos danos morais sofridos pela vítima, somente se busca o ressarcimento dos prejuízos materiais, como se o sofrimento dessa vítima pudesse ser desconsiderado. Não estamos aqui dizendo que a Lei acima citada prevê somente o ressarcimento dos danos materiais, mas sim que, em regra, a experiência nos tem mostrado que se busca nesta audiência preliminar apenas quantificar e impor o ressarcimento dos prejuízos materiais, ignorando-se os de ordem moral, o que significa dizer, que a dor, o sofrimento e os sentimentos dessa vítima não são considerados dentro da órbita penal. Após o ressarcimento dos danos, que como acima defendemos, é irrelevante quando visto do prisma da mulher agredida, é imposto ao agressor uma pena não privativa de liberdade (pena restritiva de direitos ou pena de multa).

Ainda podemos constatar outra grande incoerência. Quando é imposto ao agressor pena restritiva de direitos consistente na prestação pecuniária, que no Brasil tem sido fixada, em geral, em espécie (cestas básicas, material de consumo etc), esta pena nunca é dirigida à vítima ou aos seus dependentes, em regra, vem beneficiar entidades públicas e privadas, e o que é mais repugnante é que as entidades eleitas nem sempre são as responsáveis pela execução das políticas de proteção à mulher.

Assim, das possíveis sanções previstas em nossa legislação penal, a restritiva de direito consistente na prestação pecuniária seria a única que poderia efetivamente beneficiar a mulher vítima de agressão familiar, já que poderia ser dirigida à própria vítima ou às entidades responsáveis pela execução das políticas de proteção à mulher. Infelizmente, o que se tem observado é que essa além de ser a única modalidade de sanção penal existente em nosso ordenamento jurídico capaz de contribuir para a efetiva proteção da mulher vítima de agressão doméstica, isso quando é destinada à vítima ou à entidades que praticam políticas voltadas à proteção dessa vítima, vem sendo aplicada em benefício de outras entidades.

Não há no ordenamento jurídico brasileiro uma resposta penal que venha satisfazer, dentro dos conflitos familiares, os princípios da necessidade e da suficiência, princípios esses que norteiam a aplicação da pena. Segundo essas máximas a pena deve ser necessária e suficiente para a reprovação e prevenção do delito.

A realidade se mostra diametralmente oposta já que as modalidades de sanções penais hodiernamente existentes não são capazes de reprovar já que não intimidam, nem são eficazes para prevenir já que não dão o necessário tratamento ao agressor. Em relação à vítima, a situação é até mais cruel. É agredida, precisa reconstruir sua vida e a vida de sua prole, muitas vezes não dispõe de recursos financeiros para tanto, perdendo sua dignidade, sua auto-estima e sua cidadania e tudo isso num emaranhado emocional e afetivo.

Essa triste realidade dificulta, chegando até impedir, que as mulheres vítimas de violência familiar tomem uma postura ativa diante da situação em que vivem. O sentimento de insegurança gerado pelo ordenamento jurídico-penal leva o descrédito e a sensação de total abandono a essas vítimas. A realidade dos fatos nos impõe praticar políticas públicas tendentes a assegurar, de forma

sistemática, proteção às mulheres vítimas da violência doméstica, tecendo uma teia que seja capaz de restaurar a cidadania dessas mulheres. A complexidade do conflito familiar também nos obriga ao atingimento de um alto grau de especialização, não se pode dar tratamentos iguais para conflitos distintos, o que feriria profundamente o princípio constitucional da isonomia.

A evolução nos tem mostrado que diferenciar situações distintas é o meio mais eficaz para a concretização da igualdade material. Nas questões que envolvem a violência de

gênero, em especial a violência doméstica, se faz necessário que todos os órgãos, entidades, pessoas jurídicas de caráter público ou privado que se proponham a praticar ações visando a minimização desses conflitos ou buscando a melhor solução para eles, atinjam um alto grau de especialização. Desta forma é que se busca a criação de delegacias, promotorias públicas, institutos médicos legais, juizados especiais, núcleos de defensorias públicas, salas de acolhimento à mulher em hospitais etc, todos especializados e devidamente aparelhados para o atendimento à mulher vítima de violência familiar.

Andréa Vásquez

Advogada e coordenadora da casa Abrigo - DF SEAS/GDF

O Envelhecimento e seus Destinos

Marcelle Passarinho

O envelhecimento é uma preocupação constante do homem em todos os tempos. Os gregos, os filósofos, antropólogos, os cientistas, outros profissionais e o próprio homem, buscam uma definição, um significado para o processo de envelhecimento. Até por que, a imortalidade e a eterna juventude são sonhos míticos do homem e está sempre relacionada com a felicidade plena.

Somente a partir do século XVI que começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos que estudaram a terceira idade e não se preocuparam com a imortalidade, ao contrário destacaram a importância de se estudar o processo de envelhecimento, suas causas e conseqüências sobre o organismo.

Contudo, a imagem pejorativa e o desinvestimento do velho, segregando-o e separando-o, atravessa todos os tempos, ainda

que em algumas sociedades eles possuam prestígio e reconhecimento.

A sociedade moderna é exclusivamente alicerçada na produtividade, no lucro imediato e na utilidade da pessoa. Com isso, o espaço para o idoso foi reduzido ainda mais. Por isso, é certo dizer que os idosos estão marginalizados, excluídos contra a sua vontade, apesar de um movimento crescente para recuperar sua posição.

Porém, existem dois grandes grupos de idosos; primeiro os que possuem boas condições financeiras, sendo inclusive mantenedores das famílias; independentes, participativos socialmente e que mantém contato permanente com os familiares. E o segundo, se refere aos idosos dependentes e isolados de seus familiares, pouco consumidores, que tendem a consumir maiores

recursos da saúde e sobrevivem de uma sociedade quase sempre hostil, indiferente e injusta.

Mas se eles estão excluídos da produção é porque não lhe dão emprego, são pouco consumidores porque não têm dinheiro e consomem recursos da saúde porque adoecem. Dessa maneira, forma-se um lamentável círculo vicioso da imagem negativa. E é nesse grupo que ocorrem o maior número de violências.

O idoso, considerado como um peso social, frustra-se com a diminuição de seu espaço existencial, anteriormente vivido com plenitude e sucesso, experimentando uma profunda reação de perda sem nada para substituir o objeto perdido: o seu valor como pessoa. São justamente as perdas continuadas e as transformações, que contribuem para o aparecimento de depressão e doenças físicas e psicossomáticas.

Portanto, em nossa sociedade o homem ainda rejeita o envelhecimento, não se conforma com a sua evidência. A terceira idade desperta sentimentos negativos, como a piedade, o medo, o abandono e o constrangimento.

Mas o que define a velhice? O que é envelhecer? Certamente a velhice é um fenômeno biológico, pois o organismo entra em declínio, o processo biológico é real e pode ser reconhecido por sinais externos no próprio corpo. Mas será que a idade cronológica é um bom critério? O envelhecimento é natural e universal, porém, é vivido de acordo com o tempo de cada um, não é um tempo cronológico, mas um tempo construído, a partir de nossos sentimentos e da nossa história. Um tempo subjetivo e absolutamente singular.

Assim sendo, as disposições pessoais são os elementos citados por Freud ao se referir àquilo que o indivíduo traz para a vida, ou seja, sua constituição; são os traços pessoais de nossa história de vida que acabam ficando mais marcantes com o envelhecimento. É por isso que se envelhece da mesma maneira que se viveu.

Portanto, se os acontecimentos existenciais eram sentidos com alguma dificuldade ou sofrimento, na idade adulta ou jovem, conseqüentemente no envelhecimento a adaptação será muito mais problemática.

Também é possível observar que mesmo em circunstâncias existenciais favoráveis e positivas para alguns idosos, a adaptação é comprometida, pois

se refere a uma fragilidade emocional, ou seja, a personalidade do sujeito.

Assim o equilíbrio psíquico do idoso depende, basicamente, de sua capacidade de adaptação à sua existência presente e passada, e das condições da realidade que o cercam, para então, marcar o tempo do envelhecer.

É por isso, que o relacionamento do idoso com o mundo se caracteriza pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas. Portanto, no relacionamento com sua história, o idoso deve re-significar sua velhice, retirando o negativismo que a cerca e atribuindo novos significados a fatos antigos. Colorindo a sua existência de forma alegre, importante, gratificante e satisfatória.

Assim, a aceitação da terceira idade como uma realidade, e a compreensão de que se pode ser plenamente feliz em qualquer idade, é o caminho correto que nos tira da infelicidade.

Violência contra o idoso

A questão do envelhecimento vem ganhando visibilidade, tendo em vista o prolongamento da expectativa de vida da população e conseqüentemente o crescimento do número de idosos em todo o mundo.

O idoso, caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

Atualmente a população idosa é parte significativa da população geral. De acordo com o IBGE, a população de idosos vem crescendo mais rapidamente do que a proporção de crianças. Em 2000 observou-se que existiam em torno de 30 idosos para 100 crianças. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas (IBGE, 2004).

Apesar de tantos indicadores, a maioria das culturas ainda tende a separar, seja de forma real ou simbólica, esse idoso. "Não é verdadeira a crença, freqüentemente veiculada, de que os antigos tratavam de forma melhor seus idosos, cultuando sua presença na comunidade. Isso pode ter ocorrido em alguma cultura específica, assim como hoje acontece também, em relação a alguns idosos" (Minayo, 2004).

Sabe-se, que a qualidade das relações familiares e sociais do idoso é o maior fator de manutenção da saúde. Mas diante das condições de vida atual de alguns de nossos idosos, é possível perceber que a imagem estereotipada que ele carrega tem início na própria família. O idoso muitas vezes é colocado numa posição de forma a proporcionar o menor incomodo à dinâmica familiar. Não só a posição existencial, mas também do ponto de vista espacial dentro da casa.

Já que o idoso não dispõe de um espaço importante no seio familiar, ocorre um isolamento social, um esfriamento da sua relação com as pessoas a quem era afeiçoado, o que agrava a separação, quando é levado para instituições de longa permanência para idosos (asilos) e lá permanecendo longe dos familiares e muitas vezes com poucas visitas.

A violência psicológica, além das supracitadas, também é a falta de diálogo, a intolerância dos jovens e falta de interação com o idoso dentro da própria família. O lar, referência de toda a família, traduz-se em recanto de amor e discórdia.

Assim, que a violência psicológica contra o idoso é a mais freqüente, já que reflete a total falta de compreensão do que é ser idoso e do que é a velhice. Na questão familiar, tanto existem os maus-tratos intencionais e dolosos, quanto os maus-tratos que não são intencionais, apenas fruto da falta de preparo da família em reconhecer que aquele idoso está limitado ou não saber lidar com a falta de autonomia dele para viver sozinho ou uma depressão, por exemplo.

Nesse sentido, os idosos vêm sendo vítimas de violência física e mental de toda a ordem, muitas vezes elas ocorrem concomitantemente.

É certo que a idade avançada deixa os idosos mais vulneráveis. Geralmente são vítimas de quedas, atropelamentos e outros acidentes que levam aos hospitais e podem causar mortalidade. Destacamos a diferença entre quedas e alguns tipos de acidentes; e a violência propriamente dita.

Violência "é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais,

de grupos, classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais" (Minayo, 2004).

Estudos mostram que milhões de idosos no mundo são vítimas diárias de violência, decorrentes de golpes com objetos, pequenos empurrões (que podem resultar em fraturas), queimaduras e ferimentos. Além dos maus-tratos, que se refere a um ato único ou repetido ou ainda a omissão que cause dano ou aflição. "As violências e maus-tratos contra o idoso se referem a abusos físicos, psicológicos e sexuais; abandono, negligência, abusos financeiros e auto-negligências" (Minayo, 2004).

Os idosos e as crianças estão entre as principais vítimas de violência doméstica e, raras vezes, conseguem se livrar do agressor e recomeçar uma vida saudável, até porque na maioria dos casos o agressor faz parte da família desse idoso.

As primeiras reações dos idosos diante da violência envolvem sentimentos de medo, impossibilidade, vergonha e culpa pelo fracasso das relações familiares. Ocorre, também, a omissão do acontecimento, por medo de denunciá-la bem como a aceitação da violência como parte natural das relações entre a família.

A violência parece revelar ao idoso o sentimento de incapacidade em lidar com os filhos, os netos, o(a) companheiro(a) e em enfrentar o mundo que o cerca. Levando-o a uma solidão e um isolamento crescentes. Concluindo, as marcas da agressão contra o idoso não são apenas físicas, mas, sobretudo, psicológicas.

Principais tipos de violência contra o idoso oficializadas pelo Ministério da Saúde em 2001

- **Violência Física ou Abuso Físico**

São ações que se utilizam força física para obrigar o idoso a fazer algo, para feri-los, provocar-lhes dor ou mesmo a morte. As formas mais explícitas de vio-

lência física são os socos, tapas, pontapés, empurrões etc.

- **Violência Psicológica ou Abuso Psicológico**

Nesta categoria, correspondem as agressões verbais ou gestuais sistemática, humilhação constante, insultos, infantilização do idoso, privação de informação e isolamento social intencional.

- **Violência Sexual ou Abuso Sexual**

Refere-se ao ato ou jogo sexual, visando obter excitação, relação sexual propriamente dita, alijamento e mesmo violência física ou ameaças.

- **Violência Econômica ou Abuso Financeiro e Econômico**

Consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos. É bastante comum a violência contra idosos que têm algum tipo de renda. Nesse caso, podemos citar: a retirada da pensão do idoso; o uso inadequado do dinheiro da pensão para uso pessoal sem autorização prévia; forçá-lo a assinar uma procuração delegando plenos poderes; forçar a venda de propriedades ou mudança de testamento.

As pessoas na terceira idade que não possuem renda, ou remuneração, geralmente são abandonadas em asilos ou casas de repouso. Uns poucos, que continuam debaixo do teto de seus descendentes, não recebem dinheiro para suas necessidades, como medicamentos e alimentação.

- **Negligência**

A falta total de cuidados devidos e necessários aos idosos, que pode acontecer dentro de casa ou de instituições.

É a violência mais presente no país. É muito comum ler notícias sobre idosos isolados, amarrados e sujos, abandonados e privados do convívio social. A negligência também está associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais.

- **Auto-negligência**

É quando o próprio idoso ameaça sua saúde ou segurança recusando ou evitando os cuidados necessários.

Faz-se necessário ressaltar, que as diversas formas de violência e maus-tratos contra o idoso são praticados também por empresas, instituições públicas e privadas, criminosos, bancos e o próprio Estado, não sendo, portanto, exclusividade da família.

Outro dado importante, segundo o Ministério da Saúde, é que a maior parte da violência ocorre com mulheres, acima de 75 anos, dependente física ou mentalmente e que vive com seus familiares, até porque os homens morrem mais cedo.

"Em consequência dos maus-tratos, muitos idosos passam a sentir depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimento de culpa e negação das ocorrências, situações que os vitimam a viver em desesperança" (Menezes, Minayo e Wolf, 2004).

Portanto, aqueles que, em virtude de seu trabalho ou que possuam qualquer tipo de relação com um idoso, que percebam indícios de violência, ou de maus-tratos deverão noticiar o fato ao Conselho do Idoso, Conselho Estadual, Promotoria de Defesa do Idoso, enfim, a qualquer órgão de proteção ao idoso. É bom lembrar que as delegacias comuns também registram denúncias, tanto contra familiares quanto contra instituições que abrigam idosos.

Estatuto do Idoso

A denúncia deve ser sempre efetivada nas situações pertinentes.

De acordo com o Estatuto do Idoso, lei federal nº 10741 de 1/10/2003, nenhum idoso, poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Quem discriminar o idoso, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte ou a qualquer outro meio de exercer sua cidadania pode ser condenado e a pena varia de seis meses a um ano de reclusão, além de multa.

Famílias que abandonem o idoso em hospitais e casas de saúde, sem dar respaldo para suas necessidades básicas, podem ser condenadas a penas de seis meses a três anos de detenção e multa.

Para os casos de idosos submetidos a condições desumanas, privados da alimentação e de cuidados indispensáveis, a pena para os responsáveis é de dois meses a um ano de prisão, além de multa.

Se houver a morte do idoso, a punição será de 4 a 12 anos de reclusão.

Qualquer pessoa que se aproprie ou desvie bens, cartão magnético (de conta bancária ou de crédito), pensão ou qualquer rendimento do idoso é passível de condenação, com pena que varia de um a quatro anos de prisão, além de multa.

Há também os casos de maus-tratos em asilos e entidades que atendem idosos. Ao enfrentar esse tipo de situação, o idoso sente-se só, sem ter como se defender ou alguém para defendê-lo.

Infelizmente, estudos mostram que também é muito comum o idoso retirar a ocorrência dias após a denúncia. Nos registros, os idosos argumentam que precisam viver com a família, têm de voltar para casa, e a manutenção da queixa atrapalharia a convivência.

Conclusão

Recentemente, vivemos um importante período de transição e mudanças quanto aos idosos, já que o número de pessoas acima de 60 anos, o aumento da expectativa de vida, a participação na sociedade e o sustento da família aumentam a cada dia. Por isso, é necessária uma compreensão dessas transformações sociais e culturais que vêm ocorrendo nos últimos anos.

Portanto, cabe a todos nós compreender o idoso em seu processo de vida, conhecer suas fragilidades, suas perdas e suas transformações, modificando sua visão e atitude sobre a velhice. Colaborando para que ele mantenha sua posição junto ao grupo familiar e a sociedade.

Qualquer que seja a estrutura de organização da família, há a necessidade de se manter os vínculos afetivos entre seus membros e o idoso, dando importância ao tempo e ao envelhecimento, que caminham juntos. Nesta fase da vida, o que o idoso necessita é sentir-se valorizado, viver com dignidade, tranquilidade e receber amor, atenção e o carinho da família.

Como advertiu Beauvoir (1976), ele é um indivíduo que interioriza a própria situação e a ela reage. Assim, é possível compreender a velhice em uma pluralidade de experiências individuais, o que impossibilita retê-la em um conceito ou noção. Ou seja, devemos entender as diferentes experiências da história de vida do sujeito, e então perceber as vicissitudes do seu envelhecimento.

O envelhecimento é útil, inexorável, inevitável e pode e deve ser feliz. Cabe a humanidade redefinir o significado da velhice, retirando o estigma negativo, erradicando a violência e pensando no idoso como um sujeito de desejos e dono do seu próprio destino.

Referências

MINAYO, M.C. **Violência contra idosos. O avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

www.ibge.gov.br

www.psiqweb.com.br

Revista REVIVA, nº 1 , 2004

Revista Terceira Idade, nº 3, 1990

Revista Terceira Idade, nº 14 , 1997

Marcelle Passarinho
Psicóloga Clínica

Violência Institucional no País

Descaminhos da Dignidade

Laurez Ferreira Vilela

A Violência Institucional é uma violação da condição humana e se apresenta de forma sutil, porém não menos perversa. Não é uma característica da sociedade contemporânea, permeia a organização do Estado na estrutura do país.

O Estado Democrático de igualdade de direitos deveria suprir as necessidades sociais de qualquer natureza, porém está longe da realidade atual, haja vista a luta de classes sociais, os movimentos de igualdade de raça, de educação, de acesso à terra e outros que, para conseguirem seus direitos, por vezes se valem de pressão extrema para suas reivindicações serem atendidas.

Compreendendo Políticas Públicas como bens e serviços provenientes do Estado, destacam-se algumas de suas deficiências: Falta acesso à educação, saúde, alimentação, lazer, profissionalização, cultura, segurança e outros serviços necessários à dignidade humana.

A população dorme em filas para conseguir vaga em escola ou marcar uma consulta médica, nem sempre com êxito, face ao limitado número de vagas. Famílias vivendo em extrema penúria não conseguem do Estado uma resposta de profissionalização e/ou mercado de trabalho para solucionar, com dignidade, a problemática da fome.

Lazer e cultura são um capítulo à parte; quando existem são geralmente direcionados a campos de futebol, desprovidos de infra-estrutura. A cultura não é incentivada, algumas vezes se apresenta esporadicamente em momentos propícios e eleitoreiros.

O Estado demonstra total despreparo para implantar/implementar políticas públicas e gerir com eficiência os recursos públicos que devem ter como fim a melhoria na qualidade de vida da população. Assim acaba tornando mais penosa a trajetória de vida de um povo que faz uma verdadeira peregrinação pelos diversos serviços para conseguir satisfazer, em vão, suas necessidades mais prementes.

Violência Institucional

"É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla de falta de acesso e/ou má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional". (MS, 2001).

Ressalta-se que esta violência permeia todas as Instituições públicas e privadas, podendo se apresentar em diversas formas: ineficácia, negligência, discriminação, intolerância, desqualificação, uso de poder, massificação do atendimento e outros.

Violência Institucional Profissional

Para discorrer sobre a questão, faz-se necessário analisar a questão do **pequeno poder** que às vezes assume "grandes proporções". Alguns profissionais se tornam verdadeiros tiranos no exercício de sua profissão, até porque, na maioria dos casos, é o único momento que ele pode deter algum domínio.

Quem não presenciou um profissional imbuído de seu pequeno poder impedindo um usuário de falar por impaciência ou por falta de tempo, tratando-o com frieza, rispidez e falta de atenção; assim, o atendimento tende a ser ineficaz pois é preciso escuta para solucionar um problema. Ainda é mais grave quando o tratamento é acompanhado de preconceito por questões de orientação sexual, raça, gênero, deficiência física e/ou doença mental. Faz-se necessário, no exercício da profissão, desprover-se de julgamentos de qualquer natureza.

Revitimização é uma das mais freqüentes formas de violência. Revitimizar é a repetição de atos de violência seja pelo próprio agressor ou na peregrinação pelos serviços para receber atendimento, ou pela repetição da lembrança de atos de violên-

cia sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais. Isso pode acarretar prejuízo para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando atenção, pode aumentar os acontecimentos. Outra situação é o atendimento sem privacidade, expondo sua dor diante de terceiros.

Muitas vezes a vítima é obrigada sair de sua casa para se proteger em abrigos o que implica em deixar sua família, seus parentes; às vezes pode significar perder um pouco sua história. Segundo Silva (2004) "a substituição da família pelo abrigo e das figuras parentais por funcionários coloca outros referenciais para a organização mental e psíquica da criança, com prejuízos para o desenvolvimento da afetividade, das relações de gênero e do princípio de autoridade moral".

Um exemplo de revitimização: uma vítima de violência percorre vários serviços: saúde, segurança pública e justiça. Em cada local, é solicitado o relato do fato; em alguns casos, é atendida num balcão sem a mínima privacidade. Hostilidade e críticas permeiam atendimentos onde a vítima é foco de julgamento daqueles que deveriam acolher.

Em algumas situações a mulher pode ir para Casa Abrigo; no caso de crianças e adolescentes, se não existir família substituta, será encaminhado para instituições infanto-juvenis.

Em alguns países, existe a preocupação com a revitimização a exemplo da França, que vem buscando formas de amenizar esta questão através da filmagem do primeiro depoimento da vítima, acompanhado por um único profissional capacitado para realizar as perguntas de forma não induzida, sendo este depoimento utilizado em todas as instâncias necessárias para a proteção/tratamento da vítima e responsabilização/tratamento e reeducação do agressor.

No campo da Saúde identificam-se algumas situações

O acadêmico envolvido com teorias, por vezes desqualifica o saber prático, a experiência de vida, diante do saber científico.

Isto distancia a relação com o usuário tornando mais difícil a sua recuperação.

O profissional na intenção de resolver o problema da instituição busca estratégias forçadas para liberação de leito hospitalar.

Conforme o Artigo 12º do Estatuto da Criança e do Adolescente, os menores de 18 anos têm direito a um acompanhante. No entanto algumas instituições, em nome da "ordem", possuem regras internas para decidir quem necessita do acompanhamento.

Alguns profissionais, por valores pessoais, negligenciam mulheres em processo de abortamento e outros, discriminam/culpabilizam aquelas que verbalizam o desejo de entregar o bebê para adoção. No tocante às soropositivas (HIV), quando grávidas ou desejam engravidar, vivenciam constrangimento por críticas à sua condição. Ressalta-se que cada pessoa tem sua história e tem direito de decidir sobre suas escolhas.

Existem pacientes que se apresentam agressivos, por várias razões, como: relações familiares conflitantes, dificuldades econômicas estruturais, demora no atendimento, dor física e outros. Nestas circunstâncias muitas vezes o profissional utiliza seu poder para criticar e/ou negar, a quem grita ou expressa dor e desespero, o acesso a analgésicos que possam aliviar o sofrimento. Em algumas dessas situações desdobram-se em procedimentos inapropriados ou ineficazes de contenção através de medicação, sem a devida escuta. Esta referência não diz respeito a casos de transtornos mentais, que também demandam cuidados e escuta qualificados, mas a pessoas em crise emocional que recebem tratamento inadequado diante do seu quadro.

Nesse contexto, é necessário reconhecê-las como sujeitos em sua complexidade física, emocional e comportamental. Deve-se "promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação". (MS,2001).

