

A Violência Contra a Criança e o Adolescente: Uma Abordagem Histórica e Clínica

The Violence Against the Children and the Adolescent: A Clinical and Historical Approach

Daniela Ramos, Fabiano Amaral, Fernanda Spinola, Gardênia Lobo, Hudson Silva, Íris Costa, Janaína Silva, Lucas Chaves, Tompson Junior, Vanda Miranda
Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia; Salvador, BA, Brasil

A violência contra crianças e adolescentes é documentada em registros remotos e persiste, atualmente, sobretudo sob a designação de maus-tratos domésticos e negligência. O objetivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre as causas, agravantes, sinais, sintomas e formas de abordagem apropriadas desta violência. Através da revisão bibliográfica de textos de referência no assunto, concluiu-se que a despeito da relevância do tema, ele não é bem explorado no currículo das escolas de Medicina, resultando em uma formação profissional inconsistente no que se refere à suspeita, identificação de casos e condutas apropriadas.

Palavras-chave: maus-tratos, crianças, adolescentes, sinais e sintomas, condutas.

The violence against minor is documented in ancient human records and persists, actually, as domestic maltreatment and neglect. The objective of this study is to find the causes, aggravations, signs and symptoms and appropriate approach. Through a bibliographic review, it was concluded that, despite the relevance of this theme, it's few explored in medical curriculum, what leads to a deficient professional formation in this subject.

Key words: maltreatment, children, teenagers, sign and symptoms, approach.

A violência se desenvolve e difunde em todos os níveis relacionais da sociedade, implicando quase sempre uma relação de poder a perpassar todas as camadas sociais⁽⁹⁾.

Estudos evidenciam que o âmbito familiar é o *locus* privilegiado da violência contra crianças, infligida quase sempre pelos pais ou responsáveis, sob a forma de violência física, sexual, psicológica, abandono intencional ou negligência⁽³⁾.

São inúmeras as dificuldades encontradas por profissionais de saúde na construção de uma abordagem padronizada, vez que os fatores determinantes são multifacetados, exigindo

investigações sistemáticas que possibilitem uma intervenção mais precisa⁽⁹⁾.

A revisão da literatura específica objetivou despertar o interesse de alunos da graduação, por um tema relevante e pouco abordado no currículo das escolas médicas.

Metodologia

Após a escolha e delimitação do tema, foram selecionados para leitura e discussão, dezesseis artigos, dentre obras de periódicos indexados pelo MEDLINE, textos de revistas e teses de mestrado. Adotou-se como critérios para a inclusão das referências a obrigatoriedade de serem os textos técnicos e especializados.

Revisão da Literatura

Panorama Histórico da Violência

O registro dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes é tão antigo quanto a própria

Recebido em 12/01/2007

Aceito em 08/07/2007

Endereço para correspondência: Dra. Vanda Miranda. Av. Reitor Miguel Calmon, s/nº, Vale da Canela. CEP: 40110-100. Salvador, Bahia, Brasil. Tel.: (55)(71) 3245-0739/8033/8562. E-mail: vandammm@hotmail.com.

Gazeta Médica da Bahia 2006;76(Suplemento 3):S98-S102.
 © 2006 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

história da humanidade. O abandono, o aborto e o infanticídio constituíam-se práticas usuais no mundo greco-romano. No período entre os séculos I a V d.C., estimulou-se o respeito pelas crianças, mas na Idade Média o abandono tornou-se novamente comum⁽¹¹⁾.

Enquanto no século XV a criança tornou-se representação da inocência e da bondade, o século XVI foi marcado por agressões. No século XX, apesar do reconhecimento do valor da infância e dos cuidados maternos na formação do ser humano, os maus-tratos continuaram existindo⁽¹⁾.

Durante o Simpósio da Academia Americana de Pediatria, em 1941, as agressões foram caracterizadas e divididas em quatro categorias:

Violência física. Atos violentos, intencionais, com uso da força física, objetivando lesar a vítima, deixando ou não marcas evidentes e não raro conduzindo à morte^(4,8).

Abandono físico ou moral. Omissão dos pais ou responsáveis em atender as necessidades básicas do menor. É considerado forma extrema de negligência^(4,6,8).

Exploração sexual. Ato praticado por indivíduo em estágio psicosssexual mais avançado do que o menor, com a intenção de estimulá-lo sexualmente ou utilizá-lo para obter satisfação sexual. Engloba ainda as situações de prostituição e pornografia^(4,8,10).

Maltrato psicológico. Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas e punições humilhantes, com conseqüentes danos ao desenvolvimento biopsicossocial do menor⁽¹⁴⁾.

Em 1959, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cujo principal objetivo era assegurar uma infância feliz, em condições de gozar dos direitos e liberdade nela enunciados. No Brasil, somente em 1990 é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente; ainda assim, os menores continuam vítimas de um sistema social discriminatório no país⁽¹⁾.

