

João Ricardo Mendes Malheiro

Aspetos Clínicos da Violência Doméstica: o Papel do Médico Dentista

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

João Ricardo Mendes Malheiro

Aspetos Clínicos da Violência Doméstica: o Papel do Médico Dentista

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

João Ricardo Mendes Malheiro

Aspetos Clínicos da Violência Doméstica: o Papel do Médico Dentista

Orientadora: Dr.^a Inês Guimarães

Assinatura do Aluno:

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre em Medicina
Dentária

RESUMO

A violência doméstica define-se como aquela que ocorre em contexto familiar, seja entre os elementos de uma mesma família, seja entre aqueles que partilham a mesma habitação. Exige uma resposta multidisciplinar no que se refere ao atendimento, ao acompanhamento, à orientação, à reinserção social e à estabilização em situação de crise das vítimas. Isto exige do Médico Dentista não só a sua responsabilidade pelo cuidado da saúde pública, como a sua responsabilidade social perante situações que identifica de abuso e violência.

O objetivo deste trabalho consistiu em salientar o contributo do Médico Dentista na deteção, no diagnóstico e na sinalização de situações de violência doméstica, sistematizando os fatores de risco e os indicadores. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, onde se delimitou o intervalo de tempo a artigos, a teses de Mestrado e a outra bibliografia da especialidade publicados entre 2001 e 2015.

Após se proceder a uma breve revisão sobre o conceito “violência doméstica” e identificar os seus indicadores clínicos e as lesões nas vítimas, este trabalho concentra-se na dinâmica estabelecida entre a violência doméstica e os aspetos clínicos com interesse na Medicina Dentária, particularmente nos indicadores clínicos da violência sobre crianças, jovens, homens, mulheres e idosos.

Foi possível verificar que os Médicos Dentistas desempenham um papel essencial na identificação dos sinais de violência doméstica, uma vez que as principais lesões se localizam na região da cabeça e da face, sendo as escoriações e equimoses as lesões mais frequentes.

Palavras-Chave: Indicadores de Violência, Intervenção Clínica, Lesões Faciais, Mau Trato, Saúde Oral, Violência Doméstica.

ABSTRACT

Domestic violence is defined as the one that occurs in the family context, among the elements of the same family or among those who share the same home, and requires a multidisciplinary response in regard to monitoring, guidance, social reintegration and stabilization of victims in crisis. This requires not only the dentist responsibility for the care of public health as well as his social responsibility in situations that he identifies as abuse and domestic violence.

The aim of this study was to highlight the contribution of the dentist in the detection and diagnosis of domestic violence, systematizing the risk factors and indicators. In order to achieve this goal, the research of the literature was based on articles, thesis and other published between 2001 and 2015.

After a brief review of the concept of "domestic violence" and identifying the clinical indicators and injuries on the victims, this work focuses on the dynamics established between domestic violence and the clinical aspects of interest in dentistry, particularly in clinical indicators of violence on children, young men and women and the elderly.

It was possible to verify that dentists play an essential role in identifying the signs of domestic violence because the main lesions are located on the head and face with frequent bruises and injuries.

Keywords: Clinical Intervention, Domestic Violence, Facial Injuries, Maltreatment, Oral Health, Signs of Violence.

DEDICATÓRIAS

Aos meus PAIS, IRENE e AURÉLIO MALHEIRO, pelo apoio e amor incondicional,

À minha esposa, LÍGIA, pela paciência e apoio sem reservas,

Ao JOÃO, meu afilhado,

À minha irmã, TÂNIA, pelo incentivo na concretização desta nova fase,

À DOUTORA INÊS GUIMARÃES, a quem agradeço, profundamente, todo o apoio e atenção prestados e a sua notável competência, simpatia e amizade,

Aos meus COLEGAS DE CURSO, agora amigos, pelas gargalhadas e espírito de camaradagem,

Contudo, nada seria possível sem o CORPO DOCENTE E FUNCIONÁRIOS DA FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA,

OBRIGADO!

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	1
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Materiais e métodos	3
2. A violência doméstica	3
2.1 O conceito de “violência”	3
2.2 O conceito de “violência doméstica”	7
2.3 A violência doméstica em números	9
3. Aspectos clínicos da violência doméstica	10
3.1 Indicadores clínicos de violência doméstica	11
3.1.1 Indicadores de violência nas crianças e nos jovens	12
3.1.1.1 Indicadores de negligência	12
3.1.1.2 Indicadores de mau trato físico	14
3.1.1.3 Indicadores de abuso sexual	17
3.1.1.4 Indicadores de mau trato psicológico/emocional	19
3.1.1.5 Indicadores da Síndrome de <i>Munchausen</i> por Procuração	20
3.1.2 Indicadores de violência nos idosos	22
3.1.3 Indicadores de violência conjugal	27
3.2 Lesões nas vítimas de violência doméstica	28
3.2.1 Lesões com interesse na área de observação e intervenção da Medicina Dentária em situações de violência doméstica – Estudos de prevalência	30
3.3 O papel do Médico Dentista face a situações de violência doméstica	40
3.3.1 Motivos de não denúncia dos maus tratos pelos profissionais de saúde	42
3.3.2 Como atuar perante a violência doméstica	44
3.3.2.1 Rastreio	45
3.3.2.2 Detecção/Avaliação	46
3.3.2.3 Hipótese de diagnóstico	46
3.3.2.4 Registo	47
3.3.2.5 Atuação/Sinalização	48
III. CONCLUSÃO	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma geral de atuação em violência interpessoal.....	45
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Exemplos respeitantes à natureza dos diferentes atos da violência interpessoal	6
Tabela 2 – Manifestações orofaciais resultantes do abuso físico infantil	38
Tabela 3 – Tipo de lesões orofaciais resultantes do abuso físico infantil	38

SIGLAS E ABREVIATURAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

DGS – Direção Geral da Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

I. INTRODUÇÃO

A violência doméstica define-se como aquela que ocorre em contexto familiar, seja entre os elementos de uma mesma família, seja entre aqueles que partilham a mesma habitação. Além de constituir uma realidade de delicada abordagem, é um problema social muito difícil de resolver pela sua complexidade, sendo crianças, jovens, homens, mulheres e idosos, vítimas de diferentes tipos de violência (emocional, social, física, sexual, financeira e, inclusive, perseguição).

A violência doméstica é um problema que diz respeito a todos e exige a colaboração transversal entre os vários organismos públicos e a sociedade civil através de planos de intervenção multidisciplinar no que se refere ao atendimento, ao acompanhamento, à orientação, à reinserção social e à estabilização em situação de crise das vítimas.

Neste contexto, o presente trabalho pretendeu salientar o contributo do Médico Dentista na deteção, no diagnóstico e na sinalização de situações de violência doméstica, sistematizando os fatores de risco e os indicadores. Assim sendo, o Médico Dentista não se concentra apenas no seu papel de servir e proteger a saúde oral.

Embora o seu exercício profissional corresponda à garantia deste bem fundamental para a sociedade, não menos se reconhece a sua obrigação ética, moral e legal no que diz respeito ao reconhecimento e à denúncia de situações de violência doméstica. Isto exige uma formação adequada por forma a desenvolver competências nesta problemática, e assim reconhecer as vítimas e assegurar o seu direito a uma vida saudável e ao bem-estar físico, psicológico e social.

Considerando que as lesões decorrentes de maus tratos ocorridas se localizam, na sua grande maioria, a nível da região da cabeça, da face e do pescoço, o Médico Dentista é um profissional de saúde que se encontra numa posição privilegiada no que concerne à identificação de vítimas de violência doméstica. Assim sendo, pretendemos ser este o tema para a monografia, na medida em que consideramos ser da consciência moral e humanitária e um dos deveres fundamentais do Médico Dentista assumir um papel ativo na erradicação das situações de abuso e de desrespeito pela dignidade humana.

Na nossa opinião, esta é uma problemática bastante atual e com relevo na nossa formação acadêmica. Por conseguinte, este trabalho e a investigação bibliográfica realizada permitiram reunir conhecimentos, experiências e orientações importantes para a nossa prática profissional, pois acreditamos que a suspeita de maus tratos deve fazer parte dos exames clínicos, entre os quais não devem ser descurados os dos Médicos Dentistas.

Neste trabalho começamos por realizar uma breve abordagem ao conceito “violência doméstica” e apresentar os seus indicadores clínicos e as lesões nas vítimas. Isto permitiu compreender a dinâmica estabelecida entre a violência doméstica e os aspetos clínicos com interesse na medicina dentária, concentrando-nos nos indicadores clínicos da violência perpetrada nas crianças e nos jovens, nos idosos e nos cônjuges.

Relativamente às lesões nas vítimas de violência doméstica, são abordadas, através da referência a vários estudos realizados, as com interesse na área de observação e intervenção da medicina dentária. Realizado este trabalho, passa-se para o papel do Médico Dentista face a situações de violência doméstica. Aqui abordam-se os obstáculos à deteção e notificação de situações suspeitas de maus tratos e como atuar perante estes casos. Neste sentido, recorre-se ao fluxograma geral de atuação em violência interpessoal proposto pela Direção-Geral de Saúde (DGS) com vista à uniformização dos procedimentos para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de violência.

Foi possível constatar que os Médicos Dentistas desempenham um papel essencial na identificação de sinais de violência doméstica, uma vez que as principais lesões que resultam destes casos são orofaciais, sendo as escoriações e equimoses as lesões mais frequentes. As lesões na cavidade oral também estão presentes nas vítimas, sendo os tecidos moles os mais atingidos.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Materiais e métodos

Para a concretização desta revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa da literatura científica específica sobre a temática em estudo, recorrendo aos motores de busca PubMed, Scielo, B-on, Google académico e às plataformas digitais da Universidade Fernando Pessoa e Universidade do Porto, bem como, livros e publicações científicas.

Foram usadas como estratégia de busca, a combinação das seguintes palavras-chave: “Clinical Intervention”, “Domestic Violence”, “Facial Injuries”, “Maltreatment”, “Oral Health”, “Signs of Violence”.

Como critérios de inclusão, foram definidos: artigos, teses de Mestrado e outra bibliografia da especialidade, com carácter científico, publicados entre 2001 e 2015, em versão completa e escritos em Português, Inglês e Espanhol.

Desta forma, após realização da pesquisa dos diversos trabalhos publicados, foram seleccionadas 76 obras relacionadas com a temática.

2. A violência doméstica

Para que se possa compreender toda a dinâmica estabelecida entre a violência doméstica e os aspetos clínicos com interesse na Medicina Dentária, é importante realizar uma breve revisão sobre o conceito “violência” e identificar os indicadores clínicos de violência doméstica e as lesões nas vítimas, nomeadamente as com interesse na área de observação e intervenção da Medicina Dentária.

2.1 O Conceito “violência”

O conceito “violência” assumiu, ao longo dos tempos e da evolução das sociedades, um carácter dinâmico e não consensual, tendo vindo a ser abordado e classificado de forma diferente pelas diversas áreas científicas e organizações (Direção-Geral de Saúde, 2014).