No tocante à medicação vários autores vêm alertando sobre o uso indiscriminado, principalmente de psicotrópicos-ansiolíticos,

sedativos e hipnóticos que precisam de revisão e acompanhamento mais freqüentes. Deve-se priorizar o uso mínimo de drogas e investigar seus efeitos colaterais, avaliar riscos e benefícios das interações medicamentosas, na sua individualidade, com especial atenção aos idosos. (Minayo e Souza, 2003)

O fenômeno da violência se agrava quando integrantes do corpo técnico, silenciam, tornando-se coniventes na perpetuação dessas situações. O usuário percebe quando é mal atendido, oprimido e intimidado, mas não reclama com medo de represálias. Com isso a violência se perpetua.

O profissional em situação de violência.

Abordando a violência vivenciada pelos profissionais, destaca-se a falta de infra-estrutura para o exercício das suas funções; recursos humanos insuficientes para atender a demanda causando angústia nos que estão na execução; assédio moral nas suas diversas formas; agressões desencadeadas por usuários muitas vezes resultantes da ineficiência da instituição; curto espaço de tempo para atender com qualidade; dificuldade na resolução dos atendimentos, por ausência de recursos institucionais, gerando sentimentos de impotência e descrença em suas atividades. Instituições com estes e outros contornos, causam danos naqueles que operacionalizam o seu funcionamento.

O número crescente de licenças face ao desgaste emocional resultante do estresse laboral tem sido foco de preocupação de alguns serviços que vêm procurando estratégias para minimizar os agravos da dinâmica institucional.

Conclusão

A intenção aqui é sensibilizar as diversas instituições e profissionais para prevenção da violência institucional.

Na conjuntura atual, faz-se imprescindível implantar/implementar Políticas Públicas que respondam às necessidades populacionais.

Esta violência permeia todas as instituições. Faz-se necessário, portanto, sensibilizar e instrumentalizar gestores e profissionais para reverter essa situação.

A Política Nacional de Humanização vem sendo a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde na busca de mudanças do padrão de comportamento na relação instituição/usuários.

Neste contexto é importante **resignificar** o conceito de atender – **acolher, receber e receber**, com respeito à população proporcionando a integralidade no atendimento.

A resolutividade do problema pauta-se na participação e integração dos diversos atores que compõe as instituições de atendimento. Os Conselhos de Saúde e Conferências são espaços estratégicos para redefinir Políticas de atendimento e melhoria nas condições de trabalho.

Referências

DIMENSTEIN, Gilberto, **O Cidadão de Papel – A infância, a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil**. Editora Ática, 1994.

MINAYO, Maria Cecília e SOUZA, Edinilza Ramos de. **Violência sobre o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. FIOCRUZ, RJ, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Violência Intrafamiliar: Orientação para prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica nº 8. Brasília, 2001.

SILVA, Roberto, **Violência Institucional: O Dificil Diagnóstico de Saúde de suas Vítimas**. Ministério da Saúde, **Violência faz mal à saúde**. Brasília, 2004.

Laurez Ferreira Vilela

Assistente Social, especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes, Pós-graduada em Educação Sexual, Terapeuta Familiar

Prevenção da Violência

Estratégias e Compromisso

Ana Lúcia Corrêa e Castro
Clara Maria Cosme Cardoso

"A prevenção consiste em garantir às crianças e aos adolescentes o exercício pleno de seus direitos, preservando-os de qualquer situação de risco social e pessoal. Consiste, além disso, em reduzir o número de vítimas potenciais, mediante informação sobre a realidade da exploração sexual, pelo conhecimento de técnicas e meios de auto-proteção, oferecendo oportunidades e alternativas para diminuir os riscos" in Inocência em Perigo: abuso sexual de crianças, pornografia infantil e pedofilia na internet.

Prevenção significa: antecipar, precaver ou prever situações com potencial de riscos.

Assim, ações de prevenção se tornam a melhor estratégia de resolutividade no tocante à violência por evitar que os danos relacionais se propaguem por gerações. A atenção preventiva permite a construção de uma sociedade onde as pessoas possam potencializar suas habilidades e vivenciar relações saudáveis.

Realiza-se basicamente em três dimensões: primária, secundária e terciária.

A **Prevenção Primária** focaliza a eliminação ou redução dos fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem os maus-tratos. Nas Unidades Básicas de Saúde (Centros e Postos de Saúde, Programa Família Saudável) encontramos espaço propício para uma série de atuações que vão desde a *identificação de famílias com potencial de risco* (gravidez precoce, gravidez indesejada, mulher com rede social depauperada, família com fronteiras rígidas, inversão de papéis nas relações familiares, dependentes químicos no espaço doméstico, isolamento social, recursos financeiros escassos, idosos com pouco cuidado) captadas a partir dos diversos Programas de Atenção Integral, até o *aprofundamento da temática nos diversos programas de saúde*: Pré-Natal, Crescimento e Desenvolvimento, Planejamento Familiar, Grupos de Hipertensos e Diabéticos, Climatério, Atenção ao Adolescente ...

No "extra-muro", a interface dos profissionais de saúde com outras entidades permite ampliar as estratégias protetivas: reuniões nas escolas, campanhas na mídia, abordagem nos currículos escolares, reuniões com organismos sociais (pastorais e outras entidades religiosas, movimentos sociais, grupos de terceira idade...), capacitação de profissionais vinculados a instituições de cuidado – creche, pré-escolar públicos e privados, abrigos, entidades de internação dentre outros.

Neste bojo, entende-se que a prevenção deve instrumentalizar para a expansão do potencial amoroso, para o respeito aos projetos individuais em detrimento aos projetos parentais e para a elaboração de estratégias de resolução dos conflitos domésticos.

Outra condição para Prevenção Primária com resolutividade, é **o olhar**, o entendimento com o qual a equipe técnica estará trabalhando este fenômeno. É necessário que se estabeleça um mínimo de consenso, pois muitos dos técnicos naturalizam algumas práticas abusivas e outros atuam sobre o fenômeno considerando seus fantasmas pessoais, resultantes de violências vividas.

A longitudinalidade é uma das características da atenção básica onde o serviço tem a possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo, permitindo perpassar todos os estágios do ciclo de vida. Na prevenção à violência, ela se torna um importante aliado juntamente com o vínculo, por tornar possível um acompanhamento/moni-

toramento das situações vividas pelos sistemas familiares.

A **Prevenção Secundária** atua em situações já existentes de caráter leve até moderado, viabilizando suporte e encaminhamento dos casos, impedindo a sua repetição e/ou agravamento.

Destacamos os casos de **negligência**, sintoma de distorção no entendimento da proteção integral, usualmente minimizados por profissionais de saúde. Nestes, urge o monitoramento da família por período determinado pela equipe técnica. Entendemos ser de competência da Atenção Básica de Saúde este acompanhamento.

A **Prevenção Terciária** se refere ao acompanhamento integral e tratamento das situações severas realizados por profissionais especializados, em serviços específicos, com o objetivo de evitar as seqüelas mais graves.

Assim, para que a proteção integral possa se delinear, urge o olhar, as atitudes numa perspectiva sistêmica uma vez que, como nos coloca Reichenheim (1999), "apesar da possibilidade da violência familiar vitimizar diretamente apenas um integrante da família, indiretamente seus efeitos são observados em todos os membros do núcleo familiar".

Pontos importantes para realizar a Prevenção

- **Capacitar** – Envolve a busca de ferramentas que subsidiem na construção do conhecimento necessário para atuar nas situações de violência. Os Programas de Prevenção a Acidentes e Violências, grupos de estudo e eventos técnicos possibilitam a atualização permanente.
- **Identificar** – Estar atento aos sinais que, mesmo parecendo insignificantes, devem ser qualificados e investigados. Tal atuação possibilita a ruptura com o pacto de silêncio e com o processo de dominação do agressor.
- **Acolher** – Oferecer escuta e técnicas de apoio. Evitar aprofundar para não revitimizar. O profissional deverá ter a proteção integral como prioridade em toda a sua atuação.
- **Conhecer** as instituições de atendimento, defesa e responsabilização para informar ou acompanhar os usuários o fluxograma a ser percorrido.
- **Apoiar** o denunciante com ações concretas (transporte, alojamento, auxílio econômico e

outros) do próprio serviço ou de parceiros da Rede.

- **Garantir a notificação** nos casos de violência acompanhando para o registro de ocorrência na delegacia e exame de corpo de delito.
- **Informar** aos usuários sobre o fluxo de atendimento, colocando-se à disposição para retornos, inclusive agendando a família. Destaca-se a importância de garantir a manutenção da queixa
- **Monitorar** os casos da área de abrangência da Unidade de Saúde. Os demais, deverão ser referenciados, estabelecendo-se contatos entre os profissionais que acompanham a situação identificada.
- **Inserir** a situação na rede de proteção social existente na comunidade visando o desmonte dos rituais de dominação proporcionados pelo isolamento da vítima. A construção de vínculo com a Unidade de Atenção à Saúde e outros serviços possibilitam o fortalecimento do usuário.

Estratégias para Prevenção

- Iniciativas de articulação da rede intersetorial: trocas de informação, criação de vínculos e conhecimento da interface das ações de cada serviço.
- Conhecimento da legislação como importante instrumento ético, metodológico e operacional da **proteção integral** (ECA, Estatuto do Idoso, Código Civil, CF, leis locais...).
- Campanhas educativas que venham sugerir novas formas de resolução de conflitos, além de motivar a denúncia.
- Compreensão dos contornos da cultura do sistema familiar de forma a respeitar singularidades e contribuir com a mudança dos elementos que desdobram-se em relações danosas.
- Intervenção multiprofissional e interdisciplinar.
- Utilização da visita domiciliar, do trabalho com famílias, escolas e comunidade, terapia familiar e outros, durante o plano de intervenção.
- Busca ativa das situações de violência.

Intervindo nas Unidades de Saúde

Atuação junto a profissionais

- Sensibilizar e capacitar profissionais para detectar, acolher, notificar e encaminhar os casos de violência contra os diversos segmentos.
- Construir análise situacional da localidade para elaboração de estratégias cabíveis.
- Sensibilizar profissionais para a importância da prevenção à violência como estratégia na construção de uma sociedade saudável.
- Estimular uma prática profissional cuidadosa e solidária.
- (Re)pensar sobre a vulnerabilidade, a coisificação da infância, a repetição transgeracional da violência, caráter público e não privado das agressões domésticas.
- Contextualizar as formas de revitimização.
- Estimular a notificação da violência estrutural.
- Fortalecer na Unidade de Saúde, o Programa de Prevenção à Violência composto de equipe multiprofissional sensibilizada e treinada, trabalhando de forma interdisciplinar para o desenvolvimento de iniciativas de prevenção, bem como atendimento e encaminhamento dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Estabelecer reuniões sistemáticas da equipe para planejamento de atividades e estudos.
- Instrumentalizar para busca ativa de situações que violem os direitos humanos.
- Organizar grupos de debates com profissionais de outras áreas envolvidas.
- Mapear locais e serviços que possibilitem equacionar as demandas identificadas, principalmente na vertente do apoio social, estabelecendo articulações.
- Estabelecer, junto à Equipe que atua somente na captação dos casos, procedimentos que permitam visualizar a importância da sua atuação técnica.
- Levantar as principais causas de óbito de crianças e adolescentes com o foco de se propor estratégias para atingir as questões identificadas.
- Facilitar acesso à literatura pertinente como o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, SIPIA, Plano Nacional de Combate ao Trabalho Infante Juvenil, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência, ECA, Estatuto do Idoso, Plano Nacional de Saúde Mental, dentre outros.
- Capacitar os profissionais para compreenderem a complexidade que envolve o trabalho infantil com ênfase nos danos causados à saúde física e mental, desempenho escolar e outros.
- Programar eventos para datas comemorativas como: Dia Internacional das Crianças Vítimas de Agressão, Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Dia Internacional da Mulher; Dia do Idoso; Dia do adolescente, dentre outros.
- Fortalecer os grupos de Crescimento e Desenvolvimento como importante espaço para trocas de experiências, corrigir distorções e permitir abordagem contextualizada do desenvolvimento infantil.
- Mapear entidades religiosas que ministrem curso para preparação de casais, batizado... com a finalidade de serem aliados na construção de paradigmas humanitários nas relações domésticas

Trabalho com o Controle Social

- Instrumentalizar integrantes dos Conselhos de Saúde quanto à complexidade do fenômeno para que possam contribuir na

formulação e consolidação das políticas de saúde.

- Traçar estratégias para uma atuação conjunta com os Conselhos Tutelares.
- Aproximar os diversos parceiros e segmentos envolvidos aos vários Conselhos (saúde, educação, cultura, segurança) existentes na sua área de abrangência.

Trabalho Institucional

As iniciativas de prevenção primária, são mais eficazes quando se trabalha os atores, suas relações pessoais, familiares e comunitárias, envolvendo o maior número de parceiros possíveis na promoção de **um meio ambiente saudável**. Para tanto faz-se necessário implementar mecanismos de informação e atendimento para pais, mães, cri-

anças, adolescentes e comunidade sobre as necessidades básicas dos seres humanos, esclarecendo seus direitos, baseando-se no princípio de atenção e proteção integral, desenvolvendo ações específicas para cada seguimento envolvido. Abaixo, relacionamos algumas possibilidades:

Prevenção à violência contra crianças e adolescentes:

"Uma criança maltratada – que chega a um hospital com graves lesões – possivelmente já sofreu maus-tratos menos severos sem que a comunidade denunciasse; passou pela escola com evidências de maus-tratos sem que nada fosse feito; foi atendido por serviços médicos sem que as providências necessárias fossem tomadas. Muitas vezes, esta série de omissões leva uma criança ao hospital, com lesões que irão ocasionar seqüelas físicas e emocionais, podendo até levar à sua morte" Abrapia, 1997.

Identificando casos com potencial de risco

Tais situações devem ser captadas a partir dos Programas de Planejamento Familiar, Pré-Natal, CD e outros:

- Gravidez de pais adolescentes, sem suporte psicossocial.
- Pais e mães com histórico de maus-tratos, abuso sexual ou rejeição, abandono na infância.
- Ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filho.
- Exigências e cobranças exageradas.
- Pais que pedem ao profissional que puna a criança/adolescente.
- Responsável que expressa que tem que tirar a vontade da criança.
- Crianças com deficiência física ou mental.
- Mulheres frustradas pelo cotidiano restrito à vida doméstica.
- Crianças ou adolescentes responsáveis pelo cuidado de irmãos menores.
- Falta de esperança de modificação de situações desgastantes.
- Pais possessivos e/ou ciumentos em relação aos filhos.
- Imaturidade emocional, insegurança.
- Transtorno mental sem acompanhamento de equipe interdisciplinar.
- Isolamento do grupo social (fronteiras rígidas).
- Excesso de rigidez ou regras frouxas demais.
- Crianças adotadas para atender às necessidades de seus pais.
- Relato de constante ausência da escola.
- Famílias com dinâmicas do estilo "deixar correr frouxo", "crianças expostas a vizinhos", "abuso na linguagem (palavrões, agressões verbais, linguagem erotizada)".
- Baixa auto-estima.
- Depressão na gravidez.
- Personalidade violenta.
- Estresse permanente.

- A criança descrita como má, preguiçosa, causadora de problemas, demônio.
- Defesa de disciplina severa.
- Conflitos conjugais.
- Decepção com o companheiro.
- Desemprego.
- Graves dificuldades socio-econômicas.
- Fanatismo religioso.
- Envolvimento criminal.
- Abuso de álcool e outras drogas.
- Pai/mãe com múltiplos parceiros.
- Mãe com pouco ou sem apoio social.
- Sofrimento emocional exacerbado

Atuação junto a pais e responsáveis:

- Desenvolver grupos de apoio para pais e mães com potencial de risco.
- Favorecer o vínculo paternal incentivando o pai no acompanhamento da vida do filho desde o pré-natal, cuidados como o bebê, consolidando a paternagem.
- Sensibilizar os homens para a paternidade responsável e relações familiares mais igualitárias e humanizantes;
- Refletir, a partir das experiências trazidas, sobre elementos fundamentais para convivência saudável (ex. vínculo de confiança, elogios, brincadeiras, limites...).
- Favorecer o acesso a rede de apoio da comunidade.
- Encaminhar as famílias para serviços especializados e monitorá-las.
- Refletir sobre o caráter público e não privado das agressões domésticas.
- Refletir sobre o espaço das gangues na vida de crianças e adolescentes.
- Encorajá-los nas suas competências enquanto pais.
- Informar sobre: estratégias e a complexidade que envolvem o **cuidado**; mitos e crenças que vêm justificando uma educação agressora numa perspectiva adultocêntrica; perspectivas e condutas que expressam a coisificação do ser humano.
- Instrumentalizar o adulto a lidar com sentimentos como raiva, impotência, fracasso
- Refletir estratégias sobre autoridade corrigindo distorções como o autoritarismo.
- Refletir sobre a importância dos territórios domésticos serem bem demarcados, isto é, a cama dos pais, o quarto das crianças, o banheiro com porta.
- Instrumentalizar sobre as fases de desenvolvimento e crescimento, destacando possibilidades e limites inerentes a cada etapa de vida.
- Estimular, entre os membros da família, o elogio de conquistas e a valorização de atitudes corretas.
- Refletir sobre sexualidade, onde destaque: visão positiva da sexualidade humana; sexualidade e afeto, incluindo o respeito aos limites do corpo; educação de gênero igualitário.
- Refletir sobre estratégias de limites com o foco principal na amorosidade.
- Engajar nos Programas da Rede de Proteção Social (Bolsa Escola, Renda Minha, Bolsa Alimentação ...), bem como em entidades que dão suporte assistencial.
- Estimular os pais a viabilizarem as brincadeiras na infância como estratégia de aprendizado para lidarem com o mundo adulto.
- Contribuir com a reflexão sobre as expectativas/desejos dos pais para com a vida dos filhos de forma a minimizar/eliminar os danos provenientes de tal conduta familiar.

Atuação junto a crianças/instituições infanto-juvenil

- Desenvolver na unidade de saúde, iniciativas de humanização no atendimento (brinquedoteca, festividades nas datas comemorativas, campanhas educativas, ambiente acolhedor etc).
- Buscar, principalmente no DF, o resgate da cultura de origem como estratégia de pertencimento e introjeção de processo histórico.
- Inserir nas creches e pré-escolas atuação técnica que permita captação de potenciais de risco.
- Intervir em conjunto com as escolas focalizando ações que permitam trabalhar questões ligadas a valores e relações/convivência.

Atuação junto a adolescentes

- Promover a interação do jovem com a família e amigos.
- Favorecer a escuta do adolescente.
- Desenvolvimento de grupos de apoio visando a promoção do auto-cuidado e o fortalecimento da auto-estima.
- Articulação com a rede de recursos comunitários para desenvolvimento de trabalhos conjuntos visando o fortalecimento do protagonismo juvenil através da formação de multiplicadores em educação para saúde.
- Informar ao adolescente sobre locais para possível engajamento no mercado de trabalho e centros formadores de mão-de-obra especializada.
- Mapear, junto com este segmento, locais onde possam proporcionar rede protetora, com atividades interessantes para a faixa etária e cultura local. Sugere-se intervenção intersetorial.
- Instrumentalizar quanto ao ECA.
- Estruturar oficinas que facilitem a compreensão dos ciclos de vida.

Prevenção à violência contra a mulher

A violência de gênero é vista como um sério problema de saúde pública, além de constituir violação dos direitos humanos. Fere os princípios da igualdade de direitos e do respeito a dignidade humana. Constitui um obstáculo ao bem-estar da sociedade e da família, dificultando o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher.

Um trabalho de qualidade deve considerar que a violência contra a mulher e a falta de poder desta afeta sua saúde e sua capacidade de tomar decisões.

Atuação junto a mulheres e homens

- Atuação não restrita às unidade de saúde expandido nas visitas domiciliares e nas ações comunitárias.
- Inserir nos grupos de Planejamento Familiar, Pré-Natal, CD e outros, a questão da autonomia e empoderamento da mulher, na perspectiva da cidadania.
- Promover a organização de grupos de mulheres ou inserir nos já existentes na comunidade, com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da auto-estima, da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos.
- Promover a organização de grupos de homens com o mesmo objetivo.
- Facilitar o acesso a uma rede de apoio e inclusão social e desenvolvimento da cidadania. Assim como incentivar a participação das mulheres nos grupos comunitários.
- Identificar os potenciais de risco propiciando espaços de escuta nas unidades de saúde.

Prevenção à violência contra o idoso

Na atenção ao idoso deve-se enfatizar um processo de reeducação da sociedade criando "mecanismos para uma saudável convivência com a velhice, garantindo a dignidade ... e o respeito aos direitos, não como algo próprio de minoria a ser protegida, mas como verdadeira regra de convívio de gerações" (Cartilha do Idoso).

Na Saúde, deve-se identificar as situações com **potencial de risco** observando sinais como:

- Abandono ou ausência de cuidador por longos períodos.
- Conflitos ou crises recentes na família.
- Problemas com a administração de medicamentos.
- Demanda elevada aos serviços de saúde ou retardo na busca do atendimento médico.
- Presença de lesões sem explicações compatíveis.
- Divergência entre a história contada pelo idoso e o relato dos cuidadores.

Em relação ao cuidador	Em relação ao Idoso
<ul style="list-style-type: none"> • Pouco conhecimento sobre a situação de saúde do idoso. • Comportamento defensivo e contraditório. • História de uso de drogas. • Problemas de saúde mental. • História de violência. • Dependência da renda do paciente. • Relutância para responder perguntas. • Relacionamento indiferente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar medo do cuidador. • Depressão. • Relacionamento indiferente. • Respostas vagas e imprecisas.

Atuação junto aos idosos

- Desenvolver grupos de auto massagem e outras modalidades de atividade física.
- Estimular o convívio social com as diversas faixas etárias para evitar segregação do idoso: clubes de convivência, associações culturais, de esporte e lazer.
- Favorecer a participação nas atividades comunitárias que possibilitem a transmissão da história e experiências de vida.
- Incentivar a participação em cursos a distância, universidade para terceira idade, etc.
- Fortalecer a participação nos programas comunitários de assistência e nas ações de controle social.
- Respeitar o local de moradia do idoso considerando a construção de sua história neste local mantendo as relações interpessoais construídas no decorrer da vida. Tal procedimento possibilita segurança e favorece o seu bem-estar.

Inserir, nos trabalhos já desenvolvidos nas Unidades de Saúde ou na Comunidade, orientações como:

- Cuidados e higiene do idoso.
- Necessidades dietéticas.
- Necessidades psicológicas e emocionais.
- Técnicas de relaxamento para cuidadores e manejo de idosos acamados.

- Orientações sobre direitos e benefícios.
- Sexualidade.
- Como organizar esquema para administração simultânea de vários medicamentos.
- Telefones úteis em caso de emergências.
- Informação sobre rede comunitária de apoio, atendimento, defesa de direitos e responsabilização.
- Prevenção aos acidentes domésticos.
- Lazer, respeitando as singularidades/particularidades individuais.

Cuidados básicos na abordagem dos casos de violência

Contra a criança e o adolescente

Ter como pressuposto:

- A criança e o adolescente são sempre vítimas, portanto necessitam de proteção e defesa.
- A violência contra criança e adolescente é crime e, como tal, a violência deve ser tratada de acordo com os preceitos legais.
- A criança e o adolescente precisam ser compreendidos e levados a sério oferecendo-lhes escuta cuidadosa.
- Durante o acolhimento a atenção deve ser dedicada à criança e ao adolescente como sujeito principal do atendimento.

Contra a mulher

- Desenvolver atitude de acolhimento e apoio.
- Ajudar a mulher a estabelecer um vínculo de confiança pessoal e institucional.
- Discutir com a mulher as diferentes opções para lidar com o problema garantindo-lhe o direito de escolha, fortalecendo sua auto-estima e autonomia.
- Estabelecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa de recursos, alternativas e ações, com vistas aos encaminhamentos para rede de atendimento, defesa de direitos e responsabilização.
- Estimular a construção de vínculos com diversas fontes de assistência, acompanhamento e proteção.
- Sugerir encaminhamentos para atendimento psicológico.
- Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso.
- Respeitar as decisões, seu ritmo e tempos pessoais, contextualizando a situação violenta no processo histórico transgeracional.

Contra o idoso

- Ter como prioridade a segurança do idoso.
- Entrevistar o idoso e o seu cuidador juntos e separados.
- Fazer o levantamento da história do idoso e da família, do papel do idoso na formação e no status econômico familiar.
- Entrevistar o cuidador demonstrando empatia e entendimento de suas dificuldades.
- Respeitar a autonomia do idoso sempre que possível.
- Avaliar se o idoso tem condições de executar as atividades da vida diária.
- Realizar visita domiciliar (equipe multidisciplinar) para melhor avaliação do caso.
- Realizar os encaminhamentos para a rede de atendimento, defesa de direitos e responsabilização de acordo com a necessidade do caso.

