

Violência Familiar

ANA FERRÃO*

A Definição Europeia de Medicina Familiar, elaborada em 2002 pela WONCA EUROPA e publicada com o apoio da OMS¹ enuncia quer os princípios académicos e filosóficos que caracterizam a disciplina de Medicina Geral e Familiar, quer os princípios que norteiam na prática a actividade do Médico de Família.

De acordo com esta definição, a Disciplina de Medicina Geral e Familiar caracteriza-se, entre outros aspectos, por ser o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde (proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão), utilizar eficientemente os recursos de saúde assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário, desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade, ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas e lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Partindo das características centrais que fundamentam a especialidade de Medicina Geral e Familiar foram definidas as capacidades que todos os médicos de família devem dominar, independentemente do contexto da sua prática, e que se podem agrupar em seis competências nucleares, das quais destacamos duas: **cuidados centrados na pessoa** (capacidade de adoptar uma

abordagem centrada na pessoa e nos seus problemas, prestando cuidados longitudinais, continuados, conforme as necessidades do paciente) e **abordagem abrangente** (abordagem tanto de problemas agudos como crónicos e utilização adequada de estratégias de promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença).

O porquê de falar dos fundamentos da Medicina Geral e Familiar e das competências dos Médicos de Família na actualidade, num editorial de um dossier temático sobre violência familiar, prende-se com a necessidade de reflectirmos em conjunto acerca do papel que o Médico de Família tem desempenhado e deve desempenhar, em parceria com outros profissionais, na prevenção, diagnóstico e acompanhamento de casos de violência na família.

Os maus tratos a crianças são uma das vertentes mais conhecidas da violência familiar.

Actualmente são reconhecidas quatro categorias de maus tratos a crianças: abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso sexual.

Das diferentes formas de maus tratos a mais mediática é, sem dúvida, o abuso sexual. Embora a pedofilia ocupe, actualmente, um espaço importante nos órgãos de comunicação social escrita e falada, há uma realidade menos conhecida, mas não menos grave, o abuso sexual de menores por adultos que podem ou não ser pedófilos, no seio da própria família. Assim, de acordo com o relatório «Famílias e maus tratos às crianças em Portugal» realizado em 1999 pelo Instituto de Ciências Sociais sob a égide da Assembleia da República², em cerca de dois terços das situações descritas os agressores são os responsáveis pelas crianças, na maioria das vezes os seus pais biológicos.

*Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar

Por outro lado, dados extraídos dos relatórios referentes aos anos de 1998 e 1999 das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco³ indicam que foram sinalizados 3.599 casos, dos quais 65,85% eram de negligência e abandono, 28,75% de maus tratos físicos e psicológicos e 5,5% de abuso sexual.

Em Inglaterra, num estudo recente realizado pela «*National Society for the Prevention of Cruelty to Children*»⁴, de um total de 2.869 adultos inquiridos, com idades entre 18 e 24 anos, 7% referiram ter sofrido abuso físico grave na infância, 6% sofreram algum tipo de negligência e 1% foram sexualmente abusados por um dos progenitores, aumentando este número para 3% se se considerarem outros familiares próximos, como avós, tios ou irmãos.

Devemos ter presente que **os maus tratos podem ter uma evolução fatal**. Das 122 situações descritas no relatório «Famílias e maus tratos às crianças em Portugal» treze culminaram na morte da criança. Em Inglaterra, morrem cerca de 50 crianças por ano em consequência de maus tratos⁵, sabendo-se que este número é subdimensionado devido a notificação nem sempre correcta das causas de morte. Destas crianças, por cada criança morta por um estranho, dez são mortas pelos pais ou cuidadores.

Actualmente a interacção entre violência doméstica e maus tratos a crianças começa a ser conhecida e alguns investigadores consideram que os maus tratos a crianças fazem parte de um espectro que inclui a violência conjugal e os maus tratos a idosos.

Estudos internacionais apontam para uma taxa de 20% a 50 % de mulheres agredidas física ou sexualmente pelos seus parceiros em qualquer fase da sua vida, o que está em consonância com um dos poucos estudos realizados em Portugal sobre violência sobre as mulheres⁶ e que abrangeu uma

amostra de 1.000 mulheres de mais de dezoito anos.

As estatísticas da APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) para o ano 2001, além de retratarem esta realidade (51,3% de casos de violência conjugal) referem que 1,6% dos casos de violência dizem respeito a idosos⁷, uma percentagem inferior à do ano anterior em que havia 4,5% de casos de violência contra idosos.