Apenas a partir da década de 70, a problemática da violência começou a ser desenvolvida pelas Ciências Sociais e Humanas e, desde então, tem-se tornado numa das temáticas mais debatidas e presentes nos meios de comunicação, em ambiente académico e nos diálogos mais informais (Casimiro, 2008).

Segundo O'Brien (*cit. in* Casimiro 2008, p.581),

Antes de 1970 dificilmente se encontram trabalhos científicos dedicados a este assunto. O'Brien refere que numa pesquisa efetuada no *Journal of Marriage and the Family* entre os anos de 1939 e de 1970 foi incapaz de encontrar um único artigo que incluísse a palavra "violência".

O termo "violência" deriva do latim *violentia*, que tem como significado "violência e força", bem como usar a força sobre alguém contra sua vontade (Oliveira e Martins, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (*cit. in* Krug *et al.* 2002, p. 5), acerca do significado daquilo que se considera ser violência, defende que esta representa:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação.

Segundo Schraiber *et al.* (2006), a violência é mundialmente considerada a "violação de direitos", embora assuma expressões variadas em diferentes contextos. Lourenço e Carvalho (2001, p. 98) referem ainda que constitui "uma transgressão aos sistemas de normas e de valores que se reportam em cada momento, social e historicamente definido, à integridade da pessoa". Para Correia (2013), a violência pode ser definida como um comportamento que causa dano a outra pessoa, ser vivo ou objeto ou, por outro lado, como qualquer ato, omissão ou conduta que serve para causar dor física, sexual ou mental, direta ou indiretamente, por meio de enganos, ameaças, coação ou qualquer outro meio. Ainda segundo a mesma autora, tal como a maioria dos conceitos ou definições, esta pode ser passível de discussão, dependendo, por exemplo, da cultura em que o indivíduo está inserido.

Lisboa *et al.* (*cit. in* Direção-Geral de Saúde, 2014) afirmam que um ato violento pode ser compreendido de diversas formas, uma vez que este é percebido, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do agressor ou da sociedade. Quanto à tipologia da violência, segundo a Organização Mundial da Saúde (*cit. in* Dahlberg e Krug,

2007), esta pode ser dividida em três categorias, que vão de encontro às características de quem pratica o ato violento:

- autoinfligida, subdividida em comportamento suicida que inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e agressão autoinfligida que inclui atos como a automutilação;
- violência interpessoal, dividida em duas subcategorias: violência de família e de parceiros íntimos, ou seja, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, ocorrendo, usualmente, nos lares, e incluindo formas de violência, tais como o abuso infantil, a violência entre parceiros íntimos e os maus tratos de idosos; violência na comunidade, ou seja, violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecer, ocorrendo geralmente fora dos lares e incluindo a violência da juventude, atos variados de violência, violação ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos;
- violência coletiva, subdividida em três subcategorias: violência social, que inclui, por exemplo, crimes carregados de ódio praticados por grupos organizados, atos terroristas, entre outros; violência política, que inclui a guerra e os conflitos violentos com eles relacionados, violência do Estado e atos semelhantes praticados por grandes grupos; violência económica, que inclui ataques de grandes grupos motivados pelo lucro económico, tais como ataques realizados com o propósito de desintegrar a atividade económica, impedindo o acesso aos serviços essenciais ou criando divisão e fragmentação económica).

Relativamente à natureza dos atos violentos, estes podem ser classificados em físicos, sexuais, psicológicos e relacionados com a privação ou o abandono. Estes quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e subcategorias acima descritas, com exceção da violência autoinfligida (Dahlberg e Krug, 2007). Uma vez que focamos a violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, de seguida são especificados alguns exemplos respeitantes à natureza dos diferentes atos violentos (Tabela 1).

Violência Física	Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou homicídio da vítima.
Violência Psicológica	Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta. Muitas investigações têm demonstrado que a violência física e a violência sexual são, frequentemente, precedidas (e acompanhadas) de violência psicológica. Este tipo de vitimização apresenta índices muito elevados e alguns estudos documentam que a violência psicológica pode ser tão gravosa quanto a violência física ou causar dano mais significativo e persistente.
Violência Sexual	Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, muitas vezes não entendida pelas vítimas enquanto tal. Alguns estudos indicam que uma elevada percentagem de mulheres que sofrem violência física, também sofre de violência sexual.
Privação e Negligência	Envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.

Tabela 1 – Exemplos respeitantes à natureza dos diferentes atos da violência interpessoal. (Redondo *et al.*, *cit. in* Direção-Geral de Saúde, 2014).

Na opinião de Dahlberg e Krug (2007), a tipologia defendida pela OMS, embora seja considerada imperfeita e não universalmente aceite, proporciona uma estrutura útil para a compreensão dos tipos complexos de violência praticada em todo o mundo, assim como a violência na vida quotidiana das pessoas, das famílias e das comunidades. Deste modo, o fenómeno da violência acarreta formas e contextos diversos muito presentes na sociedade. Um dos contextos muito discutido diz respeito à Violência Doméstica.

2.2 O conceito “violência doméstica”

Atualmente existem inúmeras definições de violência doméstica, presentes na abundante literatura científica, em legislação específica e nos vários documentos da Organização das Nações Unidas (ONU) e da União Europeia.

De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2010, p. 11), a violência doméstica pode ser definida como:

(...) qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a; progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade.

Para a Comissão de Peritos para o Acompanhamento da Execução do Plano Nacional contra a Violência Doméstica (*cit. in* APAV 2003, p. 16), a violência doméstica refere-se a:

(...) qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos, ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como a ascendentes ou descendentes.

Já Dias (2010) faz a distinção entre violência doméstica e maus tratos, afirmando que, em Portugal, o conceito “violência doméstica” diz respeito à violência exercida pelo companheiro contra a mulher enquanto o conceito “maus tratos” aborda a violência realizada contra crianças e idosos.

Para o autor, a principal diferença deve-se ao contexto em que têm lugar. A violência doméstica, sendo considerada um comportamento físico e/ou emocional, não acidental e desapropriado, resulta de relacionamentos interpessoais disfuncionais, em que a vítima é física, emocional e/ou psicologicamente dependente e o abusador detém confiança e poder, fazendo parte do mesmo agregado familiar. Relativamente aos maus tratos, estes ocorrem numa relação de cuidado ou institucional (Dias, 2010). O mesmo autor acrescenta que ambos os conceitos estão englobados no de “abuso”.

Estas definições vão de encontro ao disposto no artigo 152.º do Código Penal Português, aquando da caracterização das condutas criminalmente subsumíveis, onde se pode ler que:

1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

a) ao cônjuge ou ex-cônjuge;

b) A pessoa de outro ou do mesmo género com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;

c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou

d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

De uma forma geral, o conceito de violência doméstica compreende condutas agressivas entre cônjuges ou conviventes em condições similares às dos cônjuges, contra crianças e contra idosos (APAV, 2003), sendo um problema que pode ser encontrado em qualquer lar e em qualquer lugar, pois não escolhe idade, género ou situação económica, social ou política (ONU, 2003).

Como tal, a violência doméstica trata-se de um problema global, sendo independente da cultura, do grau de formação, da religião, da situação financeira dos envolvidos e do nível de desenvolvimento do país, tendo vindo a ser apontada como um grave problema de saúde pública (Gomes *et al.*, 2015).

A nível económico, os custos em serviços policiais e jurídicos, em serviços de saúde e assistência, em abrigos de emergência e em benefícios da segurança social são extremamente elevados para a sociedade (ONU, 2003). Krug *et al.* (2002) acrescentam que a violência doméstica tem para as nações avultados custos em valores humanos e financeiros em tratamentos de saúde, despesas processuais legais ou faltas ao emprego, traduzindo a diminuição da produtividade.

Perante o referido, a violência doméstica é uma realidade em muitas famílias, tanto nos países desenvolvidos, como nos países subdesenvolvidos, sendo possível que a sua real dimensão nunca venha a ser conhecida, pois é também uma questão ainda largamente encoberta e com poucas estatísticas disponíveis.

2.3 A violência doméstica em números

A expressão do fenómeno da violência, bem como o impacto que provoca na saúde das vítimas tem vindo a ser estudada desde há alguns anos. No entanto, no que respeita a estatísticas oficiais no âmbito das forças de segurança, de organismos públicos ou de outras organizações, existe ainda a perceção de que os dados obtidos se encontram muito aquém da realidade. A subvalorização dos dados pode ser explicada pela não procura de ajuda junto de serviços de apoio, bem como pela não realização de denúncia tanto por parte das vítimas, como de outras pessoas aos órgãos competentes, devido a fatores como a vergonha, a humilhação, o medo, a dependência emocional e/ou económica, os estereótipos de género, entre outros (Direção-Geral de Saúde, 2014).

A violência está presente a nível mundial, na medida em que, todos os anos, mais de um milhão de pessoas perde a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva (Krug *et al.*, 2002).

Em Portugal, de acordo com dados mais recentes constantes no Relatório Anual de Monitorização de Violência Doméstica (Ministério da Administração Interna, 2015), em 2014 foram registadas pelas Forças de Segurança 27.317 participações de violência doméstica, sendo que 77,5% foram realizadas pela própria vítima e 11% por familiares/vizinhos ou por denúncias anónimas. No entanto, em mais de metade das situações reportadas (54%) existiram ocorrências anteriores por agressão à mesma vítima e/ou a outro familiar praticada pelo mesmo denunciado, podendo isto indicar que existiram ocorrências anteriores não reportadas.

O mesmo relatório permite ainda fazer uma caracterização relativamente ao género e à idade da vítima, ao tipo de violência e à tipologia de vitimização:

- a larga maioria das vítimas era do género feminino (84%);
- mais de três quartos das vítimas encontravam-se no grupo etário dos 25 a 64 anos (77% e 86%, respetivamente), sendo a média de idades de 41 anos;
- 57% das vítimas mantinham uma relação conjugal com o denunciado, para 20% a conjugalidade existira anteriormente, 7% das vítimas eram descendentes do denunciado, 7% eram ascendentes do denunciado e em 8% existira uma relação de namoro;

- a violência de tipo físico esteve presente em 70% das situações, a psicológica em 80,5% e a sexual em quase 2%;
- a violência física registou-se em proporção mais elevada entre namorados (89%) e contra descendentes (77%), a violência psicológica ocorreu maioritariamente entre ex-cônjuges e entre ex-namorados (85% e 84%, respetivamente) e a violência sexual surgiu em maior proporção nas situações de violência contra namorado/a (3%), seguindo-se contra cônjuge ou ex-cônjuge (2%);
- mais de dois terços das vítimas (67%) possuíam habilitações literárias iguais ou inferiores ao 9.º ano (3.º ciclo), 19% possuía habilitações ao nível do ensino secundário e 9% ao nível do ensino superior;
- quase metade das vítimas encontrava-se ativa/empregada (47%), 26% estavam desempregadas, cerca de 11% eram reformadas ou pensionistas, 9% eram domésticas e 7% eram estudantes.

No primeiro semestre de 2015, as Forças de Segurança registaram 12.998 participações, o que corresponde a uma taxa de variação de -0,6% face ao período homólogo de 2014, apontando uma tendência para uma ligeira diminuição do número de ocorrências participadas (Ministério da Administração Interna, 2015).