Abordagem nas situações de Violência

Alguns pressupostos a considerar no acolhimento:

- **Definir** papéis dos integrantes do sistema familiar, pois apesar de todos viverem a dor trauma, é **imprescindível** clarificar quem é o foco de maior proteção no cenário familiar e os agentes protetores.
- **Refletir** várias estratégias de proteção, considerando a dificuldade da família em perceber os cenários desprotetores, principalmente quando os agressores pertencem ao contexto das relações mais próximas.
- **Não** permitir que preconceitos pessoais interfiram na abordagem.
- **Não** culpar a vítima pelo fato ocorrido.
- **Não** demonstrar piedade.
- **Não** fazer discurso, sermão, conselho e julgamentos.
- **Não** desconsiderar os sentimentos da vítima.
- **Não** minimizar a gravidade.
- **Não** induzir respostas.
- **Não** conduzir a vítima a aceitar seus agressores da forma como são.
- **Evitar** fazer rodeios ao falar.
- **Evitar** perguntas inquisitórias, policiaiscas.
- **Evitar** a retratação (que a vítima volte atrás em seu depoimento a fim de amenizar os conflitos ocasionados pela revelação).
- **Acolher** o sofrimento da vítima

Conclusão

Por ser um fenômeno multicausal, o enfrentamento da violência, com destaque nas medidas de prevenção, deve mobilizar diversos parceiros de forma a tentar atingir a complexidade que compõe o contexto de atuação da Unidade de Saúde. Após o mapeamento daqueles que possam contribuir com a atuação, deverá vir a construção de uma

proposta conjunta que traduza os anseios dos envolvidos. Além das diversas Secretarias de Estado, podemos congruir integrantes das pastorais, das igrejas da localidade, grupos de idosos, grupos de auto-ajuda, entidades que atuem com os diversos segmentos a que se propõe atingir. É a construção da Rede Social.

Compreendendo a existência de certa tolerância social que dificulta a denúncia e cria bases para a impunidade, cabe aos serviços de saúde contribuir para a mudança desta perspectiva, favorecendo a ruptura do pacto de silêncio e o processo de dominação do agressor. De antemão existe o entendimento de que o conhecimento da legislação, dos direitos humanos, de entidades que possam contribuir para suporte/apoio e a verbalização nítida de disponibilidade do serviço em intervir em tais casos, minimiza/coíbe/inibe a ação agressiva, bem como contribui para o empoderamento das vítimas.

Além disto, uma política de prevenção, mesmo em nível local, deve dar visibilidade ao problema **notificando** os casos atendidos e **orientando** as vítimas sobre a necessidade da denúncia às autoridades competentes. Desta forma, contribui para desconstrução do conceito de violência como parte integrante da natureza humana e, por outro lado, reforça o entendimento do fenômeno como fruto de um processo sociocultural e histórico e portanto pode ser eliminada da convivência social.

Concluindo, compreende-se que a intervenção profissional voltada para uma atuação acolhedora, comprometida e estratégica de todos os setores da sociedade, respeitando a cultura local, buscando corrigir distorções e fortalecendo aspectos positivos, é o principal caminho para reverter a situação de violência atual. Assim, vislumbra-se que as gerações futuras possam ter novos padrões de comportamentos e vivências para uma vida salutar.

Referências

ABRAMONAY, Mirian. **Gangues, galeras, chegados e rappers. Juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília.** RJ, Garamond, 1999.

ABRÁPIA. **Coleção Garantia de Direitos.** Petrópolis, RJ. ABRÁPIA, 1997.

AZEVEDO E GUERRA. **Guia Prático para compreender o fenômeno.** São Paulo, SP, LACRI/USP, 2000.

CIRCUITO E CURTOS. **Circuitos: Atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes no DF.** Vicente de Paula Faleiros, Eva Teresinha S. Faleiros (Coordenadores); Clara M C Cardoso, Ludmila de A Pacheco, Fernanda Cavicchioli (pesquisadoras) - SP: Veras editora, 2001.

COELHO, Ana Maria F. **Reflexões sobre a experiência com um grupo de pais de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.** Brasília, DF, 1998.

CURSO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Centro Crescer sem Violência,** SC, 1999.

DESLANDES, Suely F. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço.** Artigo do Caderno de Saúde Pública nº 10. Rio de Janeiro, RJ, 1994.

GIUSTINA, Pe. Jacir Della. **Crianças, adolescentes e a violência.** Cadernos ABONG, nº 29. São Paulo, SP. ABONG, 2001.

LEMPERT, Bernard. **A Ameaça Incestuosa.** Texto traduzido pela prof. Eva Faleiros - Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência Intrafamiliar: Orientação para prática em serviço.** Cadernos de Atenção Básica, nº 8. Brasília-DF, 2001.

MIRANDA, Adriana e Ana Lúcia C. Castro. **Proteger. Olhares e Atitudes - Projeto de Prevenção.** São Paulo, SP. LACRI/USP, 2000.

MJ/SEDH/DCA. **Diretrizes para formulação de uma Política Nacional de Combate ao Trabalho Infantil.** Brasília, CONANDA, 2001.

MJ/SEDH/DCA. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.** Brasília, 2002.

MJ/SNDH/DCA. SIPIA - Manual do Usuário. Brasília, 1997.

MPDFT. Cartilha do Idoso. PRODIDE, Brasília, 2003.

NAÇÕES UNIDAS/MJ/SNDH. Uma vida sem violência é um direito nosso. Brasília, 1998.

SANCHEZ, Rachel Niskier. O direito à saúde de crianças e adolescentes no Brasil de hoje. Cadernos ABONG, nº 29. São Paulo, SP. ABONG, 2001.

SES/DF. O que você deve saber sobre o amor próprio. Cartilha. Brasília, DF. GDF, 2002.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília, UNESCO, MS, 2002.

REICHENHEIM, M.E., HASSELMANN, M.H., MORAES, C.L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO, 1999.

Ana Lúcia Corrêa e Castro

Assistente Social, Terapeuta Familiar, Especialista em Violência Doméstica contra criança e adolescentes, Consultora em Prevenção à Violência.

Clara Maria Cosme Cardoso

Assistente Social, Especialista em Terapia Comunitária, Especialista em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes

Vara da Infância e da Juventude

Atendimento à criança/adolescente vítimas de violência

Claudia Lucia Souza Mello

Tendo como missão institucional "Garantir os direitos da criança e do adolescente, no âmbito do Distrito Federal, por meio da prestação jurisdicional assegurando-lhes condições para seu pleno desenvolvimento individual e social", a Vara da Infância e da Juventude vem atuando no campo da violência doméstica como um dos Órgãos pioneiros na capacitação de seus profissionais, dispendo de uma equipe especializada a qual desempenha louvável atuação técnica, auxiliando o Magistrado em sua decisão, quando necessário. Ressalta-se também, cada vez mais, a celeridade na condução dos casos dessa natureza, confirmando o compromisso no desempenho de sua competência.

Acumulando uma experiência profissional de 20 anos na VIJ e consciente da necessidade de compartilhar esse conhecimento com operadores das diversas frentes do sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente do DF, apresento um conteúdo que tem como objetivo promover a compreensão sobre o desempenho de uma das Varas do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - TJDF, e as relações desta com os demais segmentos do fluxo de atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência.

O art. 227, da Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história brasileira, registra a situação da criança e do adolescente como prioridade absoluta, originando o Estatuto da Criança e do Adolescente, dois anos depois.

Este diploma legal de apenas 15 anos de existência, é uma lei transformadora que propõe grandes desafios, tanto para os órgãos públicos e privados, como também para as organizações comunitárias.

A proteção integral, doutrina que norteia o Estatuto da Criança e do Adolescente, dispõe de um sistema de garantias de direitos de instituições executoras da política de

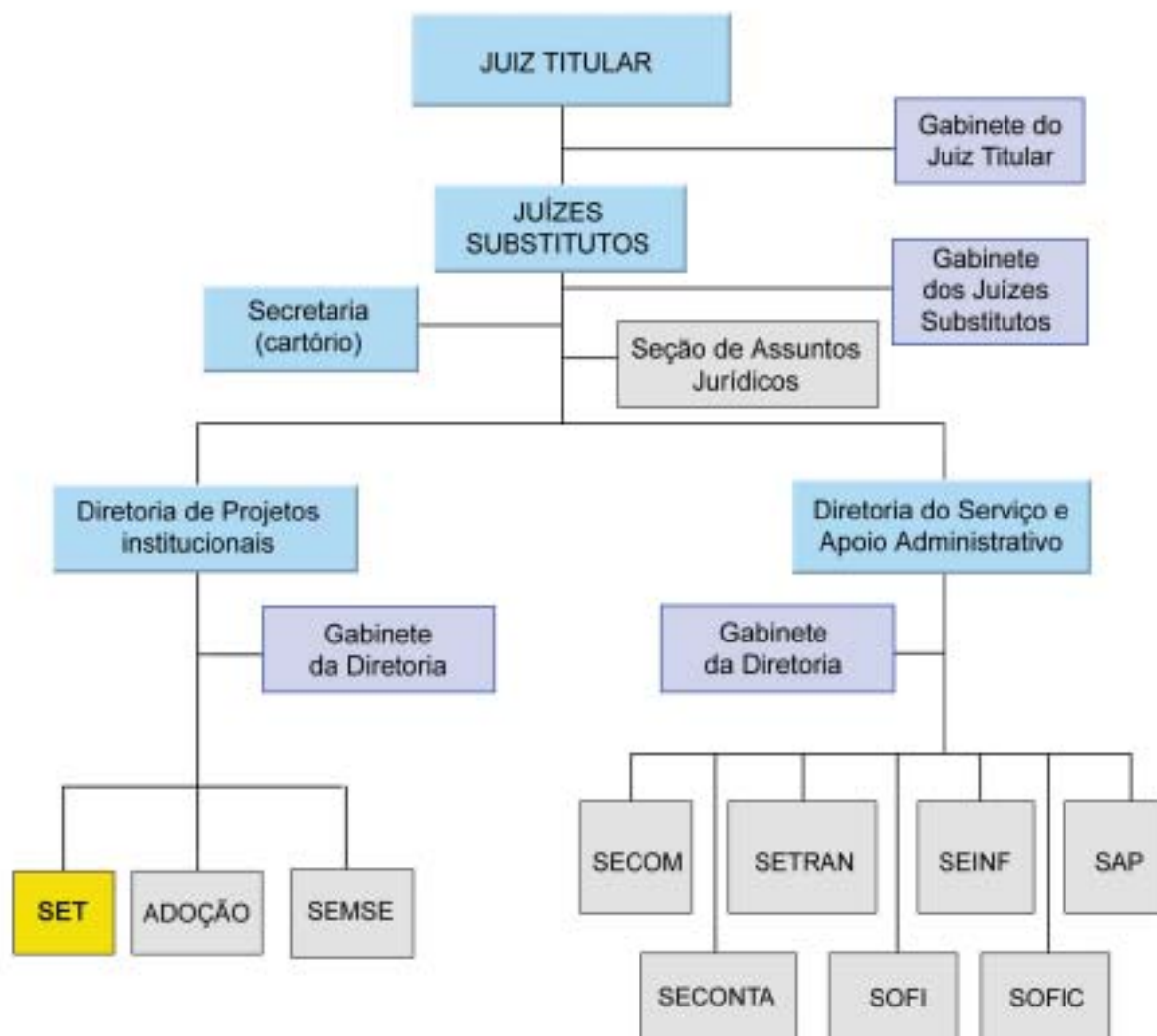
atendimento governamentais e não governamentais, a quem cabe assegurar a implantação da nova filosofia estatutária.

Os organismos de defesa da criança e do adolescente que buscam impedir qualquer violação dos direitos menoristas e responsabilizar o autor das diversas formas de transgressão são a Vara da Infância e da Juventude do DF, o Ministério Público e os Conselhos Tutelares, como também as Delegacias Especializadas.

Em relação à Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal, sua estrutura pode ser visualizada no organograma apresentado na página seguinte.

A autoridade máxima da Vara da Infância e da Juventude do DF é o Juiz Titular. O Cartório é dividido em duas áreas distintas, uma cível e uma criminal. A Vara ainda dispõe de estruturas de apoio jurídico, técnico e administrativo, abaixo discriminada:

- Seção de Assuntos Jurídicos.
- » **Diretoria de Projetos Institucionais**
 - SET – Seção de Estudos Técnicos.
 - ADOÇÃO – Seção de Adoção.
 - SEMSE – Seção de Medidas Sócio-Educativas.
- » **Diretoria de Serviço e Apoio Administrativo**
 - SECOM – Seção de Comissariado.
 - SEINF – Seção de Informática.
 - SETRAN – Seção de Transportes.
 - SECONTA – Seção de Contabilidade.
 - SOFI – Seção de Finanças.
 - SAP – Seção de Almoxarifado e Patrimônio.
 - SOFIC – Seção de Oficina.



As unidades denominadas SET, ADOÇÃO e SEMSE, desempenham as atividades da equipe interprofissional previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 151, cabendo-lhes assessorar a autoridade judiciária no exercício de sua função judicante, fornecendo-lhe subsídios por escrito ou verbalmente em audiência, além de desenvolverem trabalhos de aconselhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico.

Nas situações de violência, compete à Seção de Estudos Técnicos - SET, por determinação judicial, a realização de estudo do caso com vistas à aplicação da Medida Protetiva adequada e encaminhamentos necessários.

A seção também dispõe de uma equipe de triagem que atende situações emergenciais encaminhadas pelo MM. Juiz ou apresentadas pela demanda espontânea da comunidade.

A autoridade judiciária, por meio da Seção de Estudos Técnicos/Triagem, exerceu as atribuições conferidas aos Conselhos Tutelares, junto às Circunscrições Judiciárias de Samambaia e Brasília, até o ano de 2003 (art. 262 do ECA), recebendo denúncias por telefone de casos de violência, em seus diversos aspectos, como também, levando ao conhecimento do Juiz da Vara da Infância e da Juventude do DF as situações de violências apresentadas espontaneamente pela comunidade.

A comunicação das situações de violência à Vara da Infância e da Juventude do DF ocorre através dos vários serviços que prestam atendimento à criança e ao adolescente, tais como:

- » SOS Criança.
- » Abrigos.
- » Creches.
- » Conselhos Tutelares.
- » Escolas.

- » Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente e delegacias locais.
- » Hospitais.
- » Centros de Saúde.
- » Varas de Família.
- » Varas Criminais.
- » Ministério Público.
- » Outros serviços que atendem a clientela infanto-juvenil.

O caminho que as notificações de violência percorrem quando são encaminhadas à Vara da Infância e Juventude do DF:

1. **Comunidade** – Uma das formas de comunicação de situação de violência à Vara da Infância e da Juventude se dá através da demanda espontânea ou de denúncia anônima pelo telefone da SET/Triagem (348-6717). É importante esclarecer que este serviço está disponível durante o horário de expediente da Justiça, ou seja, nos dias úteis, das 12 às 19 horas. Nos finais de semana e feriados as denúncias podem ser dirigidas ao serviço do SOS Criança por meio do telefone 3461407.
2. **Instituições** – Outra forma de comunicação de situação de violência à Vara da Infância e da Juventude do DF ocorre por meio das diversas instituições que prestam atendimento a essa clientela infanto-juvenil. Nestes casos é necessário formalizar a situação através de relatório, acompanhado de ofício, dirigido ao Juiz da Vara da Infância. Ressalte-se que as informações deverão conter nome da criança/adolescente, filiação, data de nascimento (ou idade), endereço, conteúdo da situação da violência, informações sobre o que a instituição promoveu dentro do caso, além de sugestões para o melhor encaminhamento da criança/adolescente, se possível. No relatório é recomendável referências da instituição que encaminha o caso, para possível contato por parte da VIJ, se necessário.
3. **Juiz da VIJ** – As situações apresentadas espontaneamente pela comunidade, são apresentadas ao Juiz da VIJ para apreciação e decisão, por meio de relatório técnico elaborado pela Seção de Estudos Técnicos/Triagem. No caso de encaminhamento por parte de instituições, o relatório deverá ser entregue no Cartório Cível da VIJ, ou encaminhado via fax 3486718 (fax do Cartório). Dentro da peculiaridade de cada caso, a decisão do Juiz da VIJ poderá, dentre outras, encaminhar a situação para a **Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA** apurar a denúncia; para a **Seção de Estudos Técnicos da VIJ**, quando há necessidade de se colher maiores informações e apresentar sugestões pertinentes em cada caso para melhor subsidiar o Juiz, assim como para ser apreciada pelo **Ministério Público (Promotoria de Defesa da Infância e Juventude); à Seção de Estudos Técnicos - SET** para realizar o estudo circunstanciado do caso com vistas a serem aplicadas as medidas de proteção necessárias em cada situação; aos **Conselhos Tutelares** para acompanhar; e às **instituições governamentais e não-governamentais** que prestam atendimento à criança e ao adolescente e suas famílias e/ou responsáveis.
4. **Ministério Público** – O Ministério Público atua nos processos relativos à Vara da Infância e da Juventude como fiscal da lei, assegurando os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, exercendo atuação judicial e extrajudicial à busca da materialização dos instrumentos e normas traçados no Estatuto da Criança e do Adolescente. Ao tomar conhecimento das denúncias acerca da violação dos direitos da criança e do adolescente, intervirá no sentido de mobilizar os Órgãos Governamentais (Secretaria de Estado e Ação Social, Secretaria de Estado de Saúde etc...) e entidades específicas (Centros de Desenvolvimento Sociais, Conselhos Tutelares, SOS Criança e Delegacia), a fim de apurar as responsabilidades e sugerir a aplicação das medidas protetivas cabíveis, após ouvir os envolvidos, ou encaminhá-los ao Serviço Apoio Técnico (SAT) de sua Secretaria.
5. **DPCA** – O Juiz da VIJ ao receber a comunicação de violência poderá encaminhar

o caso para ser apurado pela DPCA, nas situações que envolvem violência física, abusos sexuais, exploração infantil e maus-tratos graves. Em sendo observado lesões físicas, deverá ser procedido o encaminhamento da vítima ao IML (Instituto Médico Legal) para realização de exame de corpo de delito - lesões corporais, apresentando posteriormente o laudo para fins de prova. Observa-se que tal providência será também determinada pela autoridade policial, quando a comunicação lhe for dirigida. As instituições de abrigo e as escolas poderão registrar a ocorrência policial envolvendo violação dos direitos das crianças e do adolescente, junto às delegacias competentes, bem como relatar a situação ao Juiz da Vara da Infância e da Juventude.

6. **Conselho Tutelar** – Dentro das atribuições previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 136, os Conselhos Tutelares deverão acompanhar os casos encaminhados pela autoridade judiciária, e a própria demanda.
7. **SET/VIJ** – O encaminhamento à Seção de Estudos Técnicos poderá ocorrer quando a autoridade judiciária determinar que seja realizado o estudo do caso para levantar a necessidade de aplicação de medida de proteção adequada. Este serviço técnico fornece, inclusive, subsídios para encaminhamentos aos recursos de atendimento disponíveis na comunidade.
8. **CDS/DRE/Rede de Saúde e outros** – Em sendo aplicadas medidas de proteção, o Juiz da Infância e Juventude determinará o acompanhamento das crianças e adolescentes, na execução da medida, às instituições que executam a política de proteção integral, dentro de cada área de atuação. As instituições serão responsáveis por enviar o relatório da evolução do acompanhamento do caso durante período pré-estabelecido.

Sobre a responsabilização do agressor, a aplicação da lei é específica levando em consideração a faixa etária do autor da violação dos direitos da criança/adolescente:

Quando o autor da violência for:

Indivíduo maior de 18 anos - Art.129 e 130 do ECA (medidas aos pais ou responsável). Ao mesmo tempo há instauração de inquérito policial de competência da DPCA, ou da Delegacia do local do fato. Uma vez apurada a situação, encaminha-

se o inquérito à **Vara Criminal** competente, com vistas à responsabilização do agressor.

Art. 129 - São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:

I - **encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família;**

II - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

III - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;

IV - encaminhamento a cursos ou programas de orientação;

V - obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;

VI - obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;

VII - Advertência;

VIII - perda da guarda;

IX - destituição da tutela;

X - suspensão, ou destituição do pátrio poder

Art. 130 - Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Quando o autor da violência for:

Adolescente (12 a 18 anos incompletos) – Art. 112 do ECA. O autor recebe a denominação de infrator, e está sujeito à aplicação de Medidas Sócio-Educativas e Medidas de Proteção.

Art. 112 - Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

I - advertência;

II - obrigação de reparar o dano;

III - prestação de serviço à comunidade;

IV - liberdade assistida;

V - semiliberdade;

VI - internação em estabelecimento educacional;

VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

Quando o autor da violência for:

Criança (menor de 12 anos) – Art. 101 do ECA, sujeita à Medidas de Proteção. A criança agressora não responde a processos infracionais. A situação é apreciada em procedimentos administrativos, denominados PASTAS ESPECIAIS. Neste momento acontece a interação da Vara da Infância e Juventude do DF com os Conselhos Tutelares (Art. 13 do ECA), os quais são competentes para a aplicação e acompanhamento das Medidas de Proteção previstas no Art. 101 do ECA.

Art. 101 - Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

VII - abrigo em entidade;

VIII - colocação em família substituta;

PARÁGRAFO ÚNICO - O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

O quadro abaixo demonstra as situações de violências que foram encaminhadas à Seção de Estudos Técnicos da Vara da Infância e Juventude do DF para estudo.

Tipo de violência	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003
Física	29	56	75	87
Sexual	25	35	66	85
Psicológica	09	21	48	39
Negligência	27	67	116	96
Total	90	179	305	307

Observa-se que no período de 2000 a 2002, o aumento dos casos apresentados a esta Vara e atendidos pela Seção de Estudos Técnicos, ocorreu na proporção aproximada de 100% a cada ano. Pode-se especular tal fato como sendo o resultado de toda uma ação social desenvolvida pelos organismos governamentais e não-governamentais, voltada para a conscientização da sociedade brasileira em todas as suas camadas, com vistas ao aumento das denúncias a cada ocorrência de violação de direitos. Observa-se também que o total de violências registradas em 2003 manteve-se estável em relação ao ano anterior, o que leva a crer que este resultado seja consequência de uma melhor estruturação da rede de atendimento à criança e ao adolescente vítima de vio-

lência, diminuindo assim a necessidade de intervenção desta Seção.

Ressalte-se também que, em sua totalidade, os casos atendidos pela SET, têm recebido da Justiça da Infância e Juventude do DF, a aplicação das medidas protetivas preconizadas pelo ECA, dirigidas não apenas às crianças e adolescentes, mas às suas respectivas famílias, no intuito de resgatar-lhes a cidadania.

Conclusão

Sabe-se por meio de estudos e pesquisas, que os números registrados junto às autoridades públicas são apenas amostras do que

sempre existiu desde os tempos remotos. A violência em detrimento dos menores e mais fracos sempre foi, e ainda é, a forma mais fácil de saciar necessidades ocultas e/ou conhecidas do homem. Desta forma, o reconhecimento da família como foco maior dos governos ainda é um grande desafio. Cada vez mais está se impondo a necessidade de municipalização das ações, para que se chegue o mais precocemente possível àquelas famílias com maior potencial de risco.

Importante se faz que o sistema de atendimento à criança e ao adolescente esteja plenamente capacitado e consciente de seu papel quanto à erradicação da violência infanto-juvenil, atendendo com presteza e agilidade, e compreendendo que cada Órgão é apenas uma parte do processo de resgate da cidadania, e que juntos são capazes de combater as fraquezas de nossa sociedade.

Mandamentos do profissionalismo*

1. Acreditar sempre na criança, exceto que evidências digam o contrário (observar configuradores

de pressão e repressão), os estudos apontam que 92% das vítimas de violência dizem a verdade.

2. Ter como alvo a família e não somente a criança.
3. Não permitir que suas cognições e emoções distorçam o processo de atendimento.
4. Atuar cooperativamente, evitando o individualismo e onipotência.

* Fonte: LACRI - Laboratório da Criança / USP

Profissional ameaçado no caso de denúncia: a quem recorrer?

A delegacia de repressão à pequenas infrações - DRPI

Endereço: Setor de Rádio e TV Sul, Q. 701, Bl. "N", Térreo

Fone: 3321-9979 / (plantão) 3323-8174

Claudia Lucia Souza Mello

Pedagoga, Especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes pela USP, Supervisora da Seção de Estudos Técnicos da Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal.

Conhecendo o Fluxo de Atendimento das Crianças e dos Adolescentes Vítimas de Violência no DF e o de Responsabilização dos Agressores

Consuelo Vidal de Oliveira Feijó

A Constituição Federal de 1988 contemplou a Doutrina da Proteção Integral preconizada na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU - 1989), a qual já foi ratificada por mais de 185 países. O artigo 227 da CF, que versa sobre a matéria, dispõe que: "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade,

o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." Por sua vez, a Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente detalha o art. 227

da CF, elucidando o Sistema de Garantias dos Direitos Infanto-juvenis no Brasil.