Em Portugal foram criadas em 1991 as Comissões de Protecção de Menores (CPM).

Em 1999 foi redigida a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2001) que substituiu as CPM pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR).

Os relatórios anuais destas Comissões, que cobrem geograficamente quase todo o país, têm mostrado que a percentagem de casos sinalizados pelos médicos de família é muito pouco significativa, relativamente a outras entidades, como escolas, hospitais, creches, vizinhos, familiares, etc.

Em relação às estatísticas da APAV em 2001, dos 4.028 casos identificados apenas sete (0,6%) resultaram de um encaminhamento feito por instituições de saúde. No entanto, em cerca de 70% das situações a vitimação era continuada, com uma duração superior a dois anos em 26% delas, e sendo o local do crime, em mais de metade dos casos, a residência da vítima.

Em Inglaterra o maior estudo realizado sobre maus tratos⁸ mostrou que os Médicos de Família estavam pouco envolvidos na identificação inicial dos casos, sendo responsáveis por menos de 1% das sinalizações.

Um outro estudo transversal, realizado em Londres, para identificação da violência doméstica em cuidados primários, em que participaram 1.207 mulheres com mais de dezoito anos atendidas em consultas de Medicina

Geral e Familiar, mostrou que 41% delas foram vítimas de violência física por parte do parceiro em algum momento das suas vidas, e que 17% tinham sido afectadas por esse problema no último ano. No entanto, a consulta dos registos médicos dessas mulheres revelou que só em 17% dos casos o problema da violência física fora identificado pelo Médico de Família.

No entanto, e regressando às competências da Medicina Familiar, tal como as entendemos hoje, os Médicos de Família através do seu contacto continuado com crianças e famílias (bem como com os casais e com os idosos num fluir continuado através do Ciclo de Vida), estão em posição privilegiada para não só identificar as situações de maus tratos, como para intervir preventivamente reconhecendo as situações de risco, identificando as crianças que necessitam de protecção ou as famílias em que a capacidade parental está comprometida por problemas como a depressão ou outras doenças mentais, o consumo de drogas, a pobreza extrema e outras situações de disfuncionalidade familiar.

Por outro lado, se o abuso físico e sexual nas suas formas mais graves é habitualmente observado nos serviços de urgência hospitalares, dada a natureza das lesões, o abuso emocional, de diagnóstico mais difícil, e a negligência nas suas diferentes vertentes, são mais facilmente identificáveis pelos profissionais dos cuidados de saúde primários, em particular pelos Médicos de Família, na sua **prática longitudinal e continuada**.

Esta atitude, numa **abordagem integrada e centrada na pessoa**, possibilitaria que o bem-estar e protecção das vítimas de violência estivessem acima de tudo e, numa **actuação abrangente**, levaria a uma mudança de foco das situações de abuso para a identificação precoce das famílias vulneráveis. O médico de família, como elemento inte-

grando um sistema complexo responsável pelo bem-estar e protecção dos mais vulneráveis, poderá então desempenhar cabalmente o seu papel numa rede que, de forma transdisciplinar, garanta as necessidades de desenvolvimento da criança, a capacidade parental dos pais ou outros cuidadores, e a responsabilização da família alargada e comunidade envolvente.

Em Inglaterra foram estudadas as causas que levam os Médicos de Família a não assumirem plenamente o seu papel na abordagem dos maus tratos⁸; presumo que em Portugal não serão muito diferentes, embora não conheça nenhum estudo nesse âmbito.

Os Médicos de Família ingleses sentem ansiedade ao lidar com estes problemas, preocupam-se com as consequências legais do processo, receiam quebrar a confidencialidade e sentem incómodo ao lidar com a incerteza muitas vezes existente nesta área, em que nem sempre se pode fazer um diagnóstico exacto, e que pode também despertar emoções profundas de sofrimento e angústia ao profissional de saúde. Torna-se mais simples não ver o problema. Apesar de tudo a causa talvez mais importante, também referida, é a falta de treino e formação nesta área.

Sabendo-se que em Portugal a maioria das crianças são acompanhadas pelos seus médicos de família e por outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, que os maus tratos infantis, a violência doméstica e a violência sobre idosos são, muitas vezes, fenómenos co-existent, e que cada profissional tem a obrigação legal de denunciar as situações de maus tratos (**artigo 242º do Código do Processo Penal – «a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários públicos, quanto a crimes que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas»**) obrigação esta que

é alargada a todos nós como cidadãos através do artigo 66º da lei 147/99 de 1 de Setembro, pareceu-nos pertinente contribuir através deste dossier temático para a sensibilização de todos nós para o problema da violência na família nas suas várias vertentes.