No entanto, segundo a Direção-Geral de Saúde (2014), mesmo na presença de graves práticas violentas, tipificadas como crime de violência doméstica, ainda existe uma porção significativa de casos que permanecem apenas no sigilo da vida privada.

Constata-se então que, apesar de todos os esforços no combate à violência doméstica, as medidas judiciais necessitam de ser reformuladas e a temática da violência doméstica deve ser levada em consideração por todos os profissionais, incluindo os de saúde.

3. Aspetos clínicos da violência doméstica

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na identificação de casos de violência doméstica e, por isso, devem estar conscientes e compreender o problema, bem como desenvolver elevados níveis de sensibilidade, técnicas e conhecimentos apurados para detetar indícios de abuso. Os sinais e sintomas são, muitas vezes, ignorados e suprimidos, ou parecem ter a ver com outros problemas.

Os profissionais devem estar atentos a sinais de alerta, tais como os indicadores de carácter físico e comportamental. Estes indicadores variam consoante a idade e o tipo de violência sofrida, pelo que é importante que os profissionais de saúde recebam formação adequada por forma a saber reconhecer as vítimas de violência doméstica. De uma forma geral, os profissionais devem, em primeiro lugar, identificar o problema, avaliando depois a situação para tomar as medidas adequadas. Estes passos têm sempre a mesma sequência, independentemente do momento em que o profissional se envolva (ONU, 2003).

Contudo, se a intervenção dos profissionais na identificação dos maus tratos não for correta, todos os outros níveis de intervenção, visando o diagnóstico médico-legal, a proteção, o tratamento, a reabilitação e, ainda, em certos casos, a investigação criminal, não se poderão concretizar com sucesso (Trovão *et al.*, 2012).

No que concerne aos profissionais de saúde oral, estes devem apresentar uma postura atenta e perspicaz, procurando reconhecer situações de abuso infantil, negligência, abuso conjugal, abuso de idosos ou outras formas de violência, uma vez que constitui um dever cívico que nunca deve ser menosprezado (OMD, 2009).

3.1 Indicadores clínicos de violência doméstica

A simples presença de sinais e sintomas que caracterizam especificamente os designados “sinais de alerta” não são suficientes para estabelecer, por si só, o diagnóstico de um determinado tipo de maus tratos. Podem, contudo, ser apenas considerados como indicadores de orientação para o diagnóstico da possibilidade da existência de uma situação de violência doméstica (Prazeres, 2008).

De acordo com a APAV (2010), um indicador não é um definidor, e a sua presença não confirma, necessariamente, a existência de abuso doméstico. Deve antes colocar os profissionais de saúde de sobreaviso e obrigá-los a averiguar sobre a situação para poder, com maior informação, ter a certeza de que se encontram diante de um caso de crime e de violência.

Considerando que violência doméstica inclui diversos domínios, nomeadamente, a violência sobre as crianças, o abuso a idosos, assim como violência conjugal, de seguida são apresentados alguns dos indicadores sugestivos da existência de abuso doméstico.

3.1.1 Indicadores de violência nas crianças e nos jovens

O abuso de crianças e jovens pode ser definido como qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais ou outros responsáveis, contra a satisfação adequada dos direitos e das necessidades fundamentais das crianças e dos jovens, que ameace a segurança, a dignidade, o crescimento e o desenvolvimento pleno e integral de todas as suas competências físicas, cognitivas, psicológicas, emocionais e afetivas (APAV, 2011).

Posto isto, serão apresentados alguns dos indicadores de sinais e sintomas referentes aos diferentes tipos de maus tratos a crianças e jovens, como é o caso da negligência, do mau trato físico, do abuso sexual, do mau trato psicológico/emocional e da Síndrome de *Munchausen* por Procuração, tendo por base Prazeres *et al.* (2011), Reis (2009), Ramos (2008), Stavrianos (2008), Silva (2007), Soriano (2006), Canha (2003), Cordeiro (2003) e Magalhães (2002).

3.1.1.1 Indicadores de negligência

Canha (2003) define negligência como a incapacidade dos pais em proporcionar à criança a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde.

Para Reis (2009), há negligência quando as necessidades elementares físicas e psicológicas básicas, como os cuidados de higiene, alimentação, educação, saúde, afeto, estimulação, apoio e segurança da criança, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normal, não são atendidas por quem cuida dela (pais ou outros responsáveis). De referir que o comportamento negligente pode manifestar-se de forma voluntária/ativa quando existe a intenção de causar dano e involuntária/passiva quando há incapacidade parental para assegurar os cuidados necessários e adequados à criança.

A negligência infantil é de difícil identificação devido à sua aparente invisibilidade, apesar de ser considerada a forma mais recorrente entre os maus tratos. Deste modo, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos para poderem captar alguns sinais que possam estar associados a um quadro de negligência e não aguardar por manifestações claras ou esperar que a criança seja vítima de algum acidente (Azevedo *et al.*, *cit. in* Ramos 2008).

Relativamente a esta problemática, existem alguns sinais e sintomas, tanto comportamentais como físicos, que permitem identificar este tipo de mau trato. Quanto aos indicadores comportamentais, podem estar presentes os seguintes:

- atraso nas aquisições sociais e em todas as áreas de maturidade (linguagem, cognição, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- dificuldades de aprendizagem;
- perturbações do sono, sonolência, apatia, fadiga, depressão, hiperatividade, conduta agressiva;
- perturbações do apetite e comportamentos estranhos, como roubo de alimentos e tendência a comer muito de uma vez;
- ansiedade elevada ou focalizada em necessidades básicas;
- períodos prolongados da criança entregue a si própria ou ao cuidado de irmãos menores ou de alguém incapaz de sustentar a sua segurança;
- inexistência de rotinas (nomeadamente alimentação e ciclo sono/vigília);
- condutas para chamar a atenção dos adultos;
- pobre relacionamento com as outras crianças;
- tendência à fantasia;
- comportamentos antissociais;
- absentismo escolar;
- falta persistente dos pais ou de outros responsáveis na procura ou acompanhamento dos menores nas suas atividades, sejam escolares ou recreativas, e nos cuidados de saúde;
- participação em ações de delito.

Quanto aos indicadores físicos de negligência, podem estar presentes:

- maus cuidados de higiene (sujidade, eritema perineal prolongado ou recorrente, pediculose, entre outros);
- vestuário inadequado (de acordo com o padrão familiar e o período sazonal) ou em mau estado;
- sinais físicos de negligência prolongada (atraso ou baixo crescimento, cabelo fino, mãos e pés avermelhados sem causa patológica, abdómen saliente, arrefecimento persistente, progressão ponderal deficiente, entre outros);

- cansaço ou apatia permanentes;
- infeções leves, recorrentes ou persistentes, ou outra doença crónica que não mereceu tratamento médico;
- lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- atraso no desenvolvimento sexual;
- alimentação e/ou hábitos alimentares inadequados (subnutrição, desidratação, obesidade) e (ou) inexistência de horários para as refeições;
- vitaminopatias;
- cárie dentária;
- unhas quebradiças;
- hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão;
- intoxicações;
- necessidades médicas básicas não atendidas, como por exemplo não cumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas).

3.1.1.2 Indicadores de mau trato físico

Segundo a APAV (2011), o mau trato físico pode ser definido como qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais ou outros com responsabilidades face à criança ou jovem que provoque ou possa vir a provocar dano físico.

O mau trato físico é o tipo de abuso mais conhecido, com maior visibilidade, que suscita maior preocupação na sociedade e mais frequentemente diagnosticado, sendo responsável pela elevada morbidade, incapacidade e causa de morte entre as crianças (Canha, 2003).

As lesões resultantes das ofensas físicas podem ser causadas com ou sem instrumentos e engloba um conjunto de situações traumáticas, nomeadamente comportamentos fisicamente abusivos, punições corporais, situações de cariz sádico, envenenamentos, intoxicação, queimaduras, asfixias ou afogamentos, golpes efetuados com recurso a um

objeto, agressão através de pontapés, esbofetear, empurrar, entre outros (Azevedo *et al.*, 2006; Canha, 2003 e Magalhães, 2002).

Tendo em conta o tipo de violência sofrida, são apresentados, de seguida, alguns tipos de lesões físicas possíveis e os respetivos indicadores que lhes estão associados:

- equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- lesões orofaciais, nasais e do ouvido, equimoses na face, lacerações do palato, fraturas no nariz, hematomas ou lacerações do pavilhão auricular, devido a puxões violentos da orelha, e ruturas no tímpano;
- lesões provocadas que deixam marcas, por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua, entre outros;
- lesões abdominais (muitas vezes como resultado de um pontapé), trauma abdominal que pode levar a ruturas inexplicadas no estômago, intestinos, fígado ou pâncreas;
- traumatismo crânio encefálico, que se pode traduzir num hematoma subdural ou numa hemorragia intracraniana difusa. Estas lesões podem levar a quadros neurológicos graves reversíveis ou irreversíveis (vómitos, convulsões, surdez, cegueira, coma, entre outros);
- fraturas e outras lesões osteoarticulares, localizadas no crânio, no nariz e na mandíbula, nos ossos longos, nas costelas e corpos vertebrais, no esterno, nas omoplatas e fratura de metáfise;
- fraturas múltiplas em diferentes estádios de evolução, o que traduz situações repetitivas de maus tratos ou sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura);
- síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- marcas de mordeduras, em particular quando parecem ser de adulto ou recorrentes;

- queimaduras múltiplas e/ou simulando ato voluntário, atuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimaduras intencionais com pontas de cigarro na face, nas mãos, de ferro de engomar no dorso e nas pernas, em forma de bolha nas nádegas, nos genitais, na palma da mão e na planta do pé sendo indicativo de imersão em água a ferver, e marcas de cordas nos braços, nas pernas, no pescoço e no tronco);
- alopecia traumática, ou seja, diminuição de cabelo no couro cabeludo devido à tração violenta e repetitiva dos cabelos e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- alterações graves do estado nutricional;
- perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, entre outros).

Tal como na lesão física, também é possível encontrar indicadores comportamentais na criança relativos a esta situação, nomeadamente:

- atitude cautelosa em relação ao contacto físico com adultos;
- atitude apreensiva perante o choro de outras crianças;
- adoção de comportamentos extremos;
- medo dos seus cuidadores;
- não procura nos seus cuidadores algum conforto ou segurança;
- má reação ao ser examinada em contexto médico;
- atitude de alerta constante;
- questionamento em situação de consulta médica quando vai para casa;
- faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões);

Pode-se ainda referir alguns indicadores relativos às atitudes de quem cuida das crianças:

- história inadequada sobre o mecanismo de produção da lesão, tendo em conta a sua etiologia e/ou grau de desenvolvimento do menor;
- explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação ou recusa em explicar o sucedido;
- demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- história de lesões repetidas.

3.1.1.3 Indicadores de abuso sexual

Segundo Magalhães (*cit. in* Ribeiro 2009, p. 52), o abuso sexual de menores pode ser definido como:

(...) envolvimento do menor em práticas que visam a gratificação e satisfação do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aquele. Trata-se de práticas que o menor, dado o seu estágio de desenvolvimento, não consegue compreender e para as quais não está preparado, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares.