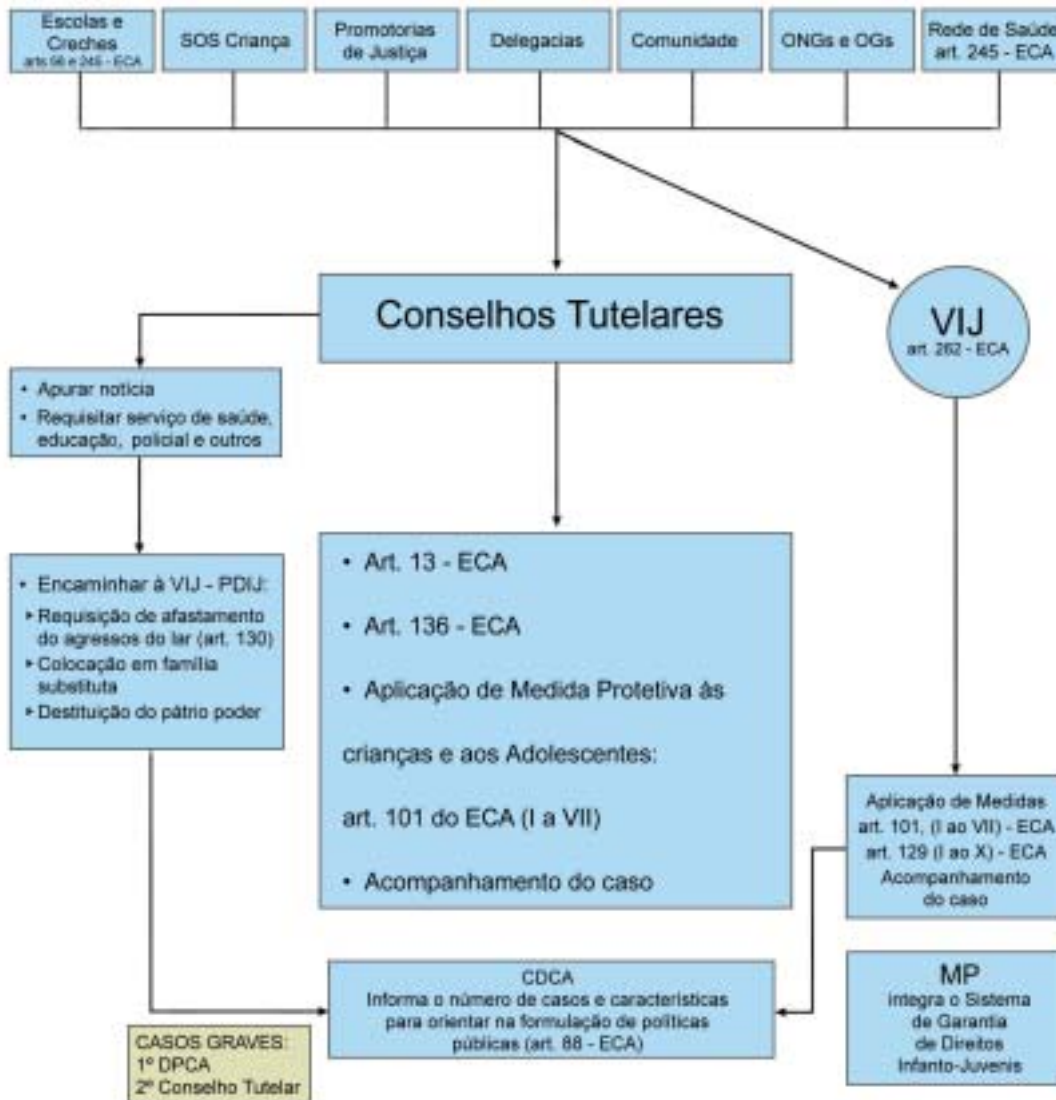
Sistema de garantias é o conjunto articulado de pessoas e instituições governamentais e não-governamentais, operando para efetivar os direitos da criança e do adolescente. Faz-se necessário que cada integrante desse sistema conheça as atribuições dos demais, o que possibilitará a realização de trabalho integrado e complementar na defesa desses direitos.

Os fluxogramas ora apresentados mostram, de forma objetiva, os caminhos percorridos pelas "denúncias" dos diversos tipos de violência contra crianças e adolescentes no Distrito Federal. É importante

registrar que esse esboço surgiu da necessidade de se reunir, em um só documento, informações básicas, de forma que qualquer cidadão possa visualizar a complexa rede de enfrentamento da violência infanto-juvenil.

Vale ressaltar que não existem só esses caminhos mencionados pela Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Infância e da Juventude do Distrito Federal; todavia, acredita-se que, desta forma, os fatos serão apurados com celeridade, possibilitando o encaminhamento das vítimas e de suas famílias aos programas de proteção e, ao mesmo tempo, dar-se-á início ao processo de responsabilização do agressor.

Fluxograma de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência no DF



Fluxograma de Responsabilização do Adolescente Agressor no DF



Fluxograma de Responsabilização Criminal do Adulto Agressor no DF



Legenda:

OG - Organização Governamental
 ONG - Organização Não-governamental
 ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
 VIJ - Vara da Infância e da Juventude
 SAT - PDIJ Setor de Apoio Técnico da Promotoria de Defesa da Infância e da Juventude do DF
 DPCA - Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente do DF

DCA - Delegacia da Criança e do Adolescente
 DP - Defensoria Pública
 IML - Instituto Médico Legal
 TJDF - Tribunal de Justiça do Distrito Federal
 CDCA - Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
 MP - Ministério Público
 DF - Distrito Federal

Dispositivos legais mencionados nos fluxogramas:

- Art. 13 do ECA: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão, obrigatoriamente, comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais."
- Art. 262 do ECA: "Enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária."
- Autoridade Judiciária: Juiz da Infância e da Juventude do Distrito Federal.
- Art. 245 do ECA: "Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atendimento à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente".

Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.
- Art. 56 do ECA: "Os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental comunicarão ao Conselho Tutelar os casos de: I - maus-tratos envolvendo seus alunos; II - reiteração de faltas injustificadas e de evasão escolar, esgotados os recursos escolares; III - elevados níveis de repetência."
- Art. 88 do ECA - São diretrizes da política de atendimento: I - municipalização do atendimento; II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular e paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais, e municipais; III - criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa; IV - manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente; V - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional; VI - mobilização da opinião pública no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade.
- Art. 136 - ECA - "São atribuições do Conselho Tutelar:
 - I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos art. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;
 - II - atender a aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;
 - III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:
 - a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
 - b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.
 - IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;
 - V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
 - VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para adolescente autor de ato infracional;
 - VII - expedir notificações;
 - VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;
 - IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
 - X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, parágrafo 39, inciso II da Constituição Federal;
 - XI - representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder."

- MP - Ministério Público, art. 127,128,129, e 130 da CF ; art. 201 e outros do ECA

Ministério Público, por intermédio da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, integra o Sistema de Garantias dos Direitos da

Criança e do Adolescente no Distrito Federal e tem por função institucional, além de outras, zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados às crianças e adolescentes, promovendo medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis, conforme previsto no art. 201, inciso VII - ECA.

Consuelo Vidal de Oliveira Feijó

Técnica do Núcleo de Apoio Institucional – Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude do Distrito Federal

Prevenção e Orientação para os Crimes

Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente

Selma Maria Frota Carmona

A **Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente** foi criada no âmbito da Polícia Civil do Distrito Federal por intermédio da lei 1.135, no dia 10 de julho de 1996. À DPCA, dentre outras atribuições, cabe a fiscalização, a investigação e a instauração de procedimentos policiais nos casos de infrações penais praticadas por maiores de 18 anos contra crianças e adolescentes.

Inaugurada no dia 12 de outubro de 1999 no Departamento de Polícia Especializada, no complexo da Polícia Civil do Distrito Federal, conta com uma infra-estrutura preparada para o atendimento à criança e ao adolescente na condição de vítima.

As denúncias que chegam à Delegacia são originárias dos vários disque-denúncias, como o da Polícia Civil do Distrito Federal, telefone número 197, diretamente pelo telefone (x61) 3361-1049 da DPCA, e o da Presidência da República, número 100, ou encaminhadas pelos representantes de entidades e integrantes do SOS Criança, Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal, Promotorias de Justiça do Distrito Federal, dentre outros, e por meio de ocorrências policiais registradas no balcão da recepção da Delegacia.

Após o registro, a ocorrência policial ou denúncia anônima é passada para a Delegada chefe, e na

ausência desta, ao Delegado adjunto para que seja determinada a seção que deverá apurar o fato objeto de reclamação.

Também é analisado se a vítima encontra-se em situação de risco, pois em caso positivo, ela será imediatamente encaminhada ao Conselho Tutelar ou ao MM. Juiz de Direito da Vara da Infância e Juventude, para a aplicação de medida protetiva.

Na estrutura física da DPCA, visando aliviar o sofrimento físico e psicológico das crianças vitimizadas, há um parquinho de diversões onde elas ali permanecem até o momento da entrevista feita pela **Seção de Atendimento Técnico - SAT**, a qual é composta de policiais treinados com formação acadêmica em psicologia.

Aquela seção possui duas salas, sendo uma para entrevistas equipada com berço, televisão, vídeo cassete e brinquedos lúdicos e psicopedagógicos e uma outra utilizada para elaboração de relatórios dos fatos narrados pela vítima. Nos crimes de natureza sexual, os profissionais da seção fazem uso de técnicas de revelação, baseadas na doutrina de Tilman Furniss, realizando uma entrevista com perguntas abertas e não-indutivas e possibilitando a dramatização através do uso de bonecos anatomicamente perfeitos.

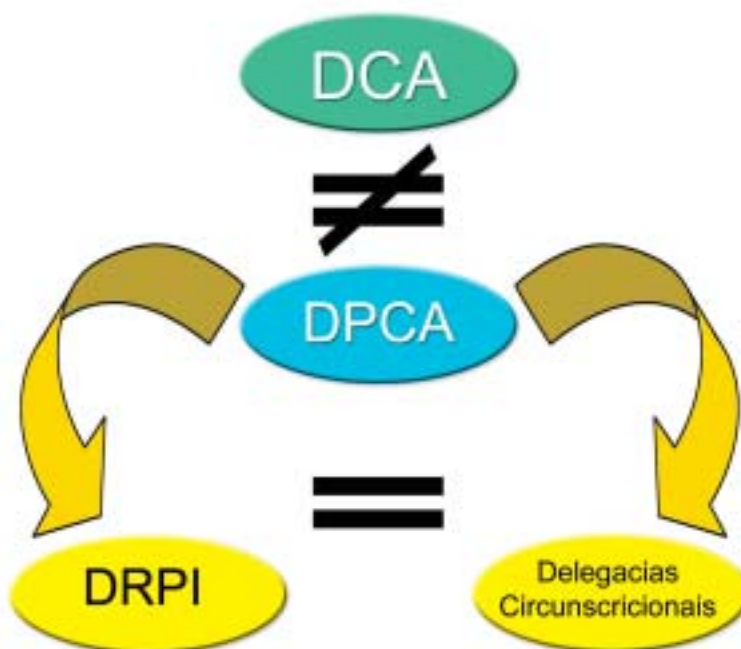
Quando se trata de vítima adolescente, eles são entrevistados na **Seção de Orientação Psicologia - SOP**, também composta por policiais com graduação em psicologia, os quais fazem uso de técnicas de redução de ansiedade no intuito de colher o relato fiel dos fatos. Esta seção também proporciona orientação psicológica, com posterior encaminhamento para a rede de apoio, de vítimas e pessoas que compõem o círculo relacional delas (familiares, testemunhas e indivíduos de apoio).

A **Seção de Investigação de Crianças e Adolescentes Desaparecidos – SECRIAD**, é a única no âmbito do Distrito Federal, tendo

sido criada pela lei nº 3.866, de 09 de junho de 2006, sendo responsável pela apuração dos casos em que a crianças e adolescentes estão desaparecidos, esta Seção integra a Rede Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos, da Presidência da República.

Às outras seções cabem a investigação dos crimes (**Seção de Investigação Criminais– SIC**, **Seção de Vigilância e Operações – SVO**, e **Seção de Proteção e Guarda – SPG**), movimentação interna e externa de expedientes (**Seção de Administração – SA e Cartório**), elaboração de estatística, estudos de produtividade e assessoramento de palestras e apresentações (**Seção de Estatística e Informática - S.E.I.**).

Distinção



Delegacia da Criança e do Adolescente – DCA

Apura Exclusivamente os atos infracionais praticados por adolescentes.

Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA

Apura concorrentemente com as Delegacias Circunscripcionais os crimes em que crianças e adolescentes são vítimas, e o autor é maior de 18 anos.

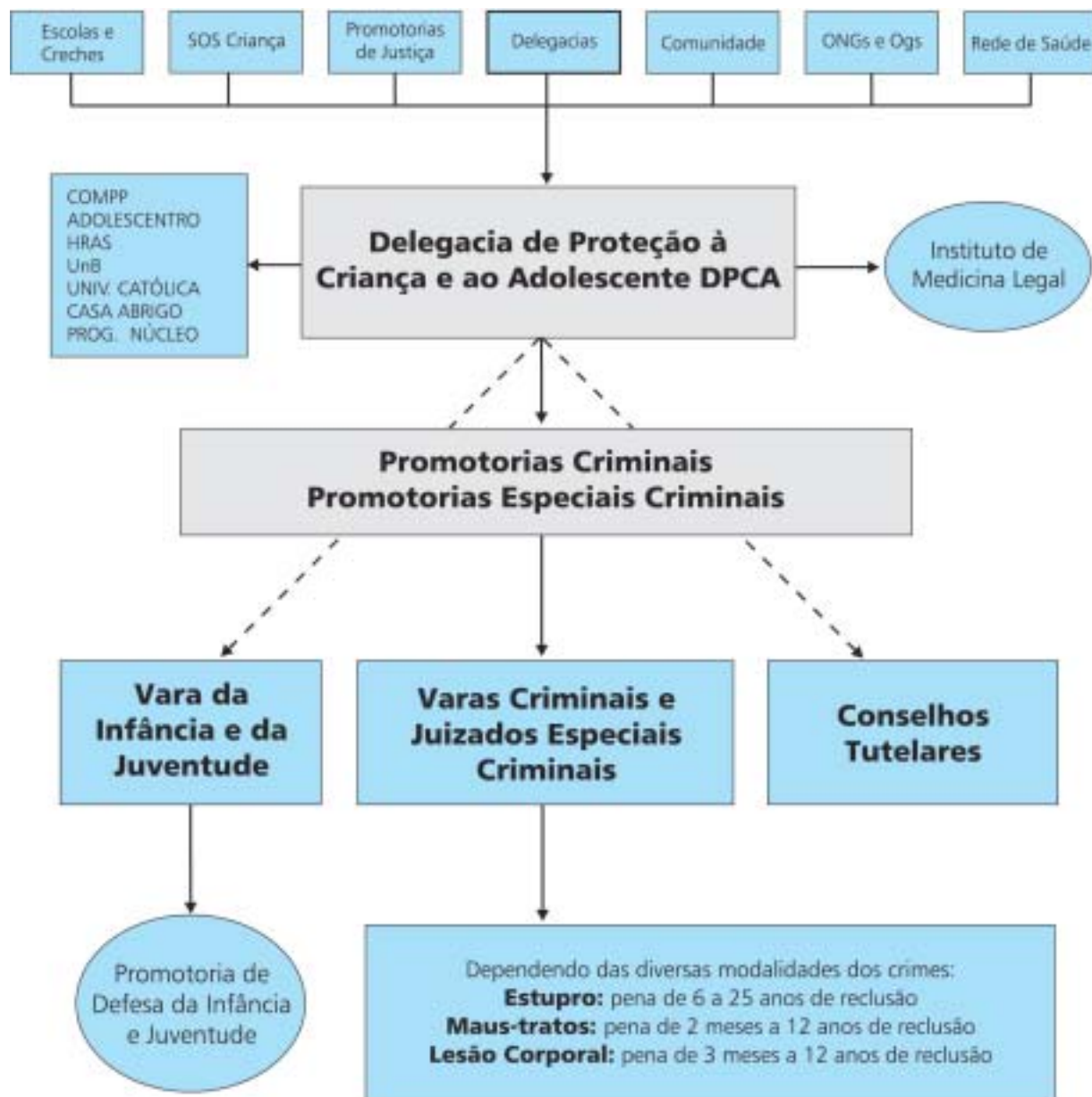
Delegacia de Repressão a Pequenas Infrações – DRPI

Apura os crimes de pequeno potencial ofensivo cuja a pena máxima não exceda a dois anos, bem como as contravenções penais.

Delegacias Circunscricional

Estas Delegacias apuram todos os tipos penais, exceto os praticados por adolescentes.

Rede de serviço articulada com a DPCA



Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

Disposições preliminares

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à

cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único - A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;

c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais

Art. 13 - Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Das medidas de proteção

Disposições Gerais

Art. 98 - As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei foram ameaçados ou violados:

I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

III - em razão de sua conduta.

Medidas específicas de proteção

Art. 101 - Verificada qualquer das hipóteses previstas no **art. 98**, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;

II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospita-

lar ou ambulatorial

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos

VII - abrigo em entidade;

VIII - colocação em família substituta.

Parágrafo único - O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

9.2 - As vítimas são encaminhadas para atendimento psicológico, inclusão em programa assistencial e atendimento médico.

9.9.1 - As crianças e adolescentes vítimas são entrevistadas por profissionais policiais com capacitação, visando não revitimizá-la e através de técnicas da psicologia, reduzindo o stress e fornecendo elementos para apuração dos crimes.

9.3 - Em caso de criança ou adolescente em situação de risco (**art.98** - ECA), elas são encaminhadas à Vara da Infância e Juventude ou ao Conselho Tutelar para aplicação de medida protetiva.

Das infrações administrativas

Art. 245 - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Dos crimes em espécies

Art. 232 - Submeter criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou a constrangimento:

Pena - detenção de seis meses a dois anos.

Art. 241. Apresentar, produzir, vender, fornecer, divulgar ou publicar, por qualquer meio de comunicação, inclusive rede mundial de computadores ou internet, fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo

explícito envolvendo criança ou adolescente: *Redação determinada pela Lei nº 10.764, de 12/11/2003.*

Pena - reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 1º Incorre na mesma pena quem:

I - agencia, autoriza, facilita ou, de qualquer modo, intermedeia a participação de criança ou adolescente em produção referida neste artigo;

II - assegura os meios ou serviços para o armazenamento das fotografias, cenas ou imagens produzidas na forma do caput deste artigo;

III - assegura, por qualquer meio, o acesso, na rede mundial de computadores ou internet, das fotografias, cenas ou imagens produzidas na forma do caput deste artigo.

§ 2º A pena é de reclusão de 3 (três) a 8 (oito) anos:

I - se o agente comete o crime prevalecendo-se do exercício de cargo ou função;

II - se o agente comete o crime com o fim de obter para si ou para outrem vantagem patrimonial.

Art. 243 - Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida:

Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave. *Redação determinada pela Lei nº 10.764, de 12/11/2003.*

Art. 244-A - Submeter criança ou adolescente, como tais definidos no caput do art. 2º desta Lei, à prostituição ou à exploração sexual: *Artigo acrescido pela Lei nº 9.975, de 23/06/2000.*

Pena - reclusão de quatro a dez anos, e multa.

§ 1º Incorrem nas mesmas penas o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifique a submissão de criança ou adolescente às práticas referidas no caput deste artigo.

§ 2º Constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.

Código Penal Brasileiro (Lei nº 2.848 de 07/09/1940)

Maus-tratos

Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos. *(Incluído pela Lei nº 8.069, de 1990)*

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

- I - Incapacidade permanente para o trabalho;
- II - enfermidade incurável;
- III perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
- IV - deformidade permanente;
- V - aborto;

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena

§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis:

- I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;
- II - se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa:
(Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena

§ 7º - Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do art. 121, § 4º.
(Redação dada pela Lei nº 8.069, de 1990)

§ 8º - Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121.
(Redação dada pela Lei nº 8.069, de 1990)

Violência Doméstica

(Incluído pela Lei nº 10.886, de 2004)

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:
(Incluído pela Lei nº 10.886, de 2004)

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.
(Incluído pela Lei nº 10.886, de 2004)

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1o a 3o deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço). (Incluído pela Lei nº 10.886, de 2004)

Crimes contra os costumes

Estupro

Art. 213 - Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Parágrafo único.
(Revogado pela Lei n.º 9.281, de 4.6.1996)

Pena - reclusão, de seis a dez anos.
(Redação dada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990)

Atentado violento ao pudor

Art. 214 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal: Vide Lei nº 8.072, de 25.7.90

Parágrafo único.
(Revogado pela Lei n.º 9.281, de 4.6.1996)

Pena - reclusão, de seis a dez anos.
(Redação dada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990)

Presunção de violência

Art. 224 - Presume-se a violência, se a vítima: Vide Lei nº 8.072, de 25.7.90

a) não é maior de catorze anos;

b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;

c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Assédio sexual

(Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001)

Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.”

(Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001)

Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

(Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001)

Corrupção de menores

Art. 218 - Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 (catorze) e menor de 18 (dezoito) anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Crimes de tortura

(Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997)

Art 1º - Constitui crime de tortura:

II - submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

§ 3º - Se resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena é de reclusão de 4 (quatro) a 10 (dez) anos; se resulta morte, a reclusão é de 8 (oito) a 16 (dezesesseis) anos.

§ 4º - Aumenta-se a pena de 1/6 (um sexto) até 1/3 (um terço):

II - se o crime é cometido contra criança, gestante, deficiente e adolescente;

§ 6º - O crime de tortura é inafiançável e insuscetível de graça ou anistia.

§ 7º - O condenado por crime previsto nesta Lei, salvo a hipótese do § 2º, iniciará o cumprimento da pena em regime fechado.

Lei das Contravenções Penais

(Decreto-Lei n.º 3.688, de 3 de outubro de 1941)

Art. 63. Servir bebidas alcoólicas:

I – a menor de dezoito anos;

II – a quem se acha em estado de embriaguez;

III – a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais;

IV – a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de frequentar lugares onde se consume bebida de tal natureza:

Pena – prisão simples, de dois meses a um ano, ou multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis.

Selma Maria Frota Carmona

Delegada-Chefe da Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente

ASPECTOS LEGAIS

Notificação – Um Passo Obrigatório

Ana Lúcia Corrêa e Castro

Clara Maria Cosme Cardoso

Laurez Ferreira Vilela

A notificação dos casos de maus-tratos/violência contra crianças e adolescentes é o primeiro passo para acionar o poder público com a finalidade de promover a proteção das vítimas e responsabilização do agressor. Inicia o processo que visa interromper a dinâmica de agressões e produzir mudanças nas condições geradoras ou facilitadoras dos diversos tipos de violência. Notificar não significa denúncia policial, mas uma comunicação oficial de que os direitos da criança ou adolescente estão sendo violados. O poder público necessita intervir para promover sua proteção de acordo com a lei.

Para que a notificação produza os efeitos desejados é imprescindível a atuação de forma articulada e intersetorial, das instituições do **Fluxo de atendimento** (educação, saúde, assistência, cultura, trabalho e profissionalização, esporte e lazer, ONGs...), **Fluxo de responsabilização** (delegacias especializadas de proteção, delegacias de polícia, IML, Varas Criminais, Ministério Público) e **Fluxo de defesa de direitos** (Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público, Defensoria Pública e Centros de Defesa).

As notificações provenientes das instituições de saúde, por se constituírem umas das principais portas de entrada dos casos de maus-tratos/violência, têm papel fundamental na proteção da criança e do adolescente. Compõe este quadro o acolhimento, encaminhamento, acompanhamento e monitoramento das situações, além de medidas preventivas.

Embasamento Legal

Notificação - é a comunicação obrigatória, de determinadas doenças ou agravos, às autoridades competentes de saúde.

A notificação dos casos de **suspeita** ou **confirmação** de maus-tratos/violência contra crianças e adolescentes é obrigatória desde 1990 com

aprovação da Lei 8.068 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

O artigo 13º do ECA determina: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais".

No Art. 245, o ECA trata como infração administrativa, sujeita à multa de três a vinte salários de referência, a **não comunicação** por médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e ensino fundamental, pré-escola ou creche, às autoridades competentes dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Onze anos após a aprovação do ECA, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.968/GM de 25 de outubro de 2001, estabelecendo que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes do SUS, **notifiquem aos Conselhos Tutelares** da localidade, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nestas entidades.

A obrigatoriedade da notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais.

O Parecer nº 815/97 do Conselho Federal de Medicina descreve: " O médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional".

O Parecer nº 76/1999 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro: " O médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente, casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeitas. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional".

Procedimentos

Após o acolhimento, preencher a Ficha de Notificação e/ou relatório, se necessário, encaminhando o caso para as autoridades competentes. A vítima e familiares devem ser **engajados** nos serviços especializados da rede de atendimento.

Todos os casos envolvendo criança ou adolescente devem ser notificados ao Conselho Tutelar do local de moradia da vítima. Na falta deste, encaminhar para a Vara da Infância e Juventude.

Em situações de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, encaminhar/acompanhar o sistema familiar à DPCA - Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente que atualmente funciona em horário comercial. Nos demais horários, encaminhar para Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde.

Existe um diferencial nos casos onde há acompanhamento de profissional da saúde nos diversos serviços, pois humaniza as relações e amplia o leque de proteção.

Os Centros de Saúde e Programa Família Saudável, dentro das suas especificidades em atenção básica, devem estar preparados para atender e monitorar os casos encaminhados pelos demais serviços.