A situação da violência envolvendo crianças e adolescentes no Brasil ainda é agravada pelas estatísticas insuficientes, quase episódicas, que enfatizam a incidência do fenômeno e tratam apenas de algumas modalidades (violência física e sexual), enquanto outras continuam ocultas (violência psicológica e negligência). Portanto, a construção do perfil contemporâneo da violência doméstica contra a criança e adolescentes no país apóia-se em dados não-oficiais, relatos de caso, depoimentos e outras fontes. Ainda assim, os resultados revelam um fenômeno grave, difundido e os números, apesar das possíveis falhas, podem ajudar a encontrar estratégias de enfrentamento que sejam compatíveis com a extensão do problema.

Segundo publicações recentes da Unicef, no período decorrido entre 1996 e 2004, a negligência foi à forma de violência mais freqüentemente notificada no Brasil, seguida pela violência física, psicológica e sexual. Isso pode demonstrar a tese defendida por alguns historiadores brasileiros de que há uma “cultura do abandono” no país⁽¹³⁾.

Sinais e Sintomas de Maus-tratos

A suspeita de maus-tratos surge no momento da anamnese ou no exame físico; na maioria das vezes não há evidências físicas, o que faz a anamnese imprescindível para o diagnóstico. Muitos sinais e sintomas são inespecíficos, podendo estar presentes em outros tipos de violência ou até em outras patologias, fazendo-se necessário serem os dados contextualizados⁽¹²⁾. Nos casos de maus-tratos psicológicos, o qual não é específico, podemos encontrar: distúrbios do crescimento e desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional, social, tendências suicidas, dentre outros^(2, 7, 12).

Deve-se considerar ainda a existência das síndromes de “Munchausen por procuração”, tipo de abuso em que o responsável, geralmente a mãe, simula a doença⁽⁷⁾; do Bebê sacudido, resultado de sacudidas violentas da criança, com indução de hemorragia intracraniana e intra-ocular, sem sinais externos de trauma^(2,7); e da “Orelha Lata”, síndrome rara,

caracterizada por uma tríade clínica: equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral, com obliteração das cisternas basais e retinopatia hemorrágica⁽⁷⁾.

Anamnese

A criança geralmente apresenta-se agitada, agressiva, podendo demonstrar medo ou apreensão a um adulto ou mostrar-se retraída, com baixo rendimento escolar, distúrbios do apetite e evitando contato social. A criança cronicamente agredida pode fugir do lar, tornar-se delinqüente até tentar suicídio⁽²⁾. História incompatível com as lesões ou com o estágio de desenvolvimento da criança, supostos e repetitivos acidentes, atraso na procura de assistência médica são situações sugestivas de maus-tratos^(7,12).

O médico deve estabelecer uma relação de com a família, mantendo uma atitude isenta de acusação ou censura, mesmo quando o acompanhante seja o suspeito agressor⁽¹²⁾.

Exame Físico

Pele e mucosas são as regiões onde mais freqüente se encontram os sinais de maus-tratos tais como hiperemia, escoriações, equimoses, hematomas e queimaduras de terceiro grau. Queimaduras em “meia luva” em nádegas e ou genitália e em forma de anel são sugestivas de lesões provocadas. Pode-se também identificar a impressão do instrumento na pele. Os locais mais freqüentes são: nádegas, região lombar, genitália, região interna das coxas, bochechas (bofetadas), lábio superior e frênulo da língua (alimentação à força)^(2,7,12).

Esqueleto. Fraturas múltiplas em diferentes estágios de consolidação em ossos longos, e fraturas de costelas, escápulas ou esterno são suspeitas^(2,12).

Sistema nervoso. As alterações de consciência e as convulsões são mais freqüentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período⁽¹²⁾. O traumatismo cranioencefálico pode ser resultante de fraturas, de hematomas subdural, subaracnoidiano ou de hemorragias retinianas^(7,12).

Tórax e abdômen. Apesar de pouco freqüente, pode haver contusão pulmonar, pneumotórax ou hemotórax, hematomas intramural e retroperitoneal, lesões em órgãos sólidos, pneumoperitônio ou obstrução intestinal⁽¹²⁾.

Exames Complementares

A avaliação das enzimas hepáticas e amilase pancreática são importantes para verificar traumatismo abdominal. Já o coagulograma completo é necessário para o diagnóstico diferencial com coagulopatias. Devem-se realizar radiografias, como também a tomografia computadorizada e ressonância magnética na avaliação de lesões intracranianas^(7,12).

Condutas do Profissional de Saúde diante de Maus-Tratos

Os maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes são, entre as formas de expressão de violência, as mais freqüentes e mais passíveis de prevenção pelo setor saúde. No entanto, o atendimento às vítimas de maus-tratos encontra-se pouco estruturado no país, sendo insuficiente em relação à demanda⁽¹²⁾.