O abuso sexual pode acontecer na família ou fora desta, sendo mais frequente no contexto familiar e podendo ser ocasional ou frequente ao longo da infância (Magalhães, 2002).

De acordo com Soriano (2006), existem diferentes tipos de abuso sexual infantil. Estes podem ser agrupados da seguinte forma:

- abuso sexual sem contacto físico (inclui os casos de sedução verbal explícita, a exposição dos órgãos sexuais a fim de obter gratificação ou excitação sexual e a masturbação ou realização intencional do ato sexual na presença da criança a fim de obter gratificação sexual).
- contacto sexual sem penetração (o contacto sexual realiza-se pelo toque intencional de zonas erógenas da criança ou por forçar, incentivar ou permitir que esta o faça nas zonas erógenas do adulto).
- contacto sexual genital (relação sexual com objetos, sexo oral ou penetração com o órgão sexual masculino).

Prazeres *et al.* (2008) acrescenta que esta forma de abuso inclui atos que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos e utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais. Estas práticas encontram-se previstas e punidas pelo atual artigo 171.º do Código Penal, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças.

A deteção e o diagnóstico destes casos não são fáceis, uma vez que existe ainda um tabu social que dificulta o pedido de ajuda, bem como as crianças, sobretudo as mais novas, tendem a confundir este envolvimento como uma manifestação afetiva normal ou podem ser obrigadas, por parte do abusador, a manterem-se em silêncio e em segredo. Outra dificuldade que se coloca deve-se ao facto de raras vezes resultarem em lesões físicas ou

existirem vestígios físicos e/ou biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores de abuso (Reis, 2009).

Deste modo, existem neste tipo de abuso indicadores específicos a que os profissionais deverão estar atentos para o despiste desta problemática, sendo eles:

- lesões externas nos órgãos genitais ou anal (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);
- leucorreia vaginal frequente, prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- laceração do hímen, abertura vaginal com mais de 5 mm, laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- hemorragia vaginal ou anal;
- equimoses na mucosa oral e lacerações do freio dos lábios;
- infecções e incontinência para a urina e fezes;
- doenças sexualmente transmissível;
- presença de esperma ou de sangue no corpo ou na roupa do menor;
- dor ao sentar-se ou ao andar;
- dificuldades em estabelecer relações harmoniosas ou comportamentos agressivos;
- falta de apetite que conduz à anorexia ou bulimia;
- depressão, ideação suicida, automutilação ou isolamento social;
- realização de desenhos ou brincadeiras sexuais específicas;
- obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- comportamentos eróticos desadequados, masturbação compulsiva e linguagem desapropriada;
- manifestações somáticas (enurese, encoprese, alterações dos padrões de sono e alimentação);
- problemas de comportamento (fugas, abandono ou insucesso escolar, “bullying”);
- problemas de desenvolvimento cognitivo (dificuldades de concentração, atrasos da fala, entre outros);
- sentimentos de vergonha, raiva, ansiedade, repulsa, medo, fobias;
- inversão de papéis na família ou excesso de maturidade para a idade.

3.1.1.4 Indicadores de mau trato psicológico/emocional

Segundo Prazeres *et al.* (2011), o mau trato psicológico ou emocional traduz a incapacidade dos pais em proporcionar à criança um ambiente de segurança, proteção, tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, indispensável ao seu crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de mau trato é um ato de natureza intencional, no qual a criança é vítima de pressão psicológica e apresenta diferentes formas de abuso, nomeadamente: ausência ou precariedade de cuidados ou de afeto, hostilização verbal, depreciação, desvalorização, indiferença, rejeição, ridicularização, culpabilização, críticas, ameaças, insultos verbais, humilhações constantes e situações de grande violência familiar. Estas formas podem levar a criança a estados de medo e ansiedade (Canha, 2003).

A identificação do abuso psicológico ou emocional é o mais difícil de diagnosticar, visto que os sinais e sintomas deste tipo de mau trato costumam ocorrer a par de outros tipos de maus tratos, por isso só deve ser considerado isoladamente quando constituir a única forma de abuso (Reis, 2009).

Alguns dos sinais e sintomas indicadores de mau trato psicológico/emocional são os seguintes:

- alterações de sono e de apetite (anorexia, bulimia);
- atraso no desenvolvimento da linguagem;
- baixa autoestima e sentimentos de inferioridade;
- dificuldade de reconhecimento das emoções;
- alterações da concentração, atenção e memória;
- dificuldades de aprendizagem;
- alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- sentimentos de vergonha e culpa;
- medos concretos ou indeterminados;
- falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório);
- dificuldade para lidar com situações de conflito;
- défice na capacidade para brincar;
- agitação/hiperatividade;

- choro incontrolado, ansiedade e depressão ou ideação suicida
- mudanças súbitas no comportamento e humor e comportamentos agressivos e/ou automutilação;
- regressões no comportamento (como voltar a chupar no dedo, querer a chupeta, entre outros);
- fugas de casa ou relutância em regressar a casa.

3.1.1.5 Indicadores da Síndrome de *Munchausen* por Procuração

A Síndrome de *Munchausen* por Procuração é uma forma grave, pouco comum e potencialmente fatal de mau trato infantil. Caracteriza-se pela simulação, indução e/ou produção de sintomas ou sinais de doença numa criança saudável, por parte dos pais, havendo posteriormente o recurso aos serviços de saúde, sendo a criança submetida a exames médicos, tratamentos, intervenções e internamentos hospitalares desnecessários e, por vezes, prejudiciais (Parnell *cit. in* Oliveira 2014).

Segundo Cordeiro (2003), uma das grandes dificuldades no diagnóstico deste tipo de mau trato prende-se com as características do abusador. Para o autor, a maioria dos adultos que abusam são geralmente as mães, tidas como normais, aparentam uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar do seu filho, possuem conhecimentos na área da saúde e colaboraram facilmente com os técnicos de saúde.

Contudo, um número considerável destas mulheres são manipuladoras, convincentes, mentirosas, mitómanas e com justificações para tudo. Podem ter perturbações mentais detetáveis, além de apresentarem também características sugestivas desta síndrome. Revelam interesse relativamente ao estado de saúde da criança, mas não uma grande ansiedade ou o grau de preocupação que seria de esperar perante uma criança que não melhora. Só admitem os factos quando extensamente provados. Sob suspeita, podem alterar, estrategicamente, os seus comportamentos e iniciar uma escalada de produção de sintomas que pode pôr em risco a vida da criança (Cordeiro, 2003).

As doenças decorrentes da síndrome de *Munchausen* por Procuração variam entre patologias totalmente imaginadas pelas mães a doenças induzidas por estas. Os elementos mais relevantes são a falsificação que pode surgir de três formas diferentes: relatos falsos (nos casos menos graves); alteração do material para análise laboratorial (por exemplo,

adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima); provocar sintomas no corpo da criança (por exemplo, administrar à criança uma droga ou medicamento para promover determinada sintomatologia ou ainda originar semi-sufocação de forma repetida antes de recorrer aos serviços de saúde alegando crises de apneia) (Gueller, 2006 e Prazeres *et al.*, 2011).

De acordo com Canha (2003) e Prazeres *et al.* (2011), esta é uma situação de risco rara, complexa, pouco conhecida e difícil de diagnosticar, dado que os sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados ardilosamente, passando, muitas vezes, despercebidos nos serviços de saúde. Esta síndrome é um tipo de mau trato que coloca as capacidades dos profissionais à prova, dado ser subtil e bastante elaborada.

Alguns indicadores sugestivos da Síndrome *Munchausen* por Procuração são os seguintes:

- 50% dos sintomas que a criança apresenta estão relacionados com alterações a nível do sistema nervoso central (apneia, estado letárgico, convulsões) e aproximadamente 30% dizem respeito ao sistema gastrointestinal (vómitos, diarreias, hemorragias, febres, erupções cutâneas, infeções bacterianas);
- o quadro neurológico ou metabólico que a criança apresenta é normalmente grave;
- presença de alergias múltiplas;
- sintomas e sinais que não respondem ao tratamento, como seria de esperar;
- evolução clínica com características atípicas;
- incompatibilidade entre os resultados dos testes laboratoriais e a sintomatologia da vítima;
- resultados dos exames complementares de diagnóstico não esclarecedores do quadro clínico.
- as crianças pequenas demonstram normalmente muita dependência da mãe;
- a criança, durante os exames médicos, apresenta-se extremamente passiva e colaborante;
- é provável que as crianças com idades a partir dos 12 e 14 anos estejam a colaborar com a mãe na manipulação de sintomas;
- a criança poderá apresentar comportamentos agressivos;

- os sinais e sintomas agudos diminuem significativamente ou desaparecem quando a criança é separada do abusador e reaparecem ao contactar de novo com este no domicílio ou na própria instituição de saúde;
- casos de síndrome de morte súbita na família (normalmente num dos irmãos da criança);
- o abusador induz a criança que se sente bem ou que tem uma doença pouco grave a estar inválida;
- o abusador reage mal se os exames e tratamentos diminuem e se se perspetiva a alta clínica;
- as boas notícias são interpretadas pelos abusadores como más notícias;
- observa-se uma diferença entre a história relatada e o que se constata, ou o que faria sentido encontrar-se;
- o abusador costuma manifestar características de dramatização e emotividade exageradas;
- observam-se frequentes hospitalizações e investigação médica, da qual não resultam diagnósticos precisos;
- o abusador mostra-se amável, atento, colaborador na realização do falso diagnóstico, criando sintomas cada vez mais sofisticados que confundem os médicos;
- o prestador de cuidados nega qualquer conhecimento acerca da etiologia da doença da criança;
- o abusador dá uma atenção profissional, mas não afetiva ao filho, apesar da gravidade da sua patologia.

3.1.2 Indicadores de violência nos idosos

Em 2002, as Nações Unidas definiram os maus tratos aos idosos como “qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra no contexto de uma relação de confiança, que cause dano ou sofrimento à pessoa idosa”. Este é um fenómeno com tendência crescente, devido, sobretudo, aos índices de dependência desta população, cuja longevidade se encontra acrescida na nossa sociedade (Dias, 2009).

A identificação da violência doméstica em pessoas idosas não é fácil de reconhecer, uma vez que esta é ocultada tanto pelos agressores como também pelas próprias vítimas (APAV, 2010).

De acordo com Alves (2004), os idosos vítimas de maus tratos não denunciam os abusos de que são alvo, pois temem as consequências que daí advêm, nomeadamente: perda do cuidador mesmo sendo este abusivo; ficar só sem ter ninguém que cuide dele; ser colocado numa instituição; perda de privacidade e de relações familiares; recriminação pelo alegado abusador; exposição pública e intervenção exterior; ninguém acreditar no abuso; ser responsáveis pelo comportamento abusivo

Para vencer estas dificuldades, é essencial que os profissionais de saúde se centrem na pessoa idosa com muita atenção e dedicação e procurem criar um ambiente de confiança, não de suspeita, que favoreça a colaboração do idoso e o leve a confiar no profissional, a não temer ou ficar inibido, evitando que se sinta culpabilizado (APAV, 2010).