A fim de atender a Atenção Integral, é importante articular com a Rede de Atenção de forma a viabilizar a inserção da família nos programas de proteção social.

Notificação de Violência Contra o Idoso

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, criado em 1 de outubro de 2003, é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Conforme o artigo 19, "os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso, serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I - Autoridade Policial;
- II - Ministério Público;
- III - Conselho Municipal do Idoso;
- IV - Conselho Estadual do Idoso;
- V - Conselho Nacional do Idoso."

Considerando a realidade do Distrito Federal, é importante ressaltar a existência do SOS Idoso e da Gerência de Valorização do Idoso - GVI.

Se a denúncia for direcionada ao SOS Idoso (tel: 346 1407), este registra e realiza os devidos encaminhamentos.

A GVI, tem como função identificar situações de risco através das visitas aos idosos, promover atendimento médico, além de realizar os encaminhamentos necessários de acordo com cada situação.

O profissional de saúde, ao se deparar com uma situação de violência contra o idoso, deve encaminhar a notificação para o órgão competente, dependendo da gravidade do fato. Os casos graves serão direcionados à Autoridade Policial; em situação de violência institucional leve, notificar ao Conselho do Idoso do DF; maus-tratos na família, dirigir à GVI; Defensoria Pública e Ministério Público (PRODIDE), responsáveis pela defesa dos direitos assegurados ao idoso, devem ser acionados em circunstâncias muito específicas.

Notificação da Violência Contra Mulher

Em 24 de novembro de 2003, através da lei nº 10.778, o Governo Federal "estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados".

§1º, "Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher".

Conforme o Art 3º, "a notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando

nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido".

"Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com o conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável".

Nesse contexto, o profissional deverá preencher a ficha de notificação e encaminhar uma via, de forma sigilosa, para Vigilância Epidemiológica, responsável pelo sistema de informações em violência.

A outra via deve ser anexada ao Prontuário.

Ressalta-se o direito de decisão da vítima em não denunciar. Compreendendo seu processo histórico de violência, compete ao técnico proporcionar espaço de reflexão viabilizando novos leques de possibilidades que permitam a vítima sair desta dinâmica abusiva.

Conclusão

A problemática da violência é uma questão complexa que envolve fatores sociais, culturais, econômicos e políticos. Portanto, seu enfrentamento deve envolver as várias instituições que atuam nos diversos fluxos.

A partir do ECA, houve maior divulgação e compreensão dos direitos da criança e do adolescente. A Portaria nº 1968/2002/GM/MS institui a

obrigatoriedade da notificação nos serviços de saúde no âmbito do SUS. Diante disto, percebe-se um processo melhor consolidado junto a este segmento social.

Em contrapartida, a legislação para a mulher e o idoso é recente. Em decorrência, a prática da notificação dos casos de violência contra o idoso e a mulher necessita de sensibilização/instrumentalização técnica para o manejo do formulário próprio. A Secretaria de Estado de Saúde do DF, está lançando uma Ficha Única de Notificação.

A notificação é de suma importância para a proteção integral das vítimas, responsabilização, reeducação e tratamento dos autores de agressões, além de proporcionar a visibilidade do fenômeno, subsidiando implantação/implementação de políticas públicas para seu enfrentamento.

Referências

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. **Circuito e Curtos-circuitos, Atendimento, Defesa e Responsabilização do Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes**. CECRIA. Veras editora, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania**. Secretaria de Assistência a Saúde. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM 737**. Brasília, 2001.

Ana Lúcia Corrêa e Castro

Assistente Social, Especialista em Violência Doméstica contra criança e adolescente, Especialista em Terapia Familiar e Consultora em Prevenção à Violência

Clara Maria Cosme Cardoso

Assistente Social e Especialista em Terapia Comunitária

Laurez Ferreira Vilela

Assistente Social, Especialista em Violência Doméstica contra criança e adolescente, Especialista em Terapia Familiar, Pós-graduada em Educação Sexual e Chefe do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência- SES /DF.

Histórico do Enfrentamento da Violência na Rede de Saúde do DF

Laurez Ferreira Vilela

Este artigo pretende delinear a trajetória das ações que a Secretaria de Estado de Saúde vem realizando no DF. No ano de 1997 as atividades eram restritas a um hospital da rede de saúde. A equipe buscou na capacitação, a estratégia principal de descentralização dos atendimentos. Outras táticas descritas possibilitaram estruturar, neste momento, uma equipe de referência em cada cidade do Distrito Federal. Em anexo, são apresentados alguns instrumentos construídos a partir do próprio processo.

Trajетória

A Secretaria de Estado de Saúde do DF vem desenvolvendo ações desde 1997 com a implantação do Programa de Proteção à Criança Víctima de Maus-Tratos no Hospital Regional da Asa Sul - HRAS. Mantendo a vertente do atendimento, priorizou a sistematização das ações e, posteriormente, a capacitação de profissionais de diversas categorias.

Em 1999, a elaboração da Ficha de Notificação para Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes", do manual "Orientação para profissionais de saúde no atendimentos à criança e ao adolescente vítima de maus tratos" e ainda, a formação da Rede de Atenção às Víctimas de Violência, possibilitaram um maior entendimento sobre a complexidade que envolve o fenômeno da violência. Com a participação de diversos setores da sociedade alternativas intersetoriais foram construídas para dar respostas a situações inerentes a esta problemática.

A Rede de Atenção às Víctimas de Violência no DF coordenada pela SES, realiza reuniões mensais com órgãos governamentais e não governamentais, conta com a participação de representantes das Secretarias de Estado de Educação, Saúde, Segurança

Pública (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Corpo de Bombeiro, Polícia Militar, Programa Picasso não Pichava), Esporte e Lazer, Ação Social (Casa Abrigo), além do DETRAN, Promotoria de Defesa da Infância e Juventude, Promotoria da Mulher, Vara da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar, CECRIA e outros órgãos que se integram a partir de situações específicas. Estas reuniões intersetoriais vêm permitindo conquistas importantes no enfrentamento da violência no DF, onde podemos destacar a integração das instituições envolvidas, a resolução de situações de difícil resolução, as estratégias preventivas ao abuso sexual nos transportes escolares (2003/2004) e a aprovação do Plano de Enfrentamento a Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, em abril de 2005.

No ano de 2001, por iniciativa do Serviço Social do HRAS, surge a proposta de descentralização do Programa no DF, devido a grande demanda de crianças vítimas de violência atendidas no Hospital. Neste contexto foi nomeado no Diário Oficial do DF um comitê para elaboração das diretrizes deste processo, formado por assistentes sociais, médicos e psicólogos.

Em 2002, aprovada a descentralização, iniciam-se as capacitações para prevenção e o atendimento às vítimas de violência. O conteúdo, metodologia, instrumental teórico/prático utilizado repercutiu com tal impacto que sensibilizou e motivou os profissionais das diversas categorias, integrantes do atendimento às vítimas de violência, para uma intervenção mais qualificada. Destaca-se que a rede de saúde ainda necessita de capacitação continuada.

Em junho de 2003, por recomendação do Ministério da Saúde, é criado o Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e

Violências-NEPAV, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, destinado a preposição e execução de políticas públicas para violências (violência física, sexual, psicológica, negligência) contra crianças, adolescentes, mulher, idosos bem como os **acidentes** em todas as faixas etárias. Tem como objetivos reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no DF, implantar um sistema de informação em saúde para acidentes e violências, promover campanhas educativas, capacitar os profissionais de saúde, elaborar material educativo e informativo sobre prevenção aos acidentes e violências e implantar programas de prevenção para os acidentes e violências em cada Regional de Saúde.

O NEPAV realizou capacitação para todas as Regionais de Saúde, ampliando o número de comitês que, em 2003, foram transformados em PAVs - Programas de Prevenção para Acidentes e Violências.

Com a implantação de quatorze PAVs na rede de saúde, destacam-se grandes avanços: inúmeras capacitações realizadas para os profissionais de saúde, que proporcionam a identificação dos diversos tipos de violência, sua notificação e conseqüentemente melhor atendimento; ações de prevenção da violência institucional, desdobrando-se em reorganização no atendimento, alcançando melhor resolutividade do serviço e humanização das relações nas unidades de saúde; outras Regionais de Saúde, favorecidas pela estrutura

local, foram além do acolhimento e encaminhamento dos casos, focalizando o acompanhamento integral às vítimas e familiares.

Construções decorrentes do Processo Histórico

Na intenção de compartilhar parte dos resultados obtidos através de construções coletivas, diversos instrumentos técnicos utilizados no atendimento são apresentados em anexo, a saber, Fluxos de Atendimento, Rotinas, Ficha de Notificação e Fluxo de Notificação.

Um instrumento único foi elaborado para a notificação dos casos de acidentes e violências direcionados a todas as faixas etárias.

Conclusão

Nestes oito anos de atividades, na tentativa de viabilizar respostas concernentes a prevenção primária, secundária e terciária, o NEPAV vem buscando, na construção coletiva com os PAVs, o traçado para reescrever os caminhos no enfrentamento da violência no DF. Vários parceiros, dentro e fora da SES, tem sido de fundamental importância para a consecução dos objetivos. São forças que permitem um trabalho constantemente reescrito, mas com clareza, ainda temos muito a realizar.

Laurez Ferreira Vilela

Assistente Social, Terapeuta de Família, Especialista em violência doméstica contra criança e adolescente, Pós-graduada em educação sexual, fundadora do Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus-Tratos – HRAS, chefe do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência- SES/DF

Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Marta Cristina Tenório

Nos últimos anos, tem-se consolidado a noção de que as mulheres são também sujeitos internacionais de direitos. Evidência desse fato é a recente incorporação de violência contra a mulher no marco conceitual dos direitos humanos.

No Relatório da Conferência de Beijing, China, em 1995, afirma-se que a violência contra a mulher constitui obstáculo para que se alcancem os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz, assim como prejudica ou anula parte dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

Segundo definição das Nações Unidas "Violência Sexual - é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anula ou limite a vontade pessoal. Considera-se como violência sexual, também, o fato do agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros". (Nações Unidas, 1993).

A Violência Sexual representa ainda uma das faces da questão da violência de gênero, abarcando uma série de eventos, desde o assédio sexual até os casos mais graves de estupro por desconhecidos ou no ambiente familiar.

As conseqüências dessa violência são: ansiedade, pesadelos, fantasias catastróficas, sentimentos de alienação, depressão, isolamento, cefaléias, distúrbios do sono e padrões de alimentação, e em especial, o risco de gravidez e contágio com DSTs (doenças sexualmente transmissíveis).

Desta forma, a Violência Sexual constitui uma questão de saúde pública, na medida em que implica uma série de agravos à saúde física e mental da mulher, assim como o uso mais constante dos serviços de saúde (D'Oliveira e Schraiber, 1999). Em geral essa

violência não é denunciada nem relatada aos profissionais de saúde e segurança, por vergonha, medo de se expor, culpa de sua própria vitimização, ou por falta de segurança de relatar o ocorrido ao profissional, temendo que o mesmo não seja qualificado para atendê-la.

Nesse sentido a plataforma de ação da Conferência de Beijing, recomenda investimentos na formação de pessoal das áreas jurídicas, de saúde, educacional, de segurança e assistência social, a fim de combater os abusos de poder conducentes à violência, de forma a assegurar tratamento justo e humanizado às vítimas de violência.

Surgiu então o Programa de Atendimento às Mulheres em situação de Violência Sexual na Secretaria de Estado de Saúde, formou-se uma comissão que concluiu o Protocolo de Atendimento às Mulheres em situação de violência sexual. Nosso objetivo é assegurar à mulher em situação de violência sexual todas as condições necessárias para um atendimento médico integral, assim como para sua reestruturação emocional/psicológica e sua reintegração social.

Desenvolvimento

O atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual existe em todos os hospitais da rede da SES/DF. Iniciou no HRAS (Hospital Regional da Asa Sul) em 1996 com o título "Programa SOS Mulher - Aborto Previsto em Lei"; instituído em abril de 1996, oficializado através da resolução nº 01 do Conselho de Saúde do DF.

Neste Programa são atendidas mulheres adultas/adolescentes, vítimas de estupro ou atentados violentos ao pudor e engloba ainda mulheres que engravidam em decorrência de estupro e as que correm risco de vida ao engravidarem. Em ambos os casos pode ser feita a interrupção no HRAS, basea-

da no Código Penal de 1940, que não pune o aborto nesses dois casos. Na gravidez por estupro, a interrupção é feita até doze semanas de gestação pelo método AMIU (Aspiração Manual Intra Uterina). Vale salientar que na Norma Técnica do Ministério da Saúde, recomenda-se até 20 semanas de gestação.

No dia 25 de novembro (Dia Internacional da Não Violência contra a Mulher) de 2003 foi realizado um Seminário no HRAS, com a participação dos Secretários de Estado do DF (Saúde, Segurança Pública e Ação Social), que assinaram a Portaria conjunta nº 3 nomeando uma comissão responsável por treinar profissionais, bem como sistematizar o atendimento às vítimas de violência sexual no DF. Esse tipo de atendimento já era executado no HRAS, como citamos no início, entretanto era necessário expandir esse atendimento por toda a rede de saúde e segurança.

O treinamento na área de saúde, coordenado pelo Núcleo de Estudos e Programas- NEPAV, ocorreu de abril a agosto, abrangendo 12 regionais, e até dezembro de 2004, as visitas continuaram, com a equipe composta de 1 Médico, 1 Assistente Social e 1 Enfermeira, fazendo supervisão nos hospitais. Em 2005 pretende-se continuar com a supervisão, e incluindo também treinamento para área da Pediatria.

Foram criadas ainda em 2004, quatro salas especiais de atendimento à mulher nos seguintes hospitais: Ceilândia, Asa Norte, HRAS e Hospital do Paranoá.

Em 2004 foram atendidas 161 mulheres vítimas de estupro nos hospitais da rede. Duas fizeram interrupção de gestação em decorrência do estupro.

Conclusão

O fenômeno da violência contra a mulher deve ser tratado como um problema de saúde pública, dada à complexidade do assunto. O papel de toda

a equipe que atende essa mulher é, dentre outros, tratá-la com respeito e dignidade, estabelecer parcerias com os demais órgãos envolvidos e oferecer subsídios junto aos profissionais para um melhor atendimento.

No Protocolo criado pela comissão da SES, estão estabelecidas todas as rotinas de atendimento; fizemos ainda uma cartilha que foi distribuída em todas as chefias de gineco/obstetrícia e pediatria, sistematizando o atendimento, desde a acolhida à mulher até as rotinas de medicação e devidos encaminhamentos.

No caso do Serviço Social esse atendimento é feito através de uma entrevista, identificando a demanda trazida pela usuária, conhecendo sua história, a data e local do estupro e identidade do agressor, bem como o apoio familiar e de relacionamento da vítima e ainda esclarecemos os recursos que a mesma dispõe, dentro e fora da rede, que possam ajudá-la após o ocorrido.

No caso da mulher que engravida decorrente do estupro, é feita a mesma abordagem, identificando o desejo ou não da mesma em relação a interrupção da gestação, os valores éticos, morais e religiosos, a continuação da gestação e o desejo ou não de ficar com a criança ou entregá-la para a adoção e a importância do pré-natal. Orientar ainda sobre o protocolo de atendimento e seus direitos como usuária. Encaminhá-la à DEAM (Delegacia de Atendimento à Mulher), ao atendimento médico para a constatação de período de gravidez, para internação (caso opte pela interrupção) e para atendimento psicológico.

Cabe aos profissionais de saúde e de segurança atender à mulher sem esquecer a responsabilidade, a prudência e a solidariedade, não emitindo juízos de valor; e ainda ser o facilitador do acesso a todos os recursos disponíveis para ajudá-la num momento tão difícil de sua vida, cuja síndrome (no caso de estupro) pode perdurar por muitos anos.

Marta Cristina Tenório

Assistente social, Especialista em Bioética, Sanitarista e Membro do Comitê de Atendimento às Mulheres.

Panorama do Programa Violeta – Prevenção para Acidentes e Violências da Regional Sul

Janice Maria M. Froes Fonseca

"A violência sexual contra a mulher é crime.

*Nenhuma vítima é capaz de esquecer disso. Mas um atendimento acolhedor,
receptivo e, acima de tudo, humano pode ajudá-la a superar."*

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

O Programa Violeta (Programa para Acidentes e Violências da Regional Sul), abrange o Hospital Regional da Asa Sul e cinco Unidades Básicas de Saúde formadas pelos Centros de Saúde nº 1, 5, 6, 7 e 8.

Para o atendimento da demanda de nossa Regional estabeleceu-se um conjunto de ações de prevenção, criação de normas técnicas e rotinas de procedimento, notificação e atendimento às vítimas de violências.

As emergências de pediatria e gineco-obstetrícia do HRAS, direcionam o seu atendimento às crianças, adolescentes e mulheres.

Conseqüentemente, o Programa Violeta desenvolve ações voltadas para criança, adolescente e a mulher.

As ações desenvolvidas para crianças vitimizadas são:

- Atendimento diferenciado em sala do Programa (sala nº 40 do HRAS) para melhor acolhimento.
- Atendimento no Pronto Socorro da pediatria ou no Centro de Saúde por profissionais preferencialmente que já fizeram cursos de capacitação.
- Coleta de material para exames, aplicações de vacinas (quando vítima de violência sexual). Para tanto o funcionário responsável irá onde estiver o paciente vitimizado.

- Atendimento com psicóloga infantil do Programa para acompanhamento semanal ou quinzenal, dependendo de como se encontra emocionalmente o paciente.
- Atendimento dos familiares das vítimas por psicóloga, também do Programa fazendo terapia familiar ou individual.
- Atendimento do Serviço Social.
- Atendimento todas as 5^{as} feiras por ginecologista-infantil, caso haja necessidade de acompanhamento.
- A equipe do programa também entra em contato com diretores de escolas em que estas crianças se encontram matriculadas, para se inteirarem da situação e ajudá-la no que for preciso. E agilizar a mudança de estabelecimento de ensino, se for necessário.

Caso a criança e seu responsável não compareçam na data marcada para retorno, seja para fazer novos exames, voltar ao psicólogo ou ir à consulta marcada, a equipe do programa faz a busca ativa seja por telefone (na maioria dos casos) ou indo pessoalmente ao domicílio.

Por esta razão é importantíssimo que se tenha todos os dados referentes ao paciente (o endereço com o maior número de detalhes é fundamental para este trabalho).

No caso de adolescentes, segue o mesmo tipo de atendimento, exceto os acima de 12 anos ou que já menstruaram, que são atendidos na Emergência da Gineco-Obstetrícia.

Dados Estatísticos do PAV/HRAS de Violência contra criança em 2004

Tipo de Violência	Números de casos
Violência Física	5
Violência Psicológica	1
Violência Sexual - até 12 anos	10
Violência Sexual - de 13 a 12 anos	12
Negligência	39
Síndrome de Munchausen	1
Negligência Institucional	1
Mais de 1 tipo - em menores de 12 anos	10

Tipos de agressores	
Pais	16 casos
Mãe	26 casos
Pai	3 (violência sexual)
Padrasto	4 casos

Ações desenvolvidas com as mulheres vitimizadas:

- Atendimento diferenciado em sala do Programa (sala nº 40 do HRAS) para melhor acolhimento.
- Atendimento na Emergência Obstétrica ou no Centro de Saúde por profissionais.
- Coleta de material para exames: HEMOGRAMA COMPLETO e TRANSAMINASES, se for prescrever ANTI-RETROVIRAIS; aplicações de vacinas (quando vítima de violência sexual). O funcionário responsável irá onde estiver o paciente vitimizado.
- Iniciar profilaxia das DST/AIDS e contracepção de emergência (que deverá iniciar, se necessário, nas primeiras 24h e até no máximo 72h).
- Atendimento com o serviço de psicologia do programa, para acompanhamento semanal ou quinzenal, dependendo de como se encontra emocionalmente a paciente.
- Atendimento dos familiares das vítimas por psicóloga, também do Programa fazendo terapia familiar ou individual.
- Atendimento do Serviço Social.
- Atendimento todas as 4^{as} feiras por gineco-obstetra, no ambulatório.

- Interrupção da gravidez em vítima de estupro, sendo que esta deverá ser encaminhada ao hospital de referência para o aborto legal (HRAS), com gestação de até 12 semanas.
- Orientar a paciente no sentido de comparecer à DEAM para denúncia e registro do boletim de ocorrência (BO) e, a partir daí, ser encaminhada ao Exame Pericial do IML. A maioria dos casos vem encaminhados pela DEAM.
- A coleta de exame no IML deverá ser realizada até 12 horas após o coito anal, de 2 a 3 horas no oral, e até 48 horas após o coito vaginal.

Caso a mulher em acompanhamento não compareça na data marcada para retorno, seja para consultas psicológica e/ou ambulatorial, a equipe do programa faz a busca ativa, por telefone (na maioria dos casos) ou indo pessoalmente ao domicílio.

Dados Estatísticos de Violência contra Mulher - 2004

Violência Sexual	91
-------------------------	-----------

Referências

DESLANDES, S.F. **Prevenir a Violência: Um desafio para profissionais da saúde.** RJ: FIOCRUZ/ENSP/CLVES, 1994.

FALEIROS, V.P. *Violência Contra a Infância in Sociedade e Estado*. Brasília:UnB, 1995.

Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. DF, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência Intra-familiar*. DF, 2002.

Janice Maria M. Froes Fonseca

Médica Pediatra, Médica Perita do trabalho e Coordenadora do Programa Violeta

Projeto Margarida

Dignidade sim! Violência não!

Cecília Franco

O Projeto Margarida, criado em maio de 2004, surgiu a partir das capacitações realizadas pelo Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência-NEPAV, sendo uma das ações do Programa de Prevenção a Acidentes e Violência da Regional Norte. Tem por objetivo acolher e acompanhar mulheres vítimas de violência sexual e doméstica e é desenvolvido por uma equipe técnica composta por uma psicóloga, duas médicas, sendo uma ginecologista e uma clínica, uma auxiliar de enfermagem e dois estagiários de psicologia do UniCEUB.

As pacientes vítimas de abuso sexual/estupro são atendidas no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia-PSO. As que sofreram violência doméstica, atendidas nas diferentes clínicas e Centros de Saúde ou por qualquer outra indicação que envolva violência, são encaminhadas ao Projeto, às 4^{as} feiras, pela manhã, no corredor laranja do ambulatório do HRAN. Funciona com agenda aberta e todas as pacientes que chegam são acolhidas. Esta tem sido uma preocupação do MARGARIDA: considera-se violência uma questão de urgência, portanto não é possível protelar o primeiro atendimento. Neste momento é oferecida a quem chega uma escuta: uma escuta que procura ser acolhedora e isenta de julgamentos. Quando necessário são fornecidas algumas orientações de caráter prático e estabelecida, em conjunto com a paciente, uma proposta de acompanhamento. A partir de então são agendados retornos para atendi-

mento individual, ou em grupo, de acordo com a indicação. Quando necessário são feitos encaminhamentos para as especialidades. Tem sido importante o apoio do Serviço Social. Sempre que necessário são convocados outros membros da família para comparecer ao MARGARIDA, inclusive os agressores. Entende-se que a violência, mesmo quando sofrida diretamente apenas por uma pessoa, tem repercussões na família como um todo. Outro cuidado foi com o ambiente físico para este atendimento. As pacientes chegam para a consulta fragilizadas, sensíveis, necessitando de serem cuidadas. Lutou-se para conseguir um local apropriado, com um mínimo de privacidade e aspecto acolhedor, dentro do possível de uma instituição pública.

Pacientes vítimas de abuso sexual/estupro, quando provenientes do PSO, já passaram por uma rotina de exames, medicações e vacinas. No MARGARIDA resgatamos os resultados de exames, reforçamos os seus significados e damos prosseguimento ao protocolo proposto para estes casos. Reiteramos a importância do uso do preservativo nos próximos seis meses e, se for de interesse, fornecemos este insumo. No caso de pacientes que não comparecem para acompanhamento após o atendimento na Emergência, faz-se busca ativa, reiteradas vezes. Percebe-se, por parte de algumas, um desejo de esquecer o ocorrido. Depois de fornecer as orientações recomendáveis, respeita-se a vontade da paciente.

As manifestações que elas apresentam, com maior frequência, são: medo, raiva, desejo de vingança, tristeza, culpa e vergonha. Durante o acompanhamento tem-se constatado a ocorrência de violências anteriores à que motivou o atendimento atual, bem como a existência de outras formas de violência no contexto familiar.