A fim de contribuir para a adequação e a universalização desse atendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu, em outubro de 1998, a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a observância dos preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo os profissionais da saúde obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes; responsabilidade intransferível que poderá ser cobrada legalmente⁽¹²⁾.

Gonçalves e Ferreira (s/d) observaram que um dos obstáculos à identificação e notificação dos maus-tratos relaciona-se à falta de informações básicas que os profissionais dispõem para realizar um diagnóstico diferencial, ressaltando que tal questão não é contemplada na maioria dos currículos de graduação⁽¹²⁾. Sendo assim, os profissionais de saúde

frequentemente deparam-se com difíceis questões, tais como: temos o direito de interferir quando o problema da violência não é trazido espontaneamente como queixa? Devemos interferir quando a própria criança não sente o abuso como problema? A partir de que patamar de violência precisamos interferir? Que tipo de intervenção deve ocorrer? Até onde deve ir nossa interferência?^(5,6).

É eticamente aconselhável que o médico converse com a família. Geralmente, o agressor é alguém muito próximo da criança ou do adolescente (mãe, pai, padrasto, entre outros familiares). A orientação educativa é fundamental nessas situações, evitando julgamentos e atribuições de culpa visto que o agressor possivelmente também precisará ser alvo de atenção e ajuda (o que não quer dizer que se aceite a situação)⁽¹²⁾.

Os profissionais de saúde devem tomar as medidas clínicas emergenciais cabíveis (fazer suturas ou administrar medicamentos para dor), mesmo que isto implique em atraso de outros procedimentos. É importante avaliar o risco imediato de reincidência, algumas vezes cabe indicar internação, especialmente se há risco de vida pela revelação⁽¹²⁾.

Caso não haja Conselho Tutelar no local onde reside a criança ou o adolescente, as notificações devem ser encaminhadas ao Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente⁽¹²⁾.

Conclusão

Sendo a criança um ser em formação, os maus-tratos configuram-se como ações ou omissões que influenciam esse processo trazendo conseqüências adversas. Os efeitos da violência sobre a criança dependem de diversas variáveis, como o tipo de agressão sofrida, a severidade, a cronicidade dos episódios, o estágio de desenvolvimento da criança, dentre outras, sendo evidente a complexidade do tema⁽¹¹⁾.

Não se trata de um diagnóstico fácil, suas dificuldades estão presentes na diferenciação dos sinais, na forma como estão entrelaçados e no ciclo

em que são causados. Outro fato a ser ressaltado é que diante dos maus-tratos o setor saúde, freqüentemente se restringe ao tratamento médico dos traumas físicos e lesões. As escolas médicas do Brasil, por sua vez, em geral não priorizam em seus currículos uma abordagem aprofundada sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes, favorecendo o pouco interesse dos alunos sobre o tema e o escasso conhecimento dos futuros profissionais.

A conseqüente formação inadequada do profissional médico dificulta o reconhecimento de casos e as condutas diante de maus-tratos, favorecendo uma postura insegura face à possibilidade de violência ao menor. Recomenda-se, portanto, discussões sobre o tema ao longo do curso médico, e fora das academias, nas instituições de classe, de modo a permitir a busca de atualizações constantes e padronização de condutas que viabilizem uma postura coerente e segura dos profissionais, diante de possíveis casos.

Referências Bibliográficas

1. Aragão JS, Freitas JO, Grisi AP, Camargo CL. Violência contra crianças e adolescentes – uma abordagem histórica. *Revista Baiana de Pediatria* 1: 26-33, 2004.
2. Carvalho CN, Miranda VM, Fontoura MS, Fonseca SF, Acosta AX. *Manual de Condutas Médicas*, 2005.
3. Deslandes SF. Care of Children and Adolescents Suffering Domestic Violence: Analysis of a Service. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 10: 177-187 1994.
4. Deslandes SF, Silva KH. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2000.
5. Formosinho JO, Araújo SB. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e pesquisa* 28: 87-103, 2002.
6. Gonçalves, HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 33: 547-53, 1999.
7. Marmo DB et al. A violência doméstica contra a criança. *Temas de Pediatria Nestlé*, n. 68, p.5-32, 1999.
8. Minayo MCS, Assis SG. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde - um passo a mais na cidadania em saúde. *Normas e Manuais Técnicos/ Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde Série A*. n. 167 Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.

9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Prevenção à Violência e Causas Externas. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1-240, 2002.
10. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev.latino-am. Enfermagem 8: 22-29, 2000.
11. Sei MB. Desenvolvimento emocional e os maus-tratos infantis: uma perspectiva winnicottiana [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria/Fiocruz/ Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Justiça, s/d: 40p, 2001.
13. Unicef. Direitos negados. A violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Brasília, Unicef: 2005.
14. Zapata-Villa, A.Z. La enfermera frente al niño maltratado. Invest Educ Enferm, 5: 27-36, 1987.