Segundo Moya *et al.* (2005), existem alguns indicadores de comportamento no idoso que podem sugerir que estamos diante de uma vítima, ou potencial vítima de violência doméstica, sendo eles:

- aparentar ter medo de um familiar ou de um prestador de cuidados;
- quando questionado, não querer responder;
- alterar o comportamento quando o familiar ou prestador de cuidados está presente;
- revelar sentimentos de solidão e saudade, afirmando sentir falta de companhia, falta de amigos, entre outros;
- apresentar autoestima baixa, expressando frases como “Não sirvo para nada”, “Estou aqui a incomodar”, “Sou um empecilho”;
- desculpabilizar o seu familiar ou prestador de cuidados de serem pessoas de trato difícil ou facilmente irritáveis com expressões do tipo “Têm o seu feitio”;
- manifestar um consecutivo e excessivo respeito pelo familiar ou pelo prestador de cuidados;
- mudanças de comportamento que indiquem depressão (ansiedade, idealização de suicídio, distúrbios do sono, flutuações do peso, aumento do uso do álcool e abuso de outras substâncias).

O Comité Nacional de Abuso de Idosos dos Estados Unidos propõe sete tipos de abuso contra os idosos não institucionalizados: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, exploração material ou financeira, abandono, negligência e autonegligência. Estes podem surgir isoladamente ou combinados (National Center on Elder Abuse *cit. in* Alves, 2004).

Tendo por base a APAV (2010) e os autores Menicalli (*cit. in* Fernandes 2011), Sousa (2010), Dias (2009), Hirsch e Loewy (2001), são apresentados, de seguida, alguns indicadores específicos sugestivos dos diferentes tipos de violência doméstica nos idosos.

a) Indicadores específicos de violência física:

- lesões incompatíveis com a justificação da causa;
- lesões que não tenham sido tratadas adequadamente;
- presença de cortes, lacerações, contusões, feridas, assaduras, úlceras por pressão e fraturas múltiplas;
- múltiplas escoriações em diferentes fases de recuperação;
- escoriações em locais não usuais;
- hematomas ou eritemas na pele em diferentes estádios de evolução;
- ferimentos com um padrão (ferimentos na forma do objeto usado para os provocar);
- marcas de ataduras nos tornozelos, nos pulsos ou no pescoço;
- lesões em zonas escondidas do corpo;
- evidência de ferimentos antigos não documentados previamente;
- sinais de desidratação ou malnutrição;
- palidez;
- olheiras;
- queixas somáticas persistentes de etiologia desconhecida (distúrbios gastrointestinais, de sono e de alimentação e dores de cabeça frequentes);
- deficiente higiene cutânea;
- vestuário inadequado;
- perda de peso sem explicação aparente;
- queimaduras provocadas por cigarros, produtos cáusticos ou fricção de objetos;
- alterações inesperadas de comportamento;

- idas recorrentes às urgências hospitalares;
- acidentes e lesões recorrentes inexplicáveis;
- agitação;
- distúrbios do sono.

b) Indicadores específicos de violência psíquica:

- sentimentos de desamparo, medo, resignação, tristeza, desesperança, falta de atenção e de afeto;
- isolamento social deliberado ou corte de relações com os familiares e/ou amigos sem razão grave ou sem explicação;
- queixas de perda na tomada decisões sobre a sua própria vida;
- hesitação em falar abertamente;
- referir histórias estranhas ou impossíveis;
- confusão ou desorientação;
- irritação ou medo em relação a estranhos ou a outros prestadores de cuidados;
- depressão;
- autoestima baixa;
- agitação.

c) Indicadores específicos de violência sexual:

- hematomas nas mamas ou nas zonas genitais;
- infeções genitais ou doenças venéreas aparentemente inexplicáveis;
- sangramentos vaginais ou anais;
- dor ou prurido na área genital;
- sangue ou manchas na roupa interior;
- referência a qualquer tipo de violência sexual.

d) Indicadores específicos de violência financeira ou económica:

- perdas inexplicáveis de dinheiro, cheques, cartões de crédito ou de cartões multibanco;
- uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedade ou outros bens sem consentimento do idoso;

- assinatura do idoso falsificada em cheques ou em outros documentos financeiros e legais;
 - levantamento de largas somas de dinheiro de contas bancárias, sem o conhecimento do idoso;
 - mudanças, recentes realizações de testamentos ou transmissão de poderes, quando o idoso está incapacitado de tomar decisões;
 - desconhecimento por parte idoso sobre o seu próprio estado económico;
 - interesse inesperado por parte de um familiar do idoso em ser seu prestador de cuidados;
 - referência por parte do idoso de que os seus bens pessoais foram descolados sem a sua autorização (jóias, dinheiro, entre outros);
 - significativa disparidade entre a reforma/pensão e o estilo de vida (condições habitacionais, vestuário, entre outros).
- e) Indicadores específicos de negligência e de abandono:
- mencionar abandono;
 - falta de higiene, mau cheiro, nomeadamente a fezes e a urina;
 - má nutrição ou desidratação;
 - degradação progressiva da saúde sem causa aparente;
 - não cumprimento do regime terapêutico de acordo com os problemas de saúde que apresenta;
 - erros repetidos na administração da medicação (troca de medicação, supra ou sobredosagem);
 - atrasos no pedido de apoio médico;
 - habitação do idoso sem condições de segurança ou presença de barreiras arquitetónicas;
 - uso de vestuário inadequado;
 - abandono do idoso numa unidade de saúde após alta clínica;
 - abandono do idoso em casa sozinho durante muito tempo;
 - falta ou má conservação de próteses (quando a condição financeira é favorável);
 - fornecimento de alimentos aos idosos que estes não são capazes de mastigar ou deglutir ou que são contraindicados por restrições dietéticas.

3.1.3 Indicadores de violência conjugal

Entende-se por violência conjugal, toda a agressão (verbal psicológica, física e/ou sexual) exercida contra o cônjuge ou companheiro, com o intuito de obter poder e controlo sobre o mesmo (Silva *cit. in* Costa, 2009).

Para Manita *et al.* (2009), a violência conjugal, constitui uma das dimensões da violência doméstica, embora considerada como menos abrangente, e diz respeito a todas as formas de comportamento violento, englobando os danos físicos, sexuais, emocionais e psicológicos, e a imposição de isolamento social ou privação económica da vítima, exercidas por um dos cônjuges/companheiro/a ou ex-cônjuge/ex-companheiro/a sobre o/a outro/a.

A identificação da violência conjugal não é fácil, uma vez que as vítimas permanecem em silêncio, escondendo tal facto. São vários os motivos para a perpetuação da violência, que dizem respeito quase sempre ao medo de represálias, à expectativa de que as relações possam ser retomadas, à vergonha em procurar ajuda, à esperança de que o companheiro altere o comportamento, à dependência emocional face ao agressor, à inexistência de suporte familiar e de amigos, à preocupação com os filhos, à dependência económica face ao parceiro, às crenças religiosas e à desconfiança dos órgãos intervenientes e à falta de conhecimento sobre o que a maioria destes pode fazer para apoiar (Barroso, 2007 e Shipway, 2004).

Segundo Magalhães (2010), Costa (2009), Lisboa *et al.* (2005), Polsky e Markowistz (2006), Shipway (2004) e ONU (2003), os indicadores sugestivos de violência conjugal são os seguintes:

- distúrbios cognitivos e de memória (recordações de fatos ocorridos no passado, pesadelos, confusão, dificuldades de concentração, crenças disfuncionais, memórias intrusivas);
- perturbação de stress pós-traumático;
- perda do respeito próprio e bruscas mudanças de humor;
- sofrer de agorafobia ou de claustrofobia;
- distúrbios alimentares ou de sono;
- dor crónica e outros problemas resultantes de uma vivência sob ameaça constante;

- sintomas psicossomáticos como comportamento neurótico, múltiplos sintomas físicos não específicos e sensação de mal-estar geral;
- intoxicações;
- alteração do desejo ou resposta sexual;
- medos e fobias excessivos;
- alucinações visuais e auditivas ou ideias delirantes;
- sentimentos constantes de autodesvalorização, de inutilidade, de medo, de ausência de alegria, de tristeza e pesar, de angústia, de culpa, de desânimo, de vazio e de desespero;
- distúrbios de ansiedade, depressão, isolamento social, ideação/tentativa de suicídio e automutilação, comportamentos autodestrutivos;
- abuso de álcool e drogas;
- elevada desconfiança em relação aos membros do género oposto;
- lesões na superfície corporal, como equimoses, escoriações, hematomas, lesões no pescoço, feridas diversas, perda de cabelo por arrancamento (alopecia traumática) e queimaduras;
- lesões corporais mais graves, como fraturas ósseas (mais frequentes no nariz), lesões dentárias, oftálmicas e das vísceras torácicas e/ou abdominais;
- lesões de defesa e desinteresse pelas lesões sofridas;
- visitas médicas recorrentes com lesões “acidentais” de explicação duvidosa/visitas repetidas ao serviço de urgência;
- atraso entre o momento da lesão e o tratamento médico;
- antecedentes de gravidez indesejada, de abortos ou de partos prematuros;
- doenças sexualmente transmissíveis, lesões genitais;
- zelo excessivo do companheiro/agressor, que responde às perguntas dirigidas à/ao paciente ou estabelece barreiras na comunicação.

3.2 Lesões nas vítimas de violência doméstica

Os crimes violentos têm aumentado em todo o mundo, sobretudo os contra a integridade física e os de maus tratos a mulheres, crianças e idosos. A avaliação, documentação e interpretação correta das lesões resultantes da violência doméstica fazem parte dos deveres de todos os profissionais de saúde.

Segundo Pereira (2014), no Direito Português a lesão está incluída na definição de dano corporal, traduzindo-se num prejuízo biológico como resultado de um traumatismo que leva a perturbações no organismo a nível funcional e estrutural. Já em Medicina Legal, uma lesão é definida como um dano em qualquer parte do corpo devido a uma ação mecânica ou qualquer outro agente traumático, quer seja acidental ou propositado.

De acordo com a literatura internacional, os estudos referentes às lesões sofridas em contexto de violência doméstica apontam na mesma direção, existindo uma grande convergência em apontar a região da cabeça, concretamente o pescoço e, notadamente, a face, como o local do corpo mais atingido (Dourado e Noronha, 2015).

Para Garbin *et al.* (2006), a cabeça e a região maxilo-facial, devido à sua vulnerabilidade anatómica por serem regiões proeminentes e desprotegidas do corpo, são áreas muito propensas a lesões graves e, frequentemente, são um dos alvos preferenciais dos agressores.

Queirós (2009), ao investigar a tipificação das lesões decorrentes da violência doméstica, através da análise a 101 relatórios periciais, concluiu que os membros superiores foram a região anatómica mais atingida, apresentando 26% das lesões, seguindo-se a face com 20%, o crânio com 18%, os membros inferiores com 17%, o tórax com 9%, o pescoço com 8% e finalmente o abdómen com 2%. Segundo a autora, os membros superiores, mais propriamente os braços, foram a área mais atingida, uma vez que as vítimas, numa atitude defensiva, expõem mais esta estrutura anatómica.