No período compreendido entre maio e dezembro de 2004 foram realizados 97 atendimentos no Projeto Margarida, sendo 30 pacientes de primeira consulta e 67 retornos. Os novos casos foram referentes a:

- 1 caso de violência física decorrente de tentativa de abuso sexual
- 5 casos de violência doméstica sendo 1 provocado pelo namorado, 2 pelo marido e 2 por ex-maridos
- 20 casos de abuso sexual/estupro. Destes, 4 casos referiam-se a incesto
- 2 casos de situações que envolviam violência na família

Quanto à distribuição de faixa etária, assim se apresentou:

- 6 a 10 anos 1 (3%)
- 11 a 16 anos 8 (26%)
- 17 a 22 anos 6 (20%)
- 23 a 28 anos 6 (20%)

- 29 a 34 anos 5 (17%)
- Acima de 35 anos 4 (13%)

Sabemos ser a incidência de violência doméstica muito maior do que a violência sexual, mas, talvez, de maior dificuldade de notificação por parte dos profissionais, uma vez que sua identificação implica em denunciar o que ocorre no âmbito das relações familiares, "espaço sagrado para interferência pública". Por vezes profissionais de Enfermagem, que fazem curativos em mulheres, em ambulatório, têm sido confidentes de agressões sofridas pelas mesmas, praticadas por seus companheiros. Ainda existe um certo temor por parte destas mulheres, em tornar público essas situações, confundindo um pouco o papel da área de saúde com o da polícia. Também para os profissionais, que no desejo de fazerem alguma coisa perante uma situação tão dolorosa como a agressão contra a mulher, acabam se precipitando e tomando atitudes inadequadas, afastando a paciente de uma possibilidade de ajuda. É importante que todos os profissionais de saúde sejam sensibilizados e capacitados para a questão e compreendam que:

- Violência é uma questão de Saúde Pública.
- Violência Doméstica não é uma questão privada.
- Para a SAÚDE as questões de saúde. Notificação e encaminhamentos policiais podem ser feitos oportunamente.

Cecília Franco

Médica Clínica e Coordenadora do Programa de Prevenção a Acidentes e Violência do Hospital Regional da Asa Norte SES/DF

Programa de Atendimento ao Adolescente Vivendo uma Situação Especial de Violência

Ana Carolina Linhares

Vanessa Canabarro Dios

O objetivo desse estudo é apresentar o trabalho que o Adoloscetro - Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção Integral ao Adolescente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal desenvolve com adolescentes que viveram violência sexual. Apresentaremos inicialmente O

ADOLESCENTRO que iniciou suas atividades em fevereiro de 1982, no Setor de Adolescentes da Unidade de Pediatria do Hospital de Base e mudou-se, em 1999, para o Centro de Saúde Nº6. O Adoloscetro é formado por uma equipe transdisciplinar de médicos, psicólogos e assistente

social e atende adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Assume uma postura sistêmica, procurando ver o adolescente como um todo, em seu aspecto físico, psicológico e social. A família é nossa principal parceira e aliada no atendimento ao adolescente, sendo, portanto, sempre incluída e acolhida nas atividades.

Adolescência significa mudança. Mudanças físicas, às vezes tão rápidas, que o adolescente perde a noção do tamanho de seu corpo. Neste processo de mudança, tanto física, quanto emocional, o adolescente busca solidificar uma identidade e estabelecer autonomia. A família também é arrastada nessa mudança e se transforma de uma unidade que tem como principal tarefa proteger e nutrir os filhos enquanto crianças para uma nova unidade que tem, como tarefa principal, preparar e promover a entrada do adolescente no mundo das responsabilidades e dos compromissos adultos. A família deve continuar a cuidar e proteger, porém agora de uma forma adequada a idade, pois são cuidados diferentes os exigidos por um filho adolescente. Muitas vezes, as famílias se encontram confusas diante desses desafios, sobretudo quando se levam em conta as complexas mudanças no contexto social em que elas estão inseridas. Em função dessas dificuldades encontradas pelos pais e da crença que são eles as pessoas que tem laços mais fortes com os adolescentes e que, portanto, são as pessoas mais competentes para lidar com os adolescentes, nosso trabalho toma os pais como nosso principal aliado no atendimento ao adolescente.

Objetivos do Adolescentro:

1. Atender ambulatorialmente o adolescente e família numa abordagem biopsicossocial.
2. Capacitar profissionais para formação de novas equipes na atenção ao adolescente e família.
3. Realizar pesquisas.
4. Integrar o sistema de redes sociais na formação de parcerias.

O adolescente e sua família são referidos para os vários tipos de Programas realizados pelo Adolescentro. São eles: acompanhamento clínico médico; acompanhamen-

to psicoterápico; terapia familiar sistêmica; grupo de instrumentalização de pais; grupo de pais de adolescentes vivendo uma situação de uso de drogas; grupos terapêuticos (adolescentes e mulheres); atendimento a adolescentes e suas famílias que vivem uma situação de violência. Apresentaremos a seguir o programa que atende adolescentes e suas famílias que vivem uma situação de violência.

Programa de Atendimento à Violência

O programa de atendimento à violência visa atender adolescentes homens e mulheres que vivem ou viveram uma situação de violência, seja como vítima ou como agressor. Além do adolescente, a equipe do Adolescentro atende também sua família. Na perspectiva da equipe, quando uma violência ocorre com algum membro da família, é como se a família toda tivesse sofrido, juntamente com o adolescente, essa violência. A família, portanto, também necessita ser acolhida.

A agenda para esse tipo de dificuldade é aberta, ou seja, o adolescente é atendido o mais rápido possível pela equipe, independentemente das vagas normalmente oferecidas para os outros tipos de casos. O adolescente é chamado para uma entrevista de acolhimento, na qual são colhidos os principais dados sobre a vivência de violência do adolescente. Nessa entrevista é preenchido um roteiro (em anexo) que avalia o contexto de risco e proteção no qual o adolescente está inserido. São avaliadas as medidas protetoras, se houve denúncia ou não, se o Conselho Tutelar foi acionado, se a medicação para prevenção da gravidez foi administrada, e outras medidas de emergência. Por exemplo, nas situações em que houve estupro com penetração é necessário prescrever anti-retrovirais (ARV) segundo as recomendações do protocolo de quimioprofilaxia para o HIV; adotar o uso de contracepção de emergência, de antibióticos e de outros exames laboratoriais que se fizerem necessários (MS, 2001). No caso de gravidez decorrente de situação de abuso sexual, a adolescente deve saber que tem o direito de escolher entre a continuidade e a interrupção da gestação.

O objetivo desse roteiro é, além de funcionar como um banco de dados, ser um roteiro de acolhimento e de orientação aos pais de todas as medidas necessárias a serem tomadas no campo das instâncias judiciais, clínicas e psicossociais. Além disso, essa ficha favorece a intercomunicação profissional e evita que o adolescente e sua família necessitem repetir inúmeras vezes sua vivência de violência.

O trabalho deve envolver uma equipe multiprofissional que possa estar atuando em conjunto. O papel do médico, do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro é essencial para que se possa oferecer um serviço de qualidade para aqueles que estão vivendo uma situação de violência.

Após o acolhimento o adolescente é encaminhado para o atendimento psicoterápico individual e atendimento de família. Os adolescentes que foram vítimas são encaminhados para o grupo de adolescentes vítimas de violência. Os adolescentes autores de violência não participam do grupo junto com os outros. Atualmente ainda não formamos um grupo de adolescentes agressores, mas acreditamos que, em breve, estará funcionando mais essa modalidade de atendimento, em função do aumento de casos que têm chegado ao Adolescentro.

Atividades do Programa de violência

- Acolhimento ao adolescente e sua família – primeiras orientações emergenciais.
- Atendimento psicoterápico individual – adolescentes agressores e vítimas.
- Atendimento em terapia de família.
- Grupo de adolescentes vítimas de violência.

Concepção teórica adotada no trabalho junto a adolescentes e suas famílias vivendo uma situação de violência.

Abordar um problema complexo, tal como o da violência, exige uma forma de ver e de agir complexa. Por que é complexo? Porque a violência não se restringe a uma relação linear agressor-vítima, onde nem sempre a punição do abusador é a única ou a melhor solução para a criança ou adolescente. Adotamos uma concepção sistêmica e da complexidade, que nos faz pensar que temos que entender a violência dentro de um contexto mais amplo, que incluirá, portanto o contexto familiar, o

contexto institucional e o contexto social. Vale ressaltar que as noções de violência são socialmente construídas e mutáveis, pois expressam uma dinâmica das relações sociais. Diversas definições acerca do que se considera crime, violência podem competir numa mesma sociedade e variar de uma sociedade para outra (Pitanguy, 2001)

É importante ressaltar ainda que existe uma diferença entre o que é percebido como violência e aquilo que é qualificado como crime e entre o que é qualificado como crime e aquilo que, de fato, incorre em punição (Pitanguy, 2001).

A violência está presente no nosso dia-a-dia e participamos dela de maneira direta ou indireta. Pensar assim, faz-nos também responsável e implica todas as pessoas a participarem na busca de soluções. Não estamos de fora do sistema. Por isso devemos nos perguntar: como contribuimos para construir essa violência? como contribuiremos para desconstruir essa violência?

A adolescência é um momento especial, pois é nela que, muitas vezes, a situação de abuso é revelada. O adolescente sente-se mais capaz para denunciar e para desvelar a situação de violência. São atributos e recursos advindos do amadurecimento e crescimento encontrados na fase da adolescência e que ainda não são comuns na infância (De Antoni & Koller, 2000). Devemos lembrar, no entanto, que a situação ideal é quando um adulto responsável reconhece a situação de violência e toma uma atitude de proteção antes da própria criança ou do adolescente. Na experiência da equipe do Adolescentro, percebe-se que os adultos cobram do adolescente a revelação da violência, sem perceber, no entanto, que não devemos esperar deles a iniciativa de romper com o silêncio e com o ciclo da violência, pois eles já estão suficientemente vitimizados e sofredos. A criança tem medo de falar e, quando o faz, o adulto tem medo de ouvi-la. A negação do vivido pelo adolescente, quando este consegue quebrar com o silêncio, é vivido como uma outra violência.

Na criança e no adolescente, quando o abuso sexual é seguido de violência, há seqüelas visíveis, mas as sevícias afetivas são provavelmente as mais graves e difíceis de avaliar: sentimento de culpa, angústia, depressão, dificuldades futuras no relacionamento sexual. "Ninguém contestará que a criança é vítima, ou seja, que ela é sacrificada aos interesses de um outro. Porém, sabe-se que o trauma sofrido pela criança não se pode resumir

no ato sexual propriamente dito" (Gabel, 1997). A gravidade das seqüelas relaciona-se à repetição, tipo de abuso e segredo em torno do tema.

Os adolescentes atendidos no Adolescente, que viveram situação de violência sexual, apresentam sintomas como: cefaléia tensional, distúrbios alimentares, baixa auto-estima, queda brusca no desempenho escolar, fugas constantes de casa, dificuldade de relacionamento entre pares, mudança brusca de comportamento, desejo ou tentativa de auto-extermínio, fobias, medo de ficar só, agressividade dentro de casa, masturbação excessiva, erotização precoce.

O abuso sexual não está associado a lesões corporais e, portanto, não se limita ao estupro. Em apenas 40% dos casos de abuso sexual ocorrem evidências físicas do abuso (ABRAPIA, 1997). Entretanto, é importante investigar e ficar atento aos sintomas físicos que porventura possam estar sendo observados durante a consulta médica de rotina: marcas no corpo, corrimento vaginal, coceira nos órgãos genitais, lesões genitais, doenças venéreas. As formas de abuso que não envolvem contato físico e, portanto, não deixam rastros físicos, são as mais difíceis de serem denunciadas, pois a família não acredita na possibilidade de se encontrar provas da violência. É um erro pensar que a criança mente e/ou inventa que é abusada sexualmente, raramente a criança mente, apenas 6% dos casos (ABRAPIA, 1997). A violência psicológica é sutil, a vítima não percebe que está sendo envolvida, a agressão física é explícita e a sexual envolve o segredo como cumplicidade.

Não se pode deixar de diferenciar o abuso sexual realizado entre adultos contra crianças, daqueles realizados entre crianças e adolescentes. Adolescentes que viveram violência podem vir a abusar de outros adolescentes ou de crianças menores. Seria o ciclo do abuso se iniciando ainda na adolescência, em que comportamentos violentos são revividos e perpetuados em novas relações. Nesses casos, o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente protege o autor da violência e encaminha o adolescente para o cumprimento de medidas sócio-protetoras e propõe acompanhamento psicológico.

Aspectos fundamentais no trabalho com o adolescente:

Transformar a vivência de violência em vivência de crescimento

Um dos aspectos mais importantes do trabalho com os adolescentes é propiciar que a vivência de violência possa se transformar numa vivência de crescimento. Esse é um objetivo a longo prazo. Inicialmente, a dor é tão intensa que não há oportunidade de se repensar e refletir sobre o ato violento e sobre a repercussão disso na vida. Os aspectos negativos, naturalmente, ficam mais evidentes. O ato violento será sempre algo negativo e que provoca muito sofrimento. Isso fará parte da história de vida dessa adolescente e, portanto não é algo que deva ou que se possa ser esquecido. Provavelmente, esse adolescente carregará essa vivência ao longo da vida. Com o passar do tempo, a/o adolescente poderá aproveitar essa experiência em outros contextos no sentido que possa amadurecer e se desenvolver, aprender se proteger, a se cuidar, fazer escolhas positivas do parceiro e das relações afetivas, aprender a se respeitar e a impor seus limites nas relações sociais. Portanto, resignificar a situação de abuso.

Comportamento de risco

É fundamental que se trabalhe com a/o adolescente o cuidado e a proteção. Muitas vezes, após uma situação de violência, a vítima tende a se desproteger, realizando um tipo de raciocínio como: "já aconteceu comigo tudo o que poderia e, portanto, eu não preciso mais me cuidar, eu não tenho medo"; "eu não sou mais virgem mesmo...". Com esse pensamento a/o adolescente passa a assumir uma postura de desproteção ao sair à rua em qualquer horário, em locais ermos, sem companhia de outra pessoa. Pode ocorrer também o envolvimento com pessoas de risco. Esse tipo de raciocínio decorre de uma baixa auto-estima, onde o adolescente repete a situação de violência vivida.

Desculpabilização do adolescente

O adolescente precisa ser desculpabilizado. Em algumas situações o adolescente

pode se sentir responsável pela situação de violência. É comum que ele comece a pensar: "Se eu tivesse feito alguma coisa, se eu não tivesse saído de casa, se eu tivesse chegado mais cedo". No caso de violência intrafamiliar o adolescente sempre procura algo no seu comportamento que justifique ter sido ele o escolhido pelo agressor.

Contribui também para isso o preconceito que muitas vezes o adolescente sofre da sociedade. É frequente ele ouvir que ele seduziu, ou que ele fez algo para ter acontecido a violência. De vítima, muitas vezes, ele passa a culpado.

Expressão de Sentimentos e Emoções

É importante que se dê um espaço para que o/a adolescente possa falar dos sentimentos e emoções advindos do contexto de violência. Esse espaço precisa ser criado pelos profissionais. Em muitas situações, o sofrimento da família é tão grande que a pessoa que viveu a violência se constrange em falar da sua dor com receio que isso provoque ainda mais sofrimento na família. Da mesma forma a família evita falar sobre o assunto para não provocar lembranças e ressentimentos no/a adolescente e aí inicia-se a construção de um não dito, de um tema proibido na família, um segredo.

O Segredo /A Denúncia

A manutenção do segredo por parte da vítima pode se dar por proteção da honra própria; preservação da figura paterna; preservação da família; medo de perder o amor dos pais; culpa por ter sentido prazer e participado do ciclo de abuso; relação de poder entre a vítima e o agressor. Na experiência do Adolescentro, o segredo apenas favorece a desproteção e a vitimização do adolescente. O fato de não se falar sobre o ocorrido não favorece o esquecimento ou a melhora da situação, pelo contrário. Nossa proposta é que o segredo seja revelado para aquelas pessoas que possam ajudar.

Sexualidade

O conhecimento de uma erotização precoce é uma vivência que insere o adolescente dentro de um mundo antes desconhecido. Desperta a criança e o adolescente para comportamentos inadequados para idade. Os interesses mudam e o brincar e estar junto com o outro, passam a ter um sentido muito mais erotizado do que lúdico (Dios, 2000). Existe uma vivência sexual precoce que se

reflete em interesses pela sexualidade precoces, incorrendo em inadequação com o grupo, com a escola, com a família.

Um outro aspecto importante a ser ressaltado é a possibilidade de ocorrer rejeição de parceiros do mesmo sexo do abusador, provocando, em algumas situações, comportamentos homossexuais. A partir da vivência de violência o(a) adolescente passa a escolher parceiros sexuais do sexo oposto àquele do abusador. Se o abuso foi cometido por um homem, escolhe-se um parceiro feminino; se foi por uma mulher escolhe-se um parceiro masculino, configurando-se relações homossexuais. Além disso, outras dificuldades associadas à sexualidade podem ocorrer como comportamentos sexuais promíscuos e o envolvimento com a prostituição. Transtornos na identidade de gênero também são comuns de ocorrer, como a transsexualidade.

Sentimento de Confiança

O objetivo maior é que o padrão de relacionamento violento não se perpetue para a vida desse adolescente e que o ciclo do abuso possa ser rompido. A escolha de pares não pode ter como parâmetro a violência e nem relações que sejam permeadas pelo abuso do poder. Ele precisará aprender a não buscar o prazer no contexto da dor. Portanto, é importante que o adolescente consiga identificar que nem todas as pessoas são abusadoras e que nem todo o adulto é violento. O restabelecimento da confiança é fundamental para que o adolescente não tenha medo de se relacionar ou de encontrar novos parceiros. A confiança é importante para que possa ocorrer novo vínculo afetivo.

Aspectos fundamentais no trabalho com as famílias.

O segredo familiar

O segredo familiar é um dos aspectos mais importantes a serem trabalhados. O segredo possui várias funções: 1) a de esconder um fato que pode trazer vergonha para a família; 2) manter a honra da filha ou filho ou mesmo a honra da família; 3) receio de rejeição e preconceito dos outros em relação à pessoa que sofreu a violência.

O segredo, em caso de abuso intrafamiliar, se dá não pelo fato do incesto ser proibido, pois em

geral, ele é conhecido pela mãe/pai ou responsável. É a palavra que é um tabu. É o falar sobre o ocorrido. Para a criança ou adolescente o pior é o desmentido, a afirmação de que nada ocorreu. A ação de um adulto responsável é fundamental. Sua reação irá, de certa forma, indicar o andamento do caso. Em casos de abuso intrafamiliar, quando o pai/mãe ou padrasto/madrasta são os agressores, é importante para o prognóstico que a criança ou adolescente disponham de um outro adulto responsável que ofereça suporte emocional e proteção.

O problema da violência intrafamiliar está envolto em situações complexas. Na situação mais freqüente, onde o abusador é o pai ou padrasto, a situação da mãe é bastante delicada. A mulher sente-se ao mesmo tempo culpada por não ter conseguido proteger seu filho (a), por não ter percebido antes e, ao mesmo tempo, vive um sentimento duplo de raiva, tanto com relação ao companheiro que cometeu o abuso, quanto em relação à filha (o). Do primeiro, a raiva aparece por não poder mais confiar e por sentir-se traída; da filha (o), pelo fato dela não ter contado antes. Além disso, busca-se a preservação da figura paterna, do pai provedor e finalmente a preservação da família. Diante de todos esses fatores e sentimentos, com a quebra do segredo familiar a mulher sente-se obrigada a agir. Ela precisará posicionar-se diante de seu casamento, sentir-se-á pressionada a denunciar e a tomar as providências cabíveis diante do abuso. Muitas vezes, o silêncio só é rompido diante de uma gravidez ou uma doença sexualmente transmissível, devido à dificuldade em entrar em contato com o sofrimento advindo de uma vivência de violência.

Finalmente, estamos sempre tentando potencializar os recursos da família. Se os pais ou responsáveis não estão conseguindo proteger a criança ou adolescente é indicativo de que essa família precisa de ajuda. É a ela, e não somente ao adolescente, que temos que fornecer apoio e proteção.

Proteção à criança ou adolescente

Outro ponto importante é a proteção à criança ou adolescente, pois, a vulnerabilidade gera o abuso sexual não só dentro como fora da família. A vulnerabilidade para

o abuso sexual pode ser avaliada a partir de uma erotização precoce, incapacidade em estabelecer os próprios limites, dificuldade em dizer não, baixa auto-estima. Deve-se levantar junto à família os riscos que o adolescente está correndo. Faz-se necessário identificar as áreas de maior insegurança para que se possa elaborar estratégias preventivas de atuação.

De acordo com Hawley e DeHaan (1996), a família colabora freqüentemente como fator de proteção para a resiliência individual. A família age como fator de proteção e resiliência quando estabelece relações de afeto e amorosidade com seus filhos e entre si. A família precisa demonstrar e utilizar o recurso do afeto para poder proteger seus filhos de futuras violências e abusos. Pelo afeto a criança sente-se importante e possui mais condições de valorizar-se e valorizar sua vida. Estabelece um sentido de estar vivo, nem que seja para dar carinho e receber afeto da família. É saber que os pais se preocupam e que não se quer fazê-los sofrer e, portanto existe a necessidade de cuidado pessoal. Nesse sentido, a mudança e os comportamentos dos adolescentes estão muito vinculados à família e possuem esta como referência.

A família, portanto, possui um papel fundamental na proteção do adolescente, pois pode minimizar o risco ao favorecer o rompimento do segredo, a partir do momento em que promove uma aproximação e diálogo entre o adolescente e a família. Favorece com isso a resolutividade dos casos e diminui o sofrimento no momento em que se pode falar sobre a situação de violência vivida.

A família pode sentir-se culpada diante da violência. No trabalho da equipe do Adolescente não se trabalha com a culpa, mas com a responsabilização da família. A culpa provoca uma paralisia e um sentimento de incompetência e com isso a pessoa se sente incompetente e sem recursos para agir positivamente. O que buscamos é fazer com que as pessoas envolvidas na violência sintam-se responsáveis. Trabalhando o sentimento de responsabilidade dos adultos envolvidos, procuramos fazer com que estes possam falar de seu arrependimento em relação à vítima, no caso de não ter con-

seguido protegê-la da agressão, e de comprometê-los em um comportamento de proteção no presente e no futuro.

A denúncia como medida de proteção à vítima

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, lei no 8069, 1990) é dever de todo e qualquer profissional proceder proteção à criança e ao adolescente que estão expostos a situações de risco psicossocial e/ou de vida. No entanto, no intuito de ajudar, profissionais bem intencionados ao realizarem a denúncia, por vezes, acabam expondo a criança/adolescente e sua família a situações de maior conflito, perigo e sofrimento. De acordo com De Antoni e Koller, 2000, existe uma inadequação entre a denúncia e a implementação de uma medida de proteção. O fato de denunciar não significa que a criança e/ou adolescente estão seguros e longe do risco de violência.

A denúncia é também um instrumento importante que deve ser utilizado pelo profissional como uma forma de sensibilizar a família para a importância do trabalho terapêutico. A instância legal não pode funcionar de forma isolada da assistência. Os trabalhos precisam caminhar juntos, senão ambos perdem sua força. Tanto a assistência é fundamental, quanto o encaminhamento legal e o reconhecimento de que a violência realizada se constitui num crime com relação aos direitos da criança e do adolescente.

A construção de novas relações adulto-jovens, baseada em relações afetivas, de proteção, e de socialização implica também em denunciar e tirar do anonimato os casos de violência. Além disso, implica na responsabilização legal e social dos autores de violência (Ministério da Justiça, SEDH, DCA, 2001).

É fundamental que seja dado apoio para o/a adolescente e a família que desejem realizar o registro policial da agressão. É importante informá-los sobre o significado do exame de corpo de delito, da ida ao Conselho Tutelar da sua região e da ida à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, no sentido de favorecer a visibilidade das situações de violência. Além disso, é importante ressaltar que a família tem o direito de obter uma cópia do boletim de ocorrência e que isso poderá ajudá-la no futuro.

De acordo com a proposta e experiência do Adolescente a denúncia não pode ocorrer por si só. Ela deve ter um significado maior dentro da família que não seja apenas o de culpabilizar e punir o autor da violência. A denúncia precisa ser vista como uma oportunidade dada ao agressor de retratação perante a vítima e perante si próprio. É muito importante que o autor da violência se arrependa do ato realizado e que demonstre isso para a família e para o adolescente. A demonstração de arrependimento por parte do autor da violência possibilita ao adolescente a diminuição de um conflito interno por não saber identificar o que é certo e errado dentro de uma família. Ele consegue situar a violência numa esfera negativa, do proibido, sem negar seu sofrimento.

No que se refere ao adolescente e à família, ambos são estimulados a separarem a violência daquele que a comete. Isso é importante para que o autor da violência não seja visto apenas de forma negativa e reduzido a um crime que cometeu. Ele possui também coisas positivas que devem ser levadas em conta, principalmente nos casos de abuso intradomiciliar, nos quais existe vínculo afetivo entre aqueles envolvidos na violência sexual.

Nesse sentido, o afastamento por si só do autor da violência não tem se mostrado eficaz para que haja diminuição do sofrimento e das seqüelas advindas de situações de abuso. Em muitos casos, o afastamento da figura abusiva reflete no afastamento de laços afetivos importantes para a criança e adolescente e pode se constituir em mais uma violência. É importante deixar claro, que há necessidade da interrupção do ciclo abusivo e muitas vezes existe uma necessidade real de um distanciamento. Se o afastamento do autor da violência é necessário e fundamental por um lado, por outro, é fundamental que ele participe do resgate da família, da construção de novas relações que não tenham como base a violência.