Para abordar cada uma delas convidámos colegas que, pelas escolhas do seu percurso profissional, adquiriram mais experiência e conhecimento nestas áreas e se disponibilizaram para a partilhar connosco. Para complementar o trabalho que cada um deles desenvolveu anexamos a este editorial algumas referências bibliográficas e *web sites* onde poderemos aprofundar os nossos conhecimentos e uma lista de contactos úteis para nós ou para as famílias com quem trabalhamos.

Na Definição Europeia da Medicina Geral e Familiar¹ os Médicos de Família reconhecem ter **uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade**.

A sua opção profissional por uma especialidade com muitas áreas em que há um elevado nível de incerteza, como referiu McWhinney⁹, leva-os a funcionar ao mais alto nível de complexidade. Assim, deverão exercer as suas competências interrelacionando-as com os diferentes sistemas em jogo: o contexto da pessoa, da família, da cultura e da comunidade, os seus valores e ética profissional, a aprendizagem e o desenvolvimento profissional contínuo.

Termino com uma citação¹⁰

«The stakes are high. It is not just the health and well being of children as they grow up into adults but more than this, the future of the society which the children will construct out of their childhood experiences».

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen J, Gay B, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P. A Definição Europeia de Medicina

Geral e Familiar: Wonca Europa / OMS Europa, 2002. APMCG: Lisboa; 2003.

2. Almeida AN, André IM, Almeida HN. Famílias e maus tratos às crianças em Portugal. Relatório final. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 1999.

3. Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Avaliação de actividades das Comissões de Protecção de Menores em 1999. Lisboa: IDS; 2000.

4. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moory S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324:1-6.

5. Browne K D, Lynch M. The nature and extent of child homicide and fatal abuse. *Child Abuse Rev* 1995; 4: 308-16.

6. Lourenço N, Lisboa M, Pais E. Violência contra as mulheres. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher; 1997.

7. URL: <http://www.apav.pt> (consultado em 8 de Abril de 2003).

8. Carter YH, Bannon MJ. The Role of Primary Care in the Protection of Children from Abuse and Neglect: A Position Paper for The Royal College of General Practitioners. London: Royal College of General Practitioners; 2002.

9. McWhinney IR, The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46:433-6.

10. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne J, Hanks H. Child Abuse and Neglect: A Clinician's Handbook. 2ª edição. Oxford: Churchill Livingstone; 1999.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Meadow R (Ed.). ABC of Child Abuse. 2ª ed. London: BMJ Publishing Group; 1996.

Associação para o Planeamento da Família. Abusos Sexuais em Crianças e Adolescentes. Contributos do 1º Seminário Nacional. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família; 1997.

Heath I. Domestic Violence: the general practitioners' role. London: Royal College of General Practitioners; 1998.

Hobbs CJ, Hanks H, Wynne J, Hanks H. Child Abuse and Neglect: A Clinician's Handbook. 2ª edição. Oxford: Churchill Livingstone; 1999.

Royal College of Physicians of London. Physical signs of sexual abuse in children. 2ª edição. London: Royal College of Physicians of London; 1997.

Magalhães T. Maus Tratos em Crianças e Jovens. Coimbra: Quarteto Editora; 2002.

Carvalho PT, Ferreira T. Histórias de Desencantar. Os afectos da Inquietude. Âncora Editora: Lisboa; 2002.

Costa ME, Duarte C. Violência Familiar. Porto: Ambar; 2000.

National Center on Elder Abuse. Developing Training Programs on Elder Abuse Prevention for In-home Helpers. Issues and Guidelines. NCEA: Washington; 2002.

CONTACTOS ÚTEIS:

Número Nacional de Emergência Social.....114
 Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)707 20 00 77
 Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco21 318 49 00
 Linha do Cidadão Idoso800 20 35 31
 Linha SOS Criança – Instituto de Apoio à Criança21 793 16 17
 Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica800 20 21 48

WEB SITES:

- www.apav.pt
(site português de apoio à vítima)
- www.sicic.org
(site para profissionais de saúde sobre violência conjugal)
- www.napcan.org
(site com informação sobre maus tratos a crianças e violência doméstica)
- <http://www.aifs.org.au/nch/bib/menu.html>
(bibliografia sobre maus tratos a crianças)
- www.elderabusecenter.org
(site com informação sobre maus tratos a idosos)
- www.mincava.umn.edu
(site com informação violência nas suas várias vertentes)