Também Garbin *et al.* (2006), ao investigarem as lesões corporais e os maus tratos presentes em 204 inquéritos policiais do estado de São Paulo (Brasil), concluíram que de todas as áreas do corpo atingidas, a cabeça e o pescoço foram as regiões que obtiveram maior prevalência (30%), seguidas dos membros superiores (24,4%), dos membros inferiores (23,3%) e do tronco (16,7%).

Estudos efetuados num hospital do estado americano do Oregon (EUA) indicaram que 81% das lesões maxilo-faciais registadas deveram-se essencialmente a atos de violência na esfera conjugal. Já na Grécia, quatro hospitais verificaram uma prevalência igual a 62% de traumas na cabeça ou face. Na Malásia, a revisão a 242 processos de mulheres agredidas pelo cônjuge e atendidas num hospital central dá conta que 50,4% das vítimas

apresentaram lesões maxilo-faciais e 24,4% ferimentos na cabeça (Le *et al.*, Petridou *et al.*, Saddki *et al. cit. in* Dourado e Noronha, 2015).

Deste modo, pode concluir-se que o mesmo padrão de lesões, consequentes da violência doméstica, repetem-se em estudos realizados na Europa, no Brasil, na América do Norte e no continente asiático, em populações com diferente perfil social, económico e cultural (Dourado e Noronha, 2015).

3.2.1 Lesões com interesse na área de observação e intervenção da Medicina Dentária em situações de violência doméstica – Estudos de prevalência

Considerando que a localização das lesões ocorridas no contexto de maus tratos, na sua grande maioria se localizam a nível da região da cabeça, face e pescoço, o Médico Dentista é um profissional de saúde que se encontra numa ótima posição para detetar os sinais deste problema. No sentido de identificar o tipo de lesões mais frequentes ou mais sugestivas de violência doméstica, é indispensável que o profissional de saúde oral efetue um exame físico exaustivo e completo (Silva, 2007).

O exame físico em situações de maus tratos tem por objetivo identificar e documentar a presença de lesões, sequelas, vestígios ou de outro eventual achado em situações de violência, tanto para executar cuidados como para poder recolher informações clínicas suscetíveis de poderem constituir meios de prova num processo judicial (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Segundo o modelo de relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil, em vigor nos serviços médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal Português, durante o exame objetivo é preconizado que se faça uma descrição orientada e rigorosa, com indicação de todas as particularidades das lesões ou sequelas, incluindo o seu tipo, a sua localização precisa e as suas características. O exame deve também descrever de forma ordenada e sistematizada as seguintes regiões corporais: crânio, face, pescoço, coluna, tórax, abdómen, membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito e membro inferior esquerdo (Magalhães *et al.*, 2008).

Deste modo, para identificar de forma meticulosa as lesões existentes e as áreas anatómicas mais atingidas pela violência doméstica, Queirós (2009), no seu estudo já referenciado anteriormente, recorreu à mesma divisão existente nos relatórios médico-legais. Neste trabalho apenas serão abordadas as regiões de maior foco para o Médico Dentista.

Assim, no crânio verificou-se que a região frontal foi a mais atingida (41% das lesões), seguida das regiões occipital e parietal (23,5%) respetivamente. Quanto às lesões mais identificadas nesta área anatómica, 49% dizem respeito a escoriações e hematomas, sendo estas lesões classificadas como superficiais.

Já na área da face, a hemiface (22,4%), o nariz (20,7%), os lábios (20,7%) e as pálpebras (19,0%) foram os locais mais lesados. As lesões mais prevalentes foram as equimoses seguidas das escoriações. De salientar que maioria das lesões eram superficiais (96,6%), porém, as fraturas no nariz, embora em reduzida percentagem (3,4%), são apontadas como as de maior gravidade.

Na região do pescoço, a face anterior foi a mais atingida (45,5%), seguida da face lateral e face posterior (27,2%) com a mesma proporção. As lesões constatadas foram escoriações, equimoses e tumefações. A maioria destas lesões eram compatíveis com estigmas ungueais devidas a tentativas de esganadura.

Queirós (2009) verificou ainda que o género feminino foi o mais vitimizado com uma prevalência de 86,14%, em comparação ao masculino, com 13,86%. A maior parte dos maus tratos ocorreram entre cônjuges ou relações similares (91,09%), sendo que os murros e pontapés são o tipo de agressão predominante. Relativamente à prevalência das lesões identificadas, estas consistiam em lesões superficiais, das quais 70% eram relativas a equimoses e escoriações. As tumefações, edemas, hematomas, soluções de continuidade, perfurações timpânicas, hemorragias, úlceras, fraturas, sinais de mordeduras, luxações e queimaduras também foram registadas, contudo, em menor percentagem. De salientar que os traumatismos existentes se deveram sobretudo a objetos contundentes, uma vez que são facilmente alcançáveis em qualquer tipo de ambiente, contrariamente aos dispositivos cortantes e aos perfurantes.

Já num estudo realizado por Silva (2007), baseado em registos de relatórios periciais referentes a 2.489 vítimas de violência doméstica examinadas na Clínica Médico Legal da Delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal do Porto, em que o objetivo era avaliar a quantificação da tipologia das lesões e a distribuição da sua localização por região anatómica, concluiu-se que 81,7% das vítimas pertenciam ao género feminino e encontravam-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos (30,3%), sendo o cônjuge apontado como o principal agressor em 42,3% dos casos. De referir que a grande maioria das vítimas (97,6%) sofreram de violência doméstica sem abuso sexual.

Segundo Dantas e Giffin (2005), apesar da violência contra a mulher estar associada à ocorrência de agressões físicas ou sexuais, a grande maioria dos dados disponíveis indica uma maior prevalência e/ou visibilidade das agressões físicas.

Quanto à análise da tipologia das lesões nas diferentes regiões anatómicas, Silva (2007), constatou que as lesões da face e dos membros superiores foram as mais observadas, apresentando uma incidência de 31,9% de lesões na face e 39,5% nos membros superiores. As lesões da cabeça e dos membros inferiores foram também frequentes, com uma ocorrência de 20,6% e 21,3%, respetivamente.

Analisando pormenorizadamente as lesões com interesse na área de observação e intervenção da Medicina Dentária neste estudo, verificou-se uma maior incidência de lesões na face, sendo a hemiface a sub-região da face que apresenta mais lesões, seguida da sub-região perioral (lábios e tecidos adjacentes). A nível da cavidade oral, a sub-região que apresenta uma maior frequência de lesões é a mucosa jugal, seguida das lesões dentárias e da gengiva.

Relativamente aos tipos de lesões mais frequentes, no caso das vítimas com ferimentos da face verificou-se que em mais de 80% dos casos as equimoses ou escoriações foram as mais apontadas, seguindo-se do edema com 25%.

Quanto às sub-regiões da face, verificou-se que quer na hemiface quer na região perioral (lábios e tecidos adjacentes), as lesões mais encontradas foram as equimoses e as escoriações. Na cavidade oral, para além de escoriações e equimoses, também se encontrou o edema. Nas sub-regiões da cavidade oral, verificou-se que na mucosa jugal 45,6% das lesões eram relativas a escoriação, 31,6% a equimose e 15,8% a edema. Na

gingiva, as lesões que surgiram foram o edema, a equimose e a inflamação. Na estrutura dentária, a perda dentária foi manifestada por 35,7% das vítimas, seguida pela fratura da coroa (25%) e pela mobilidade/luxação (21,4%), sendo de referir que a área dentária mais afetada foi a região ântero-superior (59,3%). Já no terço inferior da face, a dor é a lesão que se mostra mais expressiva (17%).

Na região da cabeça, o edema, o hematoma e a escoriação surgiram em aproximadamente 25% das vítimas. Na região do pescoço, a escoriação surge com 38,4%, seguida da equimose com 20,6%.

Quanto à etiologia das lesões, constatou-se que a mordedura é a mais prevalente nas regiões dos membros superiores e inferiores, verificando-se a marca de dedos nas regiões do pescoço, da face, da hemiface, do terço inferior da face e dos membros superiores e inferiores. As marcas ungueais registam-se na face, no terço inferior da face, no pescoço e nos membros superiores.

Num estudo de Rezende *et al.* (2007), realizado com o objetivo de descrever as lesões corporais na região perioral de 108 mulheres vítimas de violência doméstica e através da análise de registos no setor de Odontologia do Instituto de Medicina Legal de Belo Horizonte, verificou-se que a maioria das vítimas (70,4%) se encontravam na faixa etária dos 20 aos 39 anos e que em 25% dos casos o sujeito agressor foi o companheiro da vítima, no entanto, 61,1% não faziam menção quanto ao sujeito agressor. A maioria das lesões corporais estudadas (49,1%) foram classificadas como agressões nuas, ou seja, não foi utilizado nenhum instrumento para a sua concretização.

Quanto às lesões periorais, o mesmo autor concluiu que a maioria das lesões ocorreram nos tecidos moles. O tipo de lesão mais frequente neste tecido foi a laceração (ferida em que há solução de continuidade), seguida pela contusão (equimoses e hematomas) e pela abrasão que envolve as escoriações (desnudamento da epiderme).

Os tecidos periodontais foram também apontados pelo autor como um local propenso a um grande número de lesões. Neste tecido, o tipo de lesão mais observado foi a concussão (40,9%), seguida pela associação da sublucção dentária, luxação extrusiva e luxação lateral, com 33,8%. A avulsão foi responsável por 18,3% das lesões.

Relativamente aos tecidos duros e da polpa, a fratura de esmalte e dentina sem complicações (sem exposição pulpar) foi o tipo de lesão mais prevalente com 37,8% dos casos, seguida da fratura de esmalte com 28,89% e da fratura complicada da coroa (de esmalte e dentina com exposição pulpar) com 26,67%.

O grupo que apresentou um menor número de lesões foi o dos tecidos ósseos, em que a fratura do processo alveolar e a fratura da mandíbula apenas totalizaram 18,2% dos tipos de lesões. No entanto, quando presente, representa uma lesão muito severa, que implica um atendimento médico imediato.

Castro (2011) analisou os registos dos exames realizados em mulheres vítimas de lesões corporais pelo departamento médico-legal de Vitória, durante o período de 2004 a 2008, com o objetivo de discriminar os tipos de lesões mais frequentemente encontradas, tanto na cabeça como pescoço, quanto no complexo dento-alveolar, e identificar as regiões mais comumente atingidas. Das 1.589 mulheres vítimas de violência doméstica avaliadas, a autora verificou que a maioria (58%) apresentaram lesões orais ou craniofaciais. Destas, 33,44% encontrava-se na faixa etária dos 25 a 35 anos, sendo a média de idade de 31 anos. Os principais agressores foram o companheiro (37,43%), seguido do marido (19,31%), totalizando 56,74% dos casos.