Transformando as relações de poder em relações de autoridade

Transformando relações de violência em relações amorosas

Muitas vezes, dentro das famílias, as relações entre pais e filhos, adultos, crianças e adolescentes são estabelecidas baseadas no poder. Relações baseadas no poder são aquelas em que utilizamos as diferenças (de idade, de posição hierárquica, de gênero, de classe social e outras) para impor ao outro um comportamento e, a pessoa que se

submete, não reconhece este outro como legítimo. Os pais ou adultos responsáveis estabelecem relações baseadas no poder quando para corrigir os filhos utilizam tanto de violência física quanto psicológica e quando, em vez de fornecer carinho e proteção, erotiza a relação e assim desprotege e violenta a criança ou adolescente.

Faz-se necessário trabalhar com estas famílias a aprendizagem de relações baseadas na autoridade. Relações de autoridade são relações onde as diferenças (de idade, de posição hierárquica, de classe social, de gênero e outras) não são utilizadas para impor ao outro um comportamento, mas sim, estabelecem relações de forma tal que a pessoa que se submete as reconhece como legítimas, pois não causam danos ou violência a elas, muito pelo contrário, é benéfica e oferece proteção.

Partimos sempre do pressuposto que todas as famílias amam seus membros. O que percebemos é uma dificuldade na expressão da amorosidade. Por exemplo, um pai não deixa sua filha sair a noite porque está preocupado com os amigos com quem ela está saindo. Na hora de se expressar, ele fala "que não quer que ela saia com aqueles vagabundos porque quem manda é ele, e se ela sair, ele vai fechar a porta da casa e ela vai dormir na rua". Esse pai certamente agiu assim porque ama sua filha e está preocupado com ela, mas na hora de se comunicar com ela, em função de sua dificuldade de se expressar amorosamente, ele utilizou o poder e não sua autoridade. Ele poderia dizer: Eu sou seu pai, lhe amo muito, e estou muito preocupado com sua saída à noite. Eu gostaria de conhecer os amigos com os quais você está saindo e gostaria que você me fornecesse o telefone dos pais dos seus amigos, pois certamente eu ficaria mais tranquilo com sua saída". Essa filha poderia ficar ainda bastante enfurecida, mas ela estaria enfurecida com um pai que expressou sua preocupação de forma amorosa e, com certeza, baseado na sua autoridade de pai, o que implica numa responsabilidade de cuidado e proteção".

A transformação dessas relações na família começa certamente com o reconhecimento das competências da família pelos profissionais que as acolhem. É nossa responsabilidade ajudar esses adultos a construir relações

baseadas na autoridade e na amorosidade com suas crianças e adolescentes.

Conclusões

A violência é um fenômeno complexo, e, portanto, necessita ser visualizado de forma complexa. É importante desenvolver um trabalho em parcerias, junto a profissionais e instituições que atendam nos aspectos jurídicos, clínicos e psicossociais da violência contra crianças e adolescentes. Além disso, a violência exige um trabalho em equipe transdisciplinar.

A violência traz graves danos para os adolescentes e suas famílias e, em consequência, exige um investimento grande dos profissionais e da família num período longo de tempo.

Acreditamos que só a denúncia não é o suficiente. A denúncia pode ser o primeiro passo para o enfrentamento do problema. Acreditamos ainda que nesse trabalho é essencial investir no resgate da competência do adolescente, dos pais, dos profissionais e das instituições envolvidas com a violência contra crianças e adolescentes.

Referências

ABRAPIA (1997) **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**. Ed. Autores & Agentes & Associados, Petrópolis, R.J.

DE ANTONI, C. & KOLLER, S. H. (2000) **A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar**. Estudos de psicologia (Natal), vol. 5, no. 2.

DIOS, Vanessa (2000). **Adolescência, família e violência sexual: uma proposta de intervenção**. Monografia apresentada ao ISOF como requisito parcial para obtenção do título de especialista em sexologia

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13/07/1990. Porto Alegre, CORAG.

GABEL, M. - org. (1997) **Crianças vítimas de abuso sexual**. Summus editorial, São Paulo, S.P.

HAWLEY, D. & DE HAAN, L. (1996) **Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives.** *Family Process*, 35, 283-298.

Ministério da Justiça/Secretaria de Estado de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente (2001) **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.** MJ/ SEDH/DCA.

MS (2002) **Oficina de apoio Psicossocial a vítimas de violência** - relatório final. Ministério Público, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Assistência à saúde, Brasília, D.F.

PITANGUY, J. (2001) **Gênero, violência e direitos humanos.** Conferência de abertura da Oficina de apoio psicossocial a vítimas de violência realizada pelo Ministério da Saúde em Brasília.

Ana Carolina Linhares

Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, Terapeuta de Família; Coordenadora do Treinamento do Adolescente.

Vanessa Canabarro Dios

Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, Terapeuta de Família; Coordenadora de Pesquisa do Adolescente

Serviço de Atenção Integral à Saúde do Idoso da Regional de Saúde do Guará

Maria Luciana C. de B. Leite

"A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização desse grupo social, no entanto, é um problema cultural de raízes seculares e suas manifestações são facilmente reconhecidas desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas". (Minayo, 2004)

Independente de parecer absurdo ou exagero, casos de violência contra o idoso ocorrem com frequência, seja no âmbito familiar ou não.

É o que se comprova quase diariamente no atendimento ambulatorial do SAISI (Serviço de Atenção Integral à Saúde do Idoso) do Hospital Regional do Guará (HRGu) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no qual cerca de 10% dos atendimentos refletem situações de violência, ainda que na maioria das vezes isso não seja claramente abordado.

Três aspectos são observados por ocasião dos atendimentos: primeiro, o idoso não se reconhece enquanto vítima de violência e por vezes a família não identifica suas atitudes como agressão. O

segundo aspecto é que, na maioria dos casos há, por parte do idoso, um certo temor em declarar ou denunciar que foi vítima de violência, em função das represálias posteriores por parte dos agressores, principalmente nos casos da violência intrafamiliar.

Nesses casos, a violência decorre da vulnerabilidade do idoso a agressões, por conta de seu grau de dependência física ou mental. A violência geralmente é causada pela falta de conhecimento sobre a situação de saúde do idoso; pelo despreparo para lidar com o idoso; relacionamento familiar/profissional conflituoso, estressante; histórias de violência na família e uso de álcool e/ou outras drogas.

O idoso geralmente se sente envergonhado de relatar fatos desse tipo envolvendo os familiares; na

maioria das vezes, acompanhantes ou terceiros é que esclarecem a situação. Além disso, há os temerosos de que, com a queixa, os familiares busquem a sua institucionalização, o que os deixam completamente abandonados dos laços familiares. Em outras palavras, o abandono familiar pesa mais que os maus-tratos.

O segundo aspecto, diz respeito à consideração, pelo idoso, do que constitui também a violência. Em muitos casos, observa-se que esse termo é utilizado somente como referência às agressões físicas (que na maioria das vezes são detectadas no exame clínico realizado pelo médico geriatra ou pelo profissional da área de Enfermagem). Dessa forma, fica claro um desconhecimento do princípio gerador das situações de violência que é a ação exercida por meio de força física, psicológica ou intelectual com vistas à obtenção de determinados objetivos.

Em relação a esse segundo aspecto, pode-se destacar, entre os casos detectados no atendimento ambulatorial do HRGu, os seguintes:

- **Violência psicológica:** humilhações, coação (ameaças de institucionalização), privação do convívio familiar e social, isolamento.
- **Abuso financeiro e de bens:** a família se apropria de recursos financeiros e de bens do idoso, deixando-o totalmente à mercê de uma dependência material que, na realidade, não existe.
- **Negligência:** quanto aos cuidados médicos, alimentares (chegando a causar desnutrição) e até de higiene.

Em relação à negligência, ressalta-se que foram observadas situações de descuido por parte de familiares/cuidadores e Instituições, bem como de auto-negligência (recusa do idoso ao tratamento), possivelmente justificando uma forma de chamar a atenção ou em função de estar sofrendo no momento de distúrbio mental.

Há, também, casos em que, ex-maridos após longos anos de abandono retornam (doentes/dependentes) para a família, e os filhos na maioria das vezes impõem à mãe não só a aceitá-lo, como a cuidar do mesmo.

Em qualquer dos casos, o Serviço de Atenção Integral à Saúde do Idoso (SAISI) do HRGu intervém por meio da assistente social e demais profissionais do referido serviço.

A primeira providência do assistente social é a da escuta atenta e cautelosa, isenta de pré-julgamentos, visando averiguar a veracidade dos fatos. Como foi dito, muitas vezes o idoso, vítima de agressão, se recusa a confirmar a denúncia para salvaguardar seu agressor, principalmente quando se trata de um familiar.

O profissional enfatiza que a prioridade é a segurança do próprio idoso, em especial, quando depende de cuidados de terceiros.

Como último recurso, encaminham-se os casos à Rede de Serviços, tais como: Promotoria de Defesa do Idoso e Portador de Deficiência (PRODIDI)/MPDFT, SOS Idoso, Conselho do Idoso, Gerência de Valorização do Idoso, Delegacia de Polícia /Delegacia da Mulher e outros, para as medidas legais e/ou sociais cabíveis.

Maria Luciana C. de B. Leite
Assistente Social, Especialista em Gerontologia.

Considerações Finais

Embara os avanços da legislação estejam direcionados à proteção da criança e do adolescente, ainda impera a cultura adultocêntrica, que faz destes seu objeto de dominação.

Políticas direcionadas à mulher, norteadas pelo princípio da igualdade de direitos (que estão longe de se concretizarem), ainda são insuficientes para proporcionar dignidade nas relações sociais.

Destacam-se algumas conquistas, dentre outras: em 1999 foi instituída a "Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes" (MS). Em 2003, foi sancionada a Lei 10.778 que trata da notificação compulsória da violência contra a mulher, na rede pública e privada de saúde. Ainda que 2004 tenha sido considerado o Ano da Mulher (Lei 10.745 sancionada pelo Presidente da República) a questão continua exigindo outras formulações que possibilitem mudanças significativas na rotina deste segmento populacional.

O Estatuto do Idoso traz uma nova perspectiva de dignidade; no entanto, muitos ainda desconhecem os direitos e singularidades inerentes a esta faixa etária.

Portanto, é importante instrumentalizar os vários setores da sociedade para o conhecimento das legislações vigentes em favor da criança/adolescente, mulher e idoso, exigindo o cumprimento destas, não perdendo de vista a revisão e atualização legislativa continuadas como estratégia para satisfazer os anseios da população.

A complexidade que envolve o fenômeno da violência exige ações da família, sociedade, órgãos governamentais e não governamentais. Para tal é preciso dar visibilidade ao problema, "desnaturalizar" a violência, desmitificar a família enquanto detentora de proteção e viabilizar políticas públicas eficazes.

Neste sentido, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, vem contribuindo com ações voltadas ao enfrentamento, como a implantação de Salas de Acolhimento à Mulher, reuniões com a

Rede de Atenção às Vítimas de Violência, criação do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violência-NEPAV. Este vem viabilizando capacitações e implantação dos Programas de Prevenção a Acidentes e Violência-PAV na rede saúde. Objetiva desenvolver ações de prevenção, atendimento e notificação desta problemática. Esta coletânea, juntamente com campanhas educativas, faz parte do aprofundamento do olhar profissional na tentativa de buscarmos soluções viáveis.

Portanto, é imprescindível a elaboração de um Plano de Ação Intersetorial buscando estratégias de ação conjuntas e individualizadas, dentro de cada especificidade institucional, para **prevenir** e intervir neste fenômeno.

As reuniões realizadas com a Rede de Atenção às Vítimas de Violência vêm contribuindo com grandes conquistas, pois a cada entrave são convidados novos atores sociais para uma intervenção conjunta. Isto vem garantindo alcançar a solução num nível de complexidade satisfatório, onde destacamos: audiência pública e comissão geral sobre a questão da violência sexual no transporte escolar e também a realização de campanha educativa na mídia sobre a importância da exigência de critérios do veículo e motorista para contratação de transporte escolar, capacitações em outras Secretarias objetivando prevenir e humanizar os atendimentos, além da elaboração de folder sobre prevenção do abuso sexual direcionado à criança, ao adolescente e aos pais.

São os avanços que nos permitem vislumbrar novas perspectivas e saber que conquistas são possíveis.

Sabemos que ainda temos muito a realizar e a caminhada é extensa. Devemos levantar essa bandeira em prol da **paz**, contribuindo enquanto protagonistas no processo de mudança na história do Distrito Federal.

Deixamos aqui nossos agradecimentos a todos os autores que fizeram parte desta coletânea e também aqueles que diretamente e indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

Laurez Ferreira Vilela

Assistente Social, Especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes, Pós-graduada em Educação Sexual, Terapeuta Familiar e chefe do Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências/SES/DF

Pistas para Identificação dos Vários Tipos de Violência contra Crianças e Adolescentes

Indicadores físicos da criança e do adolescente	Comportamento da criança e do adolescente	Características da família
Abuso físico		
Presença de lesões físicas, como: queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adequam à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	Muito agressivo ou apático; hiperativo ou depressivo; temeroso; tendências auto-destrutivas e ao isolamento; baixa auto-estima; tristeza; medo dos pais; alega agressão dos pais; relato de causas pouco viáveis às lesões; fugas de casa; problema de aprendizado; faltas frequentes à escola.	Ocultas as lesões da criança justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; abusa de álcool ou drogas; possui expectativas irreais acerca da criança; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família.
Abuso sexual		
Infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfínteres; enfermidades psicossomáticas.	Comportamento sexual inadequado para a idade; não confia em adultos; fugas de casa; regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; vergonha excessiva e alegações de abusos; idéias e tentativa de suicídio; auto-flagelação.	Ocultas frequentemente o abuso; é muito possessiva, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família.
Abuso psicológico		
Problema de saúde como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantis; enurese noturna.	Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e auto-destrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; idéia e tentativa de suicídio; insegurança.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterro-riza; ignora; exige em demasia; corrrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.
Negligência		
Padrão de crescimento deficiente; fadiga constante e pouca atenção; problemas físicos e necessidades não atendidas; vestimenta inadequada ao clima.	Comportamentos extremos de hiper ou hipo-atividade; contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; comportamentos infantis ou depressivos.	É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; tem baixa auto-estima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

Extraído de: Crescer Sem Violência - Um Desafio Para Educadores - Assis, Simone Gonçalves de - FIOCRUZ/ENSP/CLAVES- Rio de Janeiro, 1994

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde
Gerência de Saúde da Comunidade Núcleo de Estudos e Prevenção a Acidentes e Violência - NEPAV

Rotina de Enfermagem

<p>Rotina de Atendimento à Criança e ao Adolescente Víctima de Violência Atender com equipe interdisciplinar, se necessário</p>	<p>Notificar aos Conselhos Tutelares da localidade todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme Portaria nº 1.968/GM, de 26 de outubro de 2001.</p>	<p>Setores Envolvidos: Emergência, Clínica, Ambulatório, Serviço Social, Enfermagem, Direção da Unidade, Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção para Acidentes e Violências, Polícia Civil e Militar, Odontologia e Saúde Mental.</p>
<p>Tipo de violência</p>	<p>Quem atende</p>	<p>Procedimentos de enfermagem</p>
<p>Negligência Falta de cuidados básicos com a criança e o adolescente: vestuário, saúde, educação, afeto e acidentes previsíveis. Exemplos: alimentação inadequada, ingestão de medicação, material de limpeza, soda cáustica e outros.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo Enfermeiro</p> <p>Aux. de Enfermagem Odontólogo Nutricionista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar no prontuário características e comportamentos da criança (medo, agressividade, apatia e choro inexplicável); • Discutir com a equipe interdisciplinar as intercorrências; • Encaminhar ao Serviço Social e/ou Saúde Mental; • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso; • Fazer prevenção primária ou secundária em reuniões educativas; • Preencher a Ficha de Notificação.
<p>Violência Estrutural Dificuldades econômicas dos responsáveis em suprir as necessidades básicas da criança ou adolescente. Exemplo: desemprego, fome e miséria</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o caso ao Serviço Social. • Encaminhar à Nutrição.
<p>Violência Física Espancamento, asfixia, ferimentos provocados e queimaduras</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar no prontuário características e comportamentos da criança (medo, agressividade, apatia e choro inexplicável); • Discutir com a equipe interdisciplinar as intercorrências; • Encaminhar ao Serviço Social e/ou Saúde Mental; • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso; • Promover prevenção primária ou secundária em reuniões educativas; • Preencher a Ficha de Notificação. • Encaminhar ao Médico

<p>Violência Psicológica</p> <p>Depreciação, discriminação, rejeição e outros</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher Ficha de Notificação; • Encaminhar ao Serviço Social e/ou Saúde Mental.
<p>Violência Sexual</p> <p>Manipulação da genitália, mamas, ânus, ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência, atos libidinosos.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar no prontuário características e comportamentos da criança (medo, agressividade, apatia e choro inexplicável); • Discutir com a equipe interdisciplinar as intercorrências; • Encaminhar ao Serviço Social e/ou Saúde Mental; • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso; • Fazer prevenção primária ou secundária em reuniões educativas; • Preencher a Ficha de Notificação e encaminhar ao médico; • O Aux. de Enfermagem acompanhará o paciente à Delegacia e IML quando for necessário.

* Compete ao Auxiliar de Enfermagem preencher o cabeçalho da Ficha de Notificação e encaminhar ao médico.

* Na ausência do médico, a Enfermagem registra a ocorrência no plantão policial da unidade ou DPCA e/ou Delegacia da Área.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde/Gerência de Saúde da Comunidade/Núcleo de Estudos e Prevenção a Acidentes e Violência - NEPAV

Rotina Médica Unidades Básicas

Rotina de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Atender com equipe interdisciplinar, se necessário.	Notificar aos Conselhos Tutelares da localidade todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme Portaria nº 1.968/GM, de 26 de outubro de 2001.	Setores Envolvidos: Emergência, Clínica, Ambulatório, Serviço Social, Enfermagem, Direção da Unidade, Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção para Acidentes e Violências, Polícia Civil e Militar, Odontologia e Saúde Mental.
Tipo de violência	Quem atende	Procedimentos de enfermagem
<p>Negligência</p> <p>Falta de cuidados básicos para com a criança e o adolescente: vestuário, saúde, educação, afeto e acidentes previsíveis. Exemplos: alimentação inadequada, ingestão de medicação, material de limpeza, soda cáustica e outros.</p>	<p>Médico Assistente Social Aux. de Enfermagem</p> <p>Nutricionista Enfermeiro Psicólogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação e encaminhar o paciente e a Ficha para o Serviço Social. • Encaminhar à Nutrição. • Encaminhar a Ficha de Notificação ao Conselho Tutelar da moradia do paciente.
<p>Violência Estrutural</p> <p>Dificuldades econômicas dos responsáveis em suprir as necessidades básicas da criança ou adolescente. Exemplo: desemprego, fome e miséria.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro Nutricionista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após anamnese completa encaminhar ao Serviço Social as solicitações pertinentes ao paciente com a Ficha de Notificação, para providências cabíveis. • Encaminhar à Nutrição.
<p>Violência Física</p> <p>Espancamento, asfixia, ferimentos provocados e queimaduras</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação. • Encaminhar ao Serviço Social e grupo de orientação pais/responsáveis. • Encaminhar ao Conselho Tutelar da moradia do paciente. • Participar de reuniões de estudo com a equipe do Programa de Atendimento a Vítimas de Violência. • Casos graves – encaminhar ao Hospital.

<p>Violência Psicológica</p> <p>Depreciação, discriminação, rejeição e outros.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação e encaminhar ao Serviço Social. • Encaminhar o paciente ao Serviço Social e/ou a Saúde Mental.
<p>Violência Sexual</p> <p>Manipulação da genitália, mamas, ânus, ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência, atos libidinosos.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação e enviar ao Serviço Social. • Encaminhar posteriormente o paciente ao Serviço Social e à Saúde Mental. • Encaminhar paciente, quando necessário, para receber kit de profilaxia disponível nos PS.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção à Saúde Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde/Gerência de Saúde da Comunidade Núcleo de Estudos e Prevenção a Acidentes e Violência - NEPAV

Rotina Médica Hospital

<p>Rotina de Atendimento à Criança e ao Adolescente Víctima de Violência</p> <p>Atender com equipe interdisciplinar, se necessário.</p>	<p>Notificar aos Conselhos Tutelares da localidade todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme Portaria nº 1.968/GM, de 26 de outubro de 2001.</p>	<p>Setores Envolvidos: Emergência, Clínica, Ambulatório, Serviço Social, Enfermagem, Direção da Unidade, Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção para Acidentes e Violências, Polícia Civil e Militar, Odontologia, Saúde Mental e Enfermagem.</p>
<p>Tipo de violência</p> <p>Negligência</p> <p>Falta de cuidados básicos para com a criança e o adolescente: vestuário, saúde, educação, afeto e acidentes previsíveis. Exemplos: alimentação inadequada, ingestão de medicação, material de limpeza, soda cáustica e outros.</p>	<p>Quem atende</p> <p>Médico Assistente Social Aux. de Enfermagem</p> <p>Nutricionista Enfermeiro Psicólogo</p>	<p>Procedimentos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação, somente enviar a 1ª via para a Delegacia, se Negligência Grave. • Encaminhar à Nutrição. • Encaminhar ao Serviço Social e à Saúde Mental.
<p>Violência Estrutural</p> <p>Dificuldades econômicas dos responsáveis em suprir as necessidades básicas da criança ou adolescente. Exemplo: desemprego, fome e miséria</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro Nutricionista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após anamnese completa encaminhar ao Serviço Social as solicitações adequadas ao paciente com a Ficha de Notificação preenchida para providências cabíveis. • Encaminhar à Nutrição.
<p>Violência Física</p> <p>Espancamento, asfixia, ferimentos provocados e queimaduras</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Encaminhar ao Serviço Social e à Saúde Mental. <p>Violência Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preencher Ficha de Notificação. • Registrar ocorrência no plantão policial do Hospital. Este fará o registro na DPCA (Fone: 361-1049) ou Delegacia da área. • Solicitar à Delegacia exame de corpo de delito. • Participar de reuniões de estudo com a equipe do Programa de Atendimento às Víctimas de Violência. • Internação do paciente.

<p>Violência Psicológica</p> <p>Depreciação, discriminação, rejeição e outros.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação e encaminhar ao Serviço Social. • Encaminhar o paciente ao Serviço Social e/ou a Saúde Mental.
<p>Violência Sexual</p> <p>Manipulação da genitália, mamas, ânus, ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência, atos libidinosos.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento. • Preencher Ficha de Notificação. • Registrar a ocorrência no Plantão Policial do Hospital. Este fará o registro na DPCA ou Delegacia mais próxima. • Solicitar à Delegacia exame de corpo de delito. • A delegacia encaminhará o paciente ao IML. • Encaminhar posteriormente ao Serviço Social e à Saúde Mental. • Encaminhar paciente, quando necessário, para receber kit de profilaxia, disponível nos PS.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção à Saúde

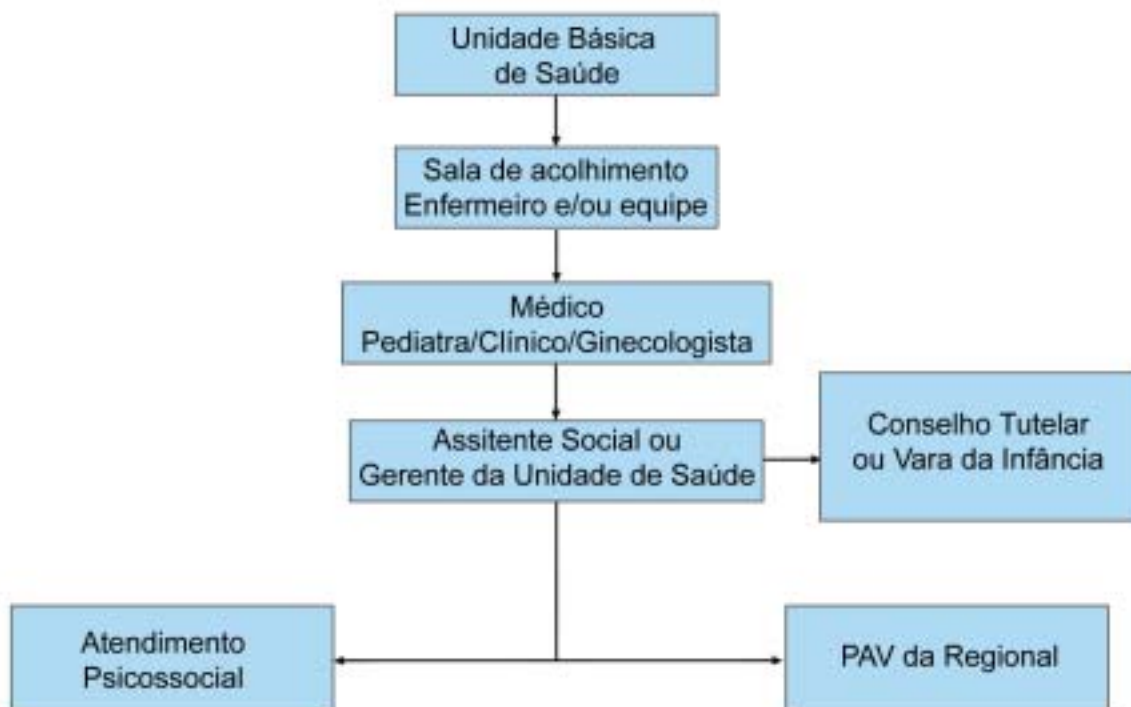
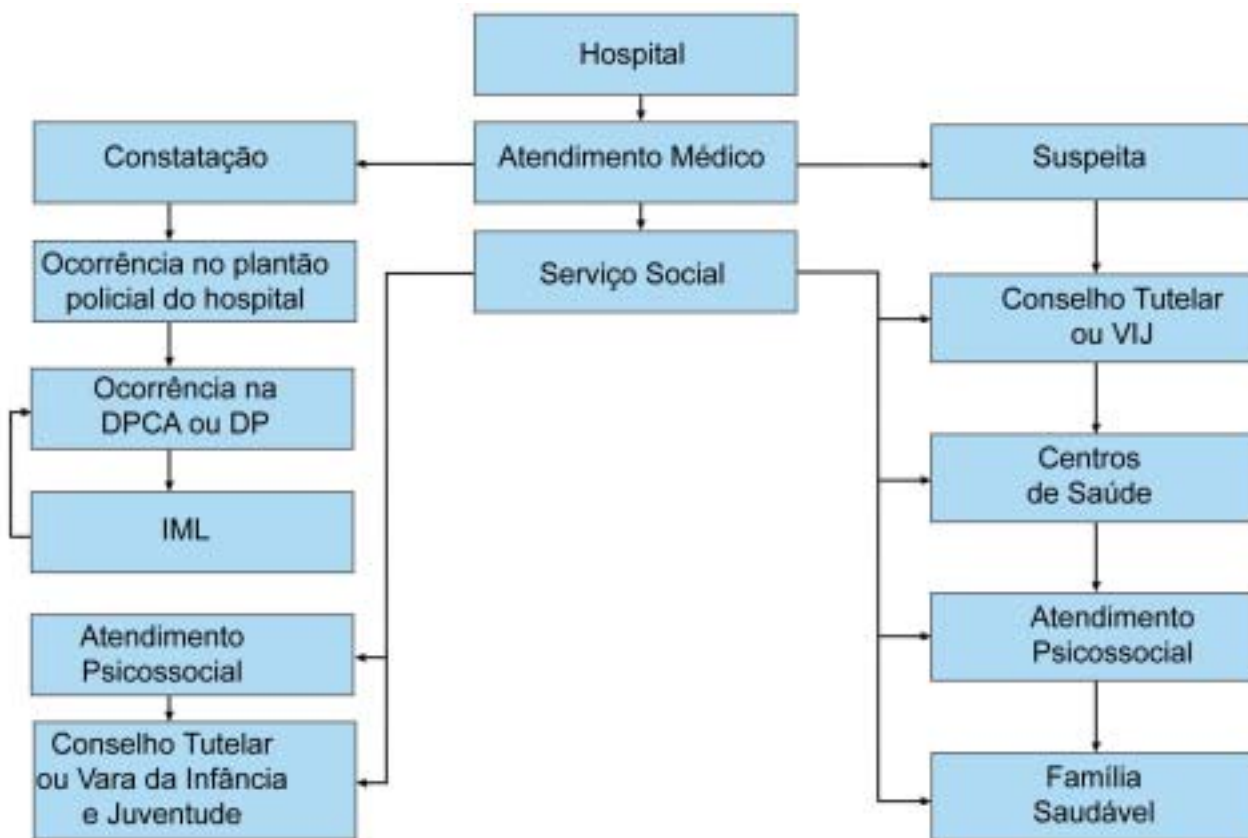
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde/Gerência de Saúde da Comunidade
Núcleo de Estudos e Prevenção a Acidentes e Violência - NEPAV

Rotina do Assistente Social

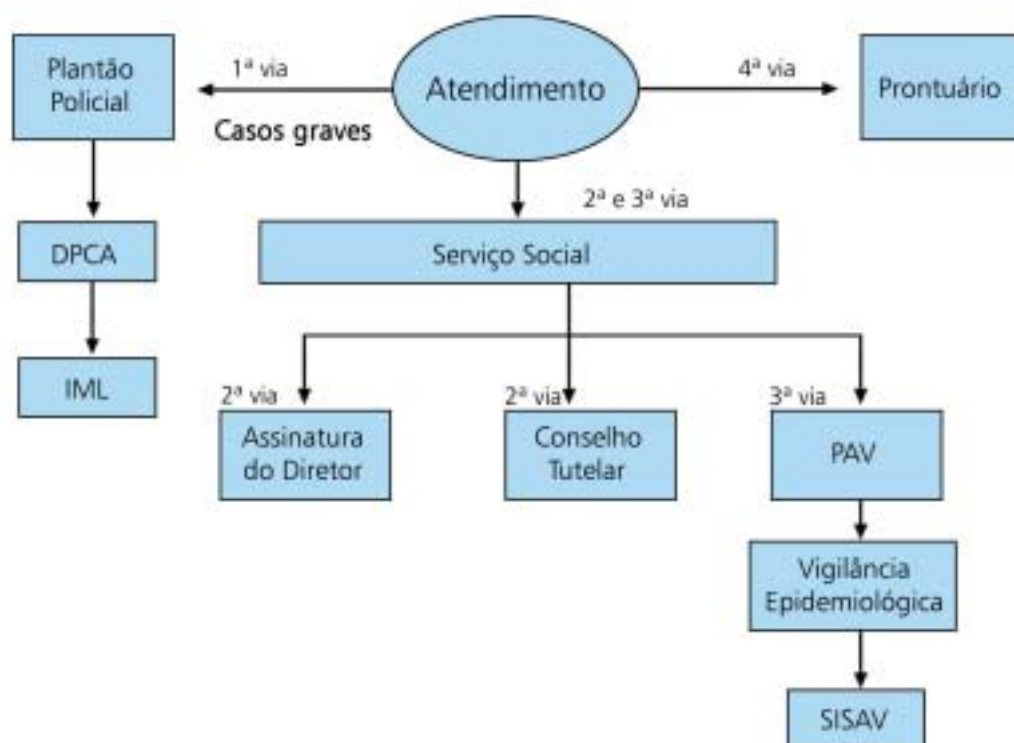
<p>Rotina de Atendimento à Criança e ao Adolescente Víctima de Violência Atender com equipe interdisciplinar, se necessário.</p>	<p>Notificar aos Conselhos Tutelares da localidade todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme Portaria nº 1.968/GM, de 26 de outubro de 2001.</p>	<p>Setores Envolvidos: Emergência, Clínica, Ambulatório, Serviço Social, Enfermagem, Direção da Unidade, Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção para Acidentes e Violências, Polícia Civil e Militar, Odontologia e Saúde Mental.</p>
<p>Tipo de violência</p> <p>Negligência</p> <p>Falta de cuidados básicos para com a criança e o adolescente: vestuário, saúde, educação, afeto e acidentes previsíveis. Exemplos: alimentação inadequada, ingestão de medicação, material de limpeza, soda cáustica e outros.</p>	<p>Quem atende</p> <p>Médico Assistente Social Aux. de Enfermagem</p> <p>Nutricionista Enfermeiro Psicólogo</p>	<p>Procedimentos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atender a família para apoio e orientações. • Realizar visita domiciliar ou solicitar ao Conselho Tutelar. • Encaminhar a família ao Grupo de Orientação aos Pais. • Engajar a família nos recursos da comunidade (CDS, entidades religiosas, Programas de Governo, etc). • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso. • Encaminhar Relatório Social e Ficha de Notificação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude. • Promover prevenção primária e secundária em reuniões educativas.
<p>Violência Estrutural</p> <p>Dificuldades econômicas dos responsáveis em suprir as necessidades básicas da criança ou adolescente. Exemplo: desemprego, fome e miséria.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro Nutricionista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico do caso. • Atender a família para apoio e orientações, buscando alternativas para melhoria das condições de vida. • Encaminhamentos para recursos da comunidade (cursos profissionalizantes, agências de emprego, cestas básicas e outras). • Encaminhar para a Nutrição. • Encaminhar Ficha de Notificação ao Conselho Tutelar.

<p>Violência Física</p> <p>Espancamento, asfixia, ferimentos provocados e queimaduras.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender a família para apoio e orientações. • Realizar visita domiciliar ou solicitar ao Conselho Tutelar. • Encaminhar família à equipe de Saúde Mental da Regional, quando necessário. • Encaminhar a família ao Grupo de Orientação aos Pais. • Encaminhar família para os recursos da comunidade - Rede de Proteção Social (CDS etc). • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso. • Encaminhar Relatório Social, Ficha de Notificação e Parecer da Psicologia ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude. • Promover prevenção primária e secundária EM de reuniões educativas.
<p>Violência Psicológica</p> <p>Depreciação, discriminação, rejeição e outros.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a família para o grupo de orientação aos pais. • Encaminhar a criança para a equipe de Saúde Mental. • Preencher a Ficha de Notificação. • Encaminhar ficha de notificação ao Conselho Tutelar. • Promover prevenção primária e secundária em reuniões educativas.
<p>Violência Sexual</p> <p>Manipulação da genitália, mamas, ânus, ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência, atos libidinosos.</p>	<p>Médico Assistente Social Psicólogo</p> <p>Aux. de Enfermagem Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender a família para apoio e orientações, com ênfase nas estratégias de Proteção à Vítima. • Realizar visita domiciliar ou solicitar ao Conselho Tutelar. • Encaminhar a família ao grupo de orientação aos pais; - Encaminhar família para os recursos da comunidade - Rede de Proteção Social (CDS etc). • Participar de reuniões interdisciplinares para estudo de caso. • Encaminhar Relatório Social, Sicha de Notificação e parecer da Psicologia ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude. • Promover prevenção primária e secundária em reuniões educativas. • Encaminhar a família para terapia familiar no Centro de Referência.

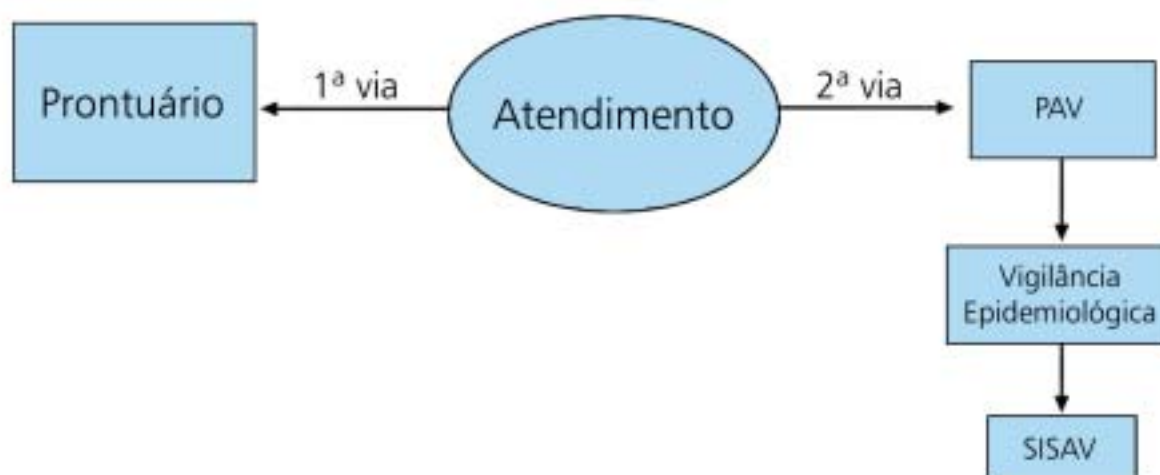
Fluxogramas de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência no DF



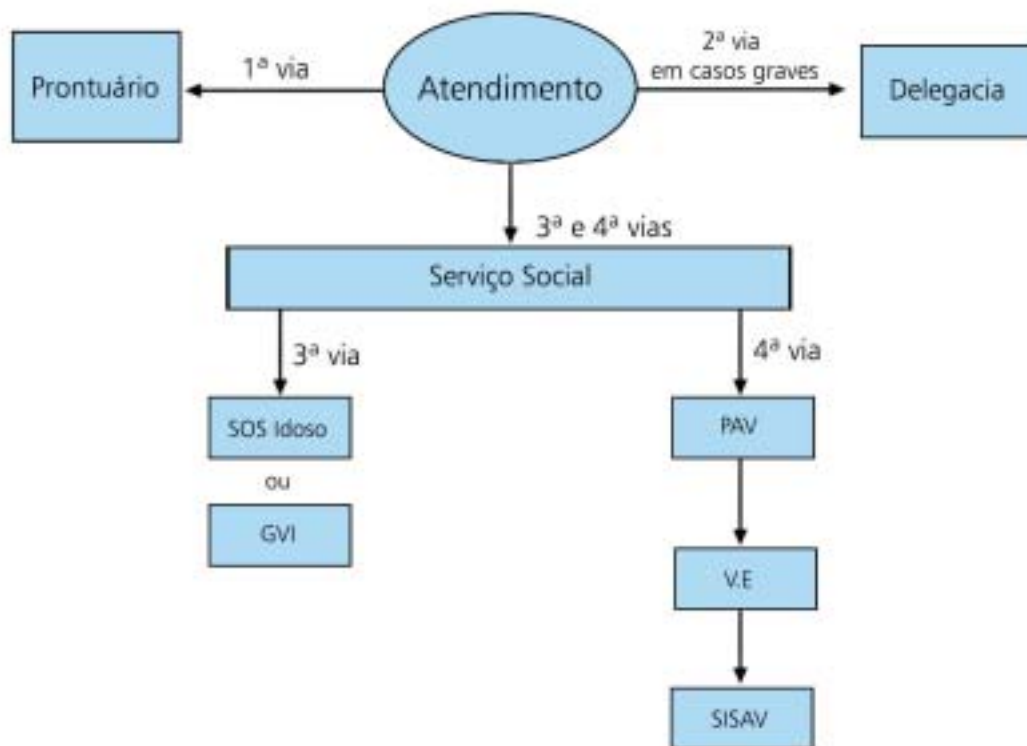
Fluxograma da Ficha de Notificação de Maus Tratos/ Violência contra Criança e Adolescente



Fluxograma da Ficha de Notificação de Violência Contra a Mulher



Fluxograma da Ficha de Notificação de Violência contra o Idoso



Pistas para identificação dos vários tipos de violência física contra crianças e adolescentes

Queimaduras



Prato quente



Cigarros



Ferro de passar



Lâmpada



Garfos



Faca



Imersão

Pistas para identificação dos vários tipos de violência física contra crianças e adolescentes

Objetos



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL	
Identificação da vítima	Nome:		Data do procedimento
	Nome da mãe:		
	Data de nascimento	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
	Cor/raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada		
	Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Amasiado <input type="checkbox"/> Ignorado		
	Escolaridade <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior		Ocupação
	Endereço		
	Região Administrativa/Cidade	UF	Local do acidente/violência/cidade
	CEP	Telefone	Telefone celular
	Gestante no momento da violência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado		
Portador de necessidades especiais <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Identificação do acidente	Acidentes de transporte: <input type="checkbox"/> Colisão de veículos <input type="checkbox"/> Atropelamento de pedestre <input type="checkbox"/> Veículo único <input type="checkbox"/> Atropelamento de ciclista Veículo envolvido: <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Outros		
	Queda <input type="checkbox"/> Da própria altura <input type="checkbox"/> Outras alturas		
	Queimaduras <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> Líquidos quentes <input type="checkbox"/> Objetos superaquecidos <input type="checkbox"/> Outro		
Identificação da violência ou suspeita de violência	Outros acidentes <input type="checkbox"/> Sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Acidentes com raios <input type="checkbox"/> Intoxicação acidental <input type="checkbox"/> Acidentes com máquinas <input type="checkbox"/> Outro (especificar)		
	Violência física <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Tentativa homicídio <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro (especificar)		
	Violência Sexual/abuso sexual <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Confirmada Atentado violento ao pudor: <input type="checkbox"/> Coito anal <input type="checkbox"/> Coito oral <input type="checkbox"/> Manipulação dos órgãos genitais <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Estupro (coito vaginal) / <input type="checkbox"/> Prostituição forçada <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Exploração sexual de crianças e adolescentes p/ fins comerciais <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos		
	Negligência Intoxicação esôfaga: <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Quedas <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Vacinação <input type="checkbox"/> Sufocação <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outro		
	Outra violência Violência psicológica: <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Discriminação <input type="checkbox"/> Rejeição <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Violência institucional <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Desnutrição por falta de recursos financeiros / violência estrutural		
Dados do agressor	Instrumento utilizado <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Instrumentos contundente <input type="checkbox"/> Outros:		
	Relação com a vítima <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro <input type="checkbox"/> Ex-companheiro <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão (ã) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro Familiar <input type="checkbox"/> Conhecido <input type="checkbox"/> Relação de trabalho <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Cuidador		
Dados da ocorrência	Fez uso de preservativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		Nº de envolvidos <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois ou mais <input type="checkbox"/> Ignorado
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Evolução do caso	Dados da ocorrência Data: _____ Horário: _____ <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Habitação coletiva <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Bar ou similar <input type="checkbox"/> Instituição pública <input type="checkbox"/> Instituição privada <input type="checkbox"/> Instituição de longa permanência <input type="checkbox"/> Outro		
	Encaminhamento <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Profilaxia DST/AIDS <input type="checkbox"/> Profilaxia de Hepatite <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Rede de apoio <input type="checkbox"/> Atenção Básica/PSF <input type="checkbox"/> Acompanhamento psicossocial <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Orientação legal/IML <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Vara da Infância e Juventude <input type="checkbox"/> Evasão/fuga <input type="checkbox"/> Comunicação de acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Casa de proteção/abrigo <input type="checkbox"/> SOS idosos/ GVI <input type="checkbox"/> Outros		
Danos ocorridos devido ou como consequência da violência <input type="checkbox"/> Traumatismo físico <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Aceleração do parto <input type="checkbox"/> Aborto ou óbito fetal <input type="checkbox"/> Debilidade permanente de membro, sentido ou função <input type="checkbox"/> Perda de membro, sentido ou função <input type="checkbox"/> Deformidade permanente <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente para o trabalho <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros			
Unidade de Saúde		Assinatura do Diretor	
Resumo do caso			

1ª via - SVS / 2ª Via - Conselho Tutelar (caso criança e adolescente) / 3ª via - Delegacia (quando necessário) / 4ª via - Postulário

Mod.100.142

Cc. 19/933

Formasr 210c297

02/2005

NNP/SUPLAN

N. Prof. Gráfica/SES

INFORMAÇÕES ÚTEIS

I. IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

- Registro da unidade - número de matrícula e/ou boletim de emergência;
- Responsável (is) legal (is) - caso não sejam os pais biológicos;
- Grau de relacionamento - Especificar se é: parente - pai, mãe, padrasto, avô, etc; amigo da família, vizinho, etc;
- Endereço, telefone e referência - identificar de onde pode ser localizada a criança / adolescente e o adulto.

II. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos de ação (físicos, psicológicos e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança / adolescente, adulto e idoso sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais. Estes maus tratos podem ocorrer isolados, embora frequentemente estejam associados.

Descrever o tipo de maus tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID 10, com os seguintes códigos:

- T 74.0 - Negligência e abandono;
- T 74.1 - Sevícias físicas (abuso físico);
- T 74.2 - Abuso sexual;
- T 74.3 - Abuso psicológico;
- T 74.8 - Outras síndromes especificadas de maus tratos;
- T 74.9 - Síndrome não especificada de maus tratos.

Para cada criança, adolescente, mulher ou idoso atendido deverá ser preenchida uma ficha.

III. INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM ATENDIMENTO A CRIANÇA, ADOLESCENTE, MULHER E IDOSO

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	FONE	HOR. ATEND.	PAPEL DA INSTITUIÇÃO
BML - Instituto de Medicina Legal	Coordenação da Polícia Especializada (Parque da Cidade)	3361-8744	24 horas	Exame de corpo de delito
Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPECA)	SAI - Suloceste, Bloco "D", lote 29 - Complexo da Polícia Civil - Prédio da CPE, Parque da Cidade	3361-1049	08:00 às 13:00 14:00 às 19:00	Aparta crimes praticados por adultos contra crianças e adolescentes
Conselho Tutelar de Brasília	Parque da Cidade, ao lado da Administração	3325-1092	Horário comercial	Zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
Conselho Tutelar de Braziliândia	AE 01 norte, lotes "KL" sala 19	3391-5809	Horário comercial	
Conselho Tutelar de Ceilândia	QNN 13, módulo "BA/E" centro cultural, sala 01 Colômbio Norte	3371-8733	Horário comercial	
Conselho Tutelar do Gama	AE "S/N", Administração Regional do Gama	3356-9677	Horário comercial	
Conselho Tutelar do Paranoá	Q. 21 área Especial 01	3369-4991	Horário comercial	
Conselho Tutelar de Planaltina	AE 06 módulo "H", sala 11, CDS	3389-5663	Horário comercial	
Conselho Tutelar de Santa Maria	CDS, QR 210, ej. "L", Ité 01	3372-1886	Horário comercial	
Conselho Tutelar de Sobradinho	Q. 06 Área Especial 03, CDS	3391-0660	Horário comercial	
Conselho Tutelar de Taguatinga	C 12, Área Especial, centro	3351-7133	Horário comercial	
Vera da Infância e da Juventude	SGAN 909, Bl. "C", lote "D/E"	3348-6600	11:00 às 19:00	Zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e aplicar medidas cabíveis no caso
SOS-Criança	Av. L2 Sul, Q 614/615, Área Especial, lote 04 - CDS	3346-1407	24 horas	Apoio e orientação para situação de ameaça ou violação dos direitos contra a criança adolescente
Conselho de Direitos da Mulher - DF	SRTVS Q. 701, Bl. "I", Ed. Palácio da Imprensa, 5º andar	3346-1407	09:00 às 12:00 14:00 às 18:00	Órgão responsável por fiscalizar, elaborar políticas e receber denúncias relativas a mulher
Delegacia de Atendimento à Mulher - DEAM	EQS 204/205, Asa Sul	3244-9566 3244-3400	24 horas	Delegacia de polícia especializada em atender e apurar crimes praticados contra a mulher
SOS - Idoso *	AV. L2 Sul, Q 614/615, Área Especial, lote 04 - CDS	3346-1407	24 horas	Apoio e orientação para situação de ameaça ou violação dos direitos contra o idoso
Gerência de Valorização do Idoso - GVI	SEPN 515 Bl. "A" Ed. Banco do Brasil	0800-6441-401	08:00 às 18:00	Informar e oferecer consulta médica gratuita aos idosos carentes, com renda até um salário mínimo
Conselho do Idoso do Distrito Federal	SEPN 515, Poço do Banco do Brasil, 2º andar, sala 208	3349-9464	08:00 às 17:00	Órgão normativo e fiscalizador dos direitos do idoso, atuando junto as instituições
Ministério Público - PRODIDE - Promotoria de Justiça de Defesa do Idoso e do Portador de Deficiência	Ed. Sede do MPDFT, Praça Municipal, 1º andar	3343-9721	13:00 às 19:00	Cuida da defesa dos direitos assegurados a idosos, relacionados com as áreas de saúde, transporte, abrigo, atendimentos nas instituições filantrópicas ou nos estabelecimentos de saúde e previdenciários
Defensoria Pública do DF - Núcleo Brasília	Bloco "B" - TJDF - 1º andar	3343-1233 3343-7470	13:00 às 19:00	Prestar assistência jurídica integral e gratuita aos necessitados

***OBS: Os casos de maus-tratos contra os idosos, devem ser notificados à Delegacia de Polícia mais próxima**

O exame de Corpo de Delito somente será realizado mediante ocorrência policial prévia.

- Em caso de dúvida, contatar a Coordenação do Programa de Prevenção para Acidentes e Violências de sua Regional, ou Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências da SES/DF (fone: 403-2326).

- A notificação dos casos **suspeitos ou confirmados** de maus tratos / abuso sexual contra crianças, adolescentes e idosos é **obrigatória** tanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente quanto pelo Estatuto do Idoso.

- A ficha deve ser enviada à direção da unidade, o mais rápido possível, ao Conselho Tutelar da área de moradia da criança/adolescente e posteriormente enviar à Vigilância Epidemiológica - SISAV - da Secretaria de Estado de Saúde.

- Recomenda-se que além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o serviço de saúde e o Conselho, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.

- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e compreendam a importância de seu adequado preenchimento.

SOS Idoso e Criança
346 1407

Disque Denúncia Contra a Exploração
e o Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes
0800 990500

Delegacia de Atendimento a Mulher – DEAM
244 9566/244 3400

Realização

Secretaria de Estado
de Saúde do DF



Apoio

Ministério
da Saúde



Convênio 3383/2001