Dentro da área anatómica mais lesada, a mesma autora (2011), observou uma elevada prevalência de lesões envolvendo as regiões orbitária (17,14%), cervical (16,63%), frontal (12,51%), malar (8,53%), labial (8,46%) e nasal (7,81%). O tipo de lesões mais frequentes foram as equimoses (28,85%), as escoriações (24,59%) e as tumefações (21,11%), sendo estas lesões classificadas como leves (96,33%), contusas de ordem mecânica e representadas pela agressão direta com o próprio corpo, ou seja, por meio das mãos (socos, bofetadas, empurrões) ou pés (chutos e pontapés) e pelo uso de instrumentos contundentes.

Entre a pequena percentagem de lesões intraorais registadas, as equimoses e as escoriações foram as mais frequentes, coincidindo com as lesões extraorais. Os locais mais atingidos da boca foram os dentes, a mucosa labial e a mucosa jugal. Das lesões alvéolo-dentárias, a lesão mais frequente foi a fratura dentária, presente em 50% dos casos, seguida da avulsão (33,3%) e da luxação (12,5%). Os incisivos superiores foram os dentes mais afetados (66,67%).

Também Garbin *et al.* (2012), ao analisar a prevalência e os tipos de trauma dentário decorrentes de situações de violência doméstica, verificou um predomínio de lesões na cabeça e no pescoço (38,7%). Entre todas as lesões da cabeça e no pescoço, apenas 2,0% correspondiam a casos de trauma dentário. Os dentes identificados como os mais lesados foram os incisivos superiores (31,8%), seguidos pelos incisivos inferiores (27,3%) e os caninos superiores (9,1%). De referir que dos dentes traumatizados, 59,1% sofreram fratura, 27,2% sofreram luxação e 13,7% sofreram avulsão. Os traumas dentários foram despoletados por agressões como socos e bofetadas.

Segundo Barbieri, Campos, Cintra e Faria (*cit. in* Castro 2011), a diminuída percentagem de lesões no complexo maxilo-mandibular é explicada pelo facto dos exames serem efetuados apenas por médicos legistas, sem a participação de Médicos Dentistas, podendo significar que a região maxilo-facial não foi objeto de um exame mais detalhado, sendo a sua ocorrência subnotificada. Para os autores, de um modo geral, o médico tem dificuldade em descrever com precisão as lesões que envolvem esta região anatómica, pois ultrapassa os limites da sua formação específica. Tendo em conta a natureza e complexidade das lesões do sistema estomatognático e a necessidade de avaliar corretamente o dano, não se pode permitir que tais casos sejam avaliados sem a participação de um Médico Dentista.

Saddki *et al.* (2010) realizaram um estudo que envolveu a análise de 242 processos de mulheres vítimas de violência doméstica, que foram encaminhados para um hospital central da Malásia com o objetivo de recolher informações relativas aos locais anatómicos das lesões, tipos de lesões e mecanismos de agressão. Os resultados encontrados revelaram que as agressões ocorrem, maioritariamente, em mulheres com idades compreendidas entre os 21 e 30 anos (37,2%), seguidas das com 31 a 40 anos (36%), sendo o cônjuge o principal agressor em 83,5% das ocorrências. A maior prevalência de lesões ocorreu na região maxilofacial (50,4%), seguida pelas lesões nos membros (47,9%) e na cabeça (24,4%). O terço médio da face foi o mais atingido (60,6%), quer isoladamente ou em combinação com o terço superior ou inferior. Quanto ao tipo de lesões, as contusões, as escoriações e as lacerações foram as mais presentes. Outras lesões como as epistáxis, as fraturas e as luxações dentárias também foram apontadas. A maioria das lesões maxilofaciais foram causados por murros, seguidas pelos pontapés e pelas bofetadas.

No estudo realizado por Garbin *et al.* (2006), já referenciado anteriormente, analisando especificamente as lesões da cabeça e do pescoço, a região peri-orbitária, frontal e os dentes foram as áreas da face mais afetadas.

Pires *et al.* (2012), através da pesquisa documental a relatórios efetuados no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal de São Paulo (Brasil), concluiu que as vítimas do género feminino se encontram, principalmente, na faixa etária de 21 a 30 anos. De acordo com os autores, a maioria das lesões corporais estudadas foi classificada como de natureza leve e nuas, ou seja, sem recurso a instrumentos (59,4%). A cavidade oral foi o local onde houve uma maior prevalência de lesões, tendo sido os tecidos moles os mais afetados (67,3%), seguidos das lesões nos tecidos periodontais (19,9%), ósseos (9,3%) e dentários duros (3,8%). Sobre a análise das lesões nos tecidos moles, o estudo revelou que ocorreu um predomínio de luxações (25%) e lacerações (20,8%). Quando analisados os tecidos duros, as fraturas em esmalte dentário (50,6%) foram superiores às coronárias com envolvimento dentinário e/ou pulpar (38,2%) e às radiculares (11,2%).

Num outro estudo, realizado por Dourado e Noronha (2015), delineado para estimar a prevalência de lesões na face, na cabeça e no pescoço de mulheres vítimas de violência doméstica que recorreram à Delegacia Especial de Atendimento à Mulher em Salvador, Bahia (Brasil), constatou-se que dos 326 boletins de ocorrência pesquisados, 63,2% indicavam a presença deste tipo de lesões. Os principais traumatismos encontrados na face, na cabeça e/ou no pescoço foram escoriações, equimoses, hematomas e edemas, como resultado de agressões sem o recurso a armas (bofetadas ou empurrões). Houve ainda referência a fraturas dentárias e lesões corto-contusas, sendo que no caso mais grave, a vítima apresentava cicatrizes de lacerações severas na face e no pescoço.

Já Ramos (*cit. in* Chiaperini *et al.*, 2008) observou que as lesões detetadas nos exames de corpo de delito em mulheres vítimas de violência doméstica revelaram a existência de fraturas da porção coronária e/ou radicular dos dentes, fraturas mandibulares e maxilares, perdas e luxações dentárias, lesões nos tecidos moles, bem como desordens, anquiloses e luxações na articulação temporomandibular.

Segundo Fenton *et al.* (2000), são exemplos de lesões físicas observadas em mulheres vítimas de violência doméstica, as lacerações na cabeça ou na face, a perda de cabelo (causada pelo contundente puxar de cabelo da vítima), a fratura de dentes anteriores e

mandíbula, a luxação da mandíbula, marcas de mordida, hematomas periorbitais e queimaduras incomuns. Outras lesões físicas presentes e associadas ao abuso sexual incluem as lesões orais relacionadas com doenças sexualmente transmitidas, hematomas do palato duro ou mole e lesões nos freios lingual e labial.

De acordo com o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007/2010), apesar da realidade indicar que as mulheres continuam a ser o grande grupo onde se verifica uma maior incidência das situações de violência doméstica deve-se também ter em consideração que as crianças, os idosos, as pessoas dependentes e as pessoas com deficiência são igualmente atingidas, embora em menor percentagem.

No que concerne às lesões físicas decorrentes dos maus tratos infantis, a maioria dos traumas envolve a região orofacial, nomeadamente a cabeça, a face, a boca e o pescoço, e incluem ferimentos dos tecidos duros e moles, além de queimaduras, lacerações, fraturas, hematomas em diferentes fases de cicatrização e marcas de mordida (Cairns *et al.*, Cavalcanti *et al.*, Granville-Garcia *et al.*, Jessee *et al.*, Tsang *et al.*; Marques *et al.* e Naidoo *et al. cit. in* Massoni *et al.*, 2010).

As marcas de mordida são um tipo de lesão normalmente associado a alguma forma de abuso físico ou sexual em crianças, aparecendo de diferentes formas e dependendo das circunstâncias em que são provocadas. Os profissionais de saúde oral têm também aqui um papel fundamental no reconhecimento deste fenómeno (Massoni *et al.*, 2010).

Segundo a *American Board of Forensic Odontology*, a marca de mordida humana é definida como sendo uma marca de agressão, circular ou oval, consistindo em dois arcos em forma de U, opostos e simétricos, separados nas suas bases por espaços com uma área de equimose ao centro. Na sua periferia podem existir abrasões, contusões e/ou lacerações que refletem o tamanho, a forma e a localização das superfícies de contato da dentadura humana. Perante uma marca de mordida produzida por um ser humano, o profissional de saúde tem o dever de realizar um exame criterioso à vítima. O exame deve conter a descrição da lesão, o registo fotográfico, a amostra de saliva presente na marca de mordida, as impressões e a excisão da área (se necessário), seguindo-se a localização da marca de mordida, o contorno da superfície, o tamanho, a coloração, a orientação, a forma e o tipo da lesão (Goetten, 2014).

De seguida, são apresentadas algumas das manifestações orofaciais decorrentes do abuso físico a crianças de acordo com estudos de vários autores (Tabela 2).

Localização das lesões	Manifestações orofaciais
Lábios	Hematomas, lacerações, cicatrizes (por trauma persistente), queimaduras (causadas por alimentos quentes ou cigarros), equimoses, arranhões ou cicatrizes nas comissuras (indicativos da utilização de mordação).
Boca	Lacerações no freio labial ou lingual (causadas por beijo, alimentação ou sexo oral forçados), queimaduras ou lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca (causadas por alimento ou utensílios quentes).
Dentes	Fraturas, deslocações, com mobilidade ou avulsionados, raízes residuais múltiplas (sem história plausível para esclarecer os ferimentos).
Maxila ou mandíbula	Sinais da fratura passada ou atual, côndilos, ramos, sínfise, bem como má-oclusão incomuns resultando de trauma anterior.
Outras partes do corpo próximas à cavidade oral	Hemorragia da retina, ptose e hematoma periorbital, contusões e fraturas nasal, danos na membrana timpânica, com hematoma na orelha.

Tabela 2 – Manifestações orofaciais resultantes do abuso físico infantil (Avon, Dubowitz *et al.*, Hendler *et al.*, Jessee *et al.*, Tsang *et al.* e Marques *et al. cit. in* Massoni *et al.*, 2010).

Quanto ao tipo de lesões orofaciais, veja-se a tabela seguinte (Tabela 3).

Localização das lesões	Tipo de lesões orofaciais
Lábios	Escoriações, equimoses, lacerações, queimaduras, lesões de infeções sexualmente transmitidas.
Mucosa gengival e jugal	Abrasões, lacerações, queimaduras, petéquias, lesões de infeções sexualmente transmitidas.
Língua	Mordedura, queimaduras, patologia infecciosa por agentes de infeções sexualmente transmitidas.
Freio labial e lingual	Lacerações, equimoses.
Palato	Sufusões, lacerações, hematomas, petéquias, queimaduras.
Dentes	Luxação, avulsão, fratura, intrusão, necrose.
Ossos face e mandíbula	Fraturas.

Tabela 3 – Tipo de lesões orofaciais resultantes do abuso físico infantil (Crespo, 2011 e Fenton *et al.*, 2000).

Relativamente às lesões nos idosos provocadas pela violência no seio familiar, a informação presente na literatura internacional é ainda pouco consistente, uma vez que se trata de um problema subdiagnosticado e subnotificado (Sousa *et al.*, 2010).

De acordo com Dias (2009) e Fernandes (2011), de todas as formas de violência doméstica, os maus tratos contra idosos são os menos detetados e conseqüentemente os menos denunciados. Uma das razões para este facto poderá dever-se ao isolamento, visto que muitos dos idosos vivem sozinhos e grande parte, especialmente os mais dependentes, têm contacto somente com membros da família ou encontram-se institucionalizados.

Para Sousa *et al.* (2010), os abusos a idosos geralmente não chegam aos serviços de saúde, uma vez que permanecem neutralizados nas relações familiares ou são ocultados pelos prestadores de cuidados.

O diagnóstico de maus tratos a idosos depende da obtenção de uma história minuciosa, junto do paciente e junto do prestador de cuidados. Um exame físico rigoroso e uma avaliação psicossocial detalhada são os melhores instrumentos para a identificação de sinais de abuso. O recurso a testes neurológicos e psicológicos devem também ser utilizados para ajudar a identificar o abuso (Marshall *et al.*, 2000).

Os profissionais de saúde devem ter em atenção os sinais e sintomas normais do envelhecimento e as patologias e as limitações funcionais características da idade, de forma a diferenciá-los de possíveis maus tratos (Marshall *et al.*, 2000).

Segundo o estudo da *National Elder Abuse Incidence* (*cit. in* Alves 2004), o abuso físico a idosos é o tipo de mau trato menos frequente, contrariamente à negligência que é o tipo de abuso mais prevalente.

Os maus tratos a idosos quando presentes, conforme informações da APAV (2013), indicam que a maioria dos idosos, vítimas de crime e de violência, são mulheres com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos.

Quanto aos principais perpetradores das agressões, os filhos são os mais apontados, seguidos pelos cônjuges (National Elder Abuse Incidence Study *cit. in* Alves 2004).

Para Bennett e Ebrahim (*cit. in* Fernandes 2011), os idosos vítimas de violência têm idade superior a 75 anos e a maioria pertence ao gênero feminino (embora ambos os gêneros sejam vítimas de violência). Estes idosos não têm papel ativo na sociedade, apresentam-se funcionalmente debilitados e residem na mesma casa dos filhos.

No que diz respeito às consequências da violência física nos idosos, estas poderão resultar em lesões como hematomas, lacerações, contusões, abrasões, escoriações, fraturas das costelas ou ossos longos, luxações, queimaduras de vários graus, ferimentos na cabeça, no pescoço, nos seios, no abdômen ou nos órgãos genitais, lesões em redor da face, dos ouvidos e do pescoço, nariz ou dentes fraturados, bem como ferimentos com um padrão (ferimentos na forma do objeto usado para os provocar), lesões com diferentes estágios de cicatrização e marcas de ataduras nos tornozelos, nos pulsos ou no pescoço (Bennet e Ebrahim, Clark, Drake e Freed, Espino, Menicalli, Dias, Silva e Vitorino, *cit. in* Fernandes, 2011; Sousa *et al.*, 2010 e Hirsch e Loewy, 2001).

Sob o aspeto orofacial, as lesões provocadas pelo abuso físico incluem o trauma labial, hematomas no rebordo alveolar, hematomas nos tecidos moles faciais, dentes fraturados, subluxados ou avulsionados, fraturas zigomáticas, maxilares ou mandibulares e lesões oculares. A presença de glossite, xerostomia, queilite angular, halitose, má higiene oral, doenças dentárias galopantes, ausência de próteses dentárias bem como falta de consultas de acompanhamento de cuidados de saúde médicos ou dentários são indicadores importantes de negligência, os quais os profissionais de saúde oral não podem descurar (Fenton *et al.*, 2000).

Tendo em conta que 50% das lesões decorrentes da violência doméstica referem-se a traumas orofaciais, o Médico Dentista é o profissional de saúde que mais possibilidade tem de detetar este tipo de problema. Justamente por isso, cabe a ele diagnosticar, tratar, orientar e encaminhar as vítimas de violência aos serviços de assistência especializados (Carvalho *et al.*, 2013).

3.3 O papel do Médico Dentista face a situações de violência doméstica

Relativamente aos casos de violência doméstica e maus tratos, os profissionais de saúde têm um papel preponderante no que respeita à deteção, sinalização e/ou denúncia, para além do dever ao nível do tratamento e acompanhamento das vítimas, uma vez que, em

algum momento da sua vida, a maioria entra em contacto com os serviços de saúde em consultas de vigilância, de doença ou por outros motivos (Crespo *et al.*, 2011; Direção-Geral de Saúde, 2014; Trovão *et al.*, 2012).

Ao não identificar ou não reconhecer uma situação de violência como condicionante de um problema de saúde, os profissionais podem estar a levar a uma nova vitimização, bem como a contribuir para a continuidade do mau trato e para a cronicidade do problema (Direção-Geral de Saúde, 2014).

A notificação dos casos de violência tem uma grande importância, pois é por esse meio que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (Saliba *et al.*, 2007).

Segundo Ferreira e Schramm (*cit. in* Tornavoi *et al.*, 2011), é por meio da notificação que se cria um elo entre a área da saúde e o sistema jurídico e desta forma dá-se início ao desenvolvimento de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência.

De entre os diversos profissionais, os Médicos Dentistas têm um papel de relevo superior, pois, como já foi exposto anteriormente, o crânio, a região orofacial e o pescoço são as zonas anatómicas mais frequentemente atingidas em vítimas de violência doméstica. Tais zonas coincidem com a área de maior foco de atenção destes profissionais. No entanto, devem os mesmos estar atentos a todos os outros indicadores de violência doméstica.

De acordo com Costa *et al.* (2010), o Médico Dentista é o profissional que possui maior contato com pacientes vítimas de violência doméstica, sejam crianças, adultos ou idosos, uma vez que 50% das lesões decorrentes de maus tratos dizem respeito a traumas orofaciais. Este facto demonstra a relevância deste profissional de saúde na identificação, tratamento, prevenção e encaminhamento de tais ocorrências.

Segundo Carvalho *et al.* (2013), a suspeita de maus tratos deve fazer parte da rotina do exame clínico realizado pelo Médico Dentista.

3.3.1 Motivos de não denúncia dos maus tratos pelos profissionais de saúde

Estudos internacionais indicam que apenas 10% das vítimas de maus tratos em contexto familiar são identificadas ao nível dos serviços de saúde (Manita *et al.*, 2009).

Para Deslandes (*cit. in Saliba et al.*, 2007), os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância do fenómeno da violência doméstica, concentrando as suas atenções apenas nas lesões físicas e raramente a prevenir ou diagnosticar a origem dos danos.

Na opinião de D'Oliveira e Schraiber (*cit. in Saliba et al.* (2007), os profissionais de saúde ainda encaram a violência doméstica como um problema que diz respeito à esfera da segurança pública e da justiça e não à assistência médica.

Carvalho *et al.* (2013) e Saliba *et al.* (2007) consideram que os profissionais da saúde receiam em notificar as situações suspeitas de maus tratos devido ao medo de perder os pacientes, à falta de confiança nos serviços de proteção, ao medo de lidar com os agressores, à incerteza no diagnóstico e ao desconhecimento da verdadeira responsabilidade em notificar ou, simplesmente, não se querem envolver com os casos. Pode ser ainda referida a falta de preparação profissional, uma vez que a maioria das disciplinas na área da saúde não contemplam nos seus programas formação relacionada com a violência.

Segundo Cancela (2014), muitos profissionais de saúde também não reportam situações de violência, porque não têm prática clínica suficiente para identificar os abusos, receiam realizar um diagnóstico errado, não conseguem confrontar o presumível abusador, têm medo que o abusador maltrate mais a vítima, desconhecem os trâmites que devem ser ativados para denunciar o abuso e ainda receiam envolverem-se com o sistema jurídico e saírem prejudicados na sua carreira.

Também a Direção-Geral de Saúde (2014) identifica diversos obstáculos à deteção de casos de violência doméstica relacionados com os profissionais de saúde, nomeadamente:

- internalização de mitos, crenças e estereótipos de género adquiridos e mantidos no processo de socialização ao longo da vida;
- entendimento de que “a violência é da esfera privada, não devo intervir”, “não ocorre na minha população utente”, “é da responsabilidade de outros profissionais”;
- não consideração da violência como um problema de saúde;
- vivência, passada ou presente, de experiências pessoais face à violência: enquanto vítima/agressor;
- crença de que a violência não é muito frequente;
- tentativa de racionalização do comportamento do/a agressor/a;
- medo de ofender a vítima;
- receio piorar a situação (temor pela integridade da vítima ou pela sua própria segurança);
- desconhecimento de estratégias de intervenção, por falta de formação e prática;
- formação demasiado biomédica e não biopsicossocial;
- escassa formação em competências de comunicação na entrevista clínica;
- sensação de impotência e/ou frustração;
- receio de colocar em risco a relação profissional/utente;
- dificuldade em compreender a dinâmica da violência;
- nas situações de violência doméstica, desconhecimento de que os filhos também são vítimas de violência vicariante.

Um estudo realizado em França por Drigeard *et al.* (2012) revela que apenas 5,7% dos Médicos Dentistas procura de forma sistemática sinais de maus tratos nos seus utentes. O mesmo estudo refere ainda que 36% destes profissionais já se depararam com um ou vários casos suspeitos de abuso, sendo que os pacientes em causa eram principalmente mulheres (54%). Em apenas 28% dos casos os Médicos Dentistas referiram ter atuado em conformidade com a legislação referente à violência doméstica. Dos inquiridos, 75,9% refere sentir a necessidade de mais informação e formação nesta área.

Num outro estudo realizado por Tornavoi *et al.* (2011), no âmbito dos conhecimentos dos Médicos Dentistas sobre a violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos, verificou-se que 15% dos profissionais referem já ter atendido crianças, 27% mulheres e 6% idosos vítimas de violência doméstica. Quanto à suspeita, 34% dos profissionais já suspeitaram de que algum paciente menor de idade fosse vítima de violência doméstica, 35% que alguma mulher tivesse sofrido maus tratos e 9% que algum idoso tivesse sido agredido.

No que diz respeito às medidas que tomariam perante a constatação dos casos de violência doméstica, Tornavoi *et al.* (2011) concluíram que no caso da violência contra crianças, a maioria dos Médicos Dentistas denunciaria às autoridades competentes (45%). 37% destes médicos conversariam com os pais ou responsáveis das crianças.

No que diz respeito à agressão contra mulheres, o diálogo com a vítima seria a medida mais tomada (69%), seguindo-se da comunicação dos factos às autoridades competentes (23%). Quanto aos idosos, 40% dos participantes consideram necessário conversar com a vítima, 34% informar o ocorrido às autoridades competentes e 22% comunicar aos responsáveis.

O estudo de Tornavoi *et al.* (2011) permitiu concluir que a grande maioria dos Médicos Dentistas ainda necessita de desenvolver competências e habilidades no que se refere ao tema da violência doméstica, tanto no diagnóstico como nas condutas a adotar.

3.3.2 Como atuar perante a violência doméstica

Com o propósito de uniformizar os procedimentos para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de violência, a Direção-Geral de Saúde (2014) propôs um fluxograma geral de atuação como modelo de referência. Este fluxograma encontra-se estruturado tendo em conta as principais etapas que devem orientar a atuação do profissional de saúde numa perspetiva dinâmica e não estanque, contribuindo para atuações mais exequíveis, planeadas e efetivas (Figura 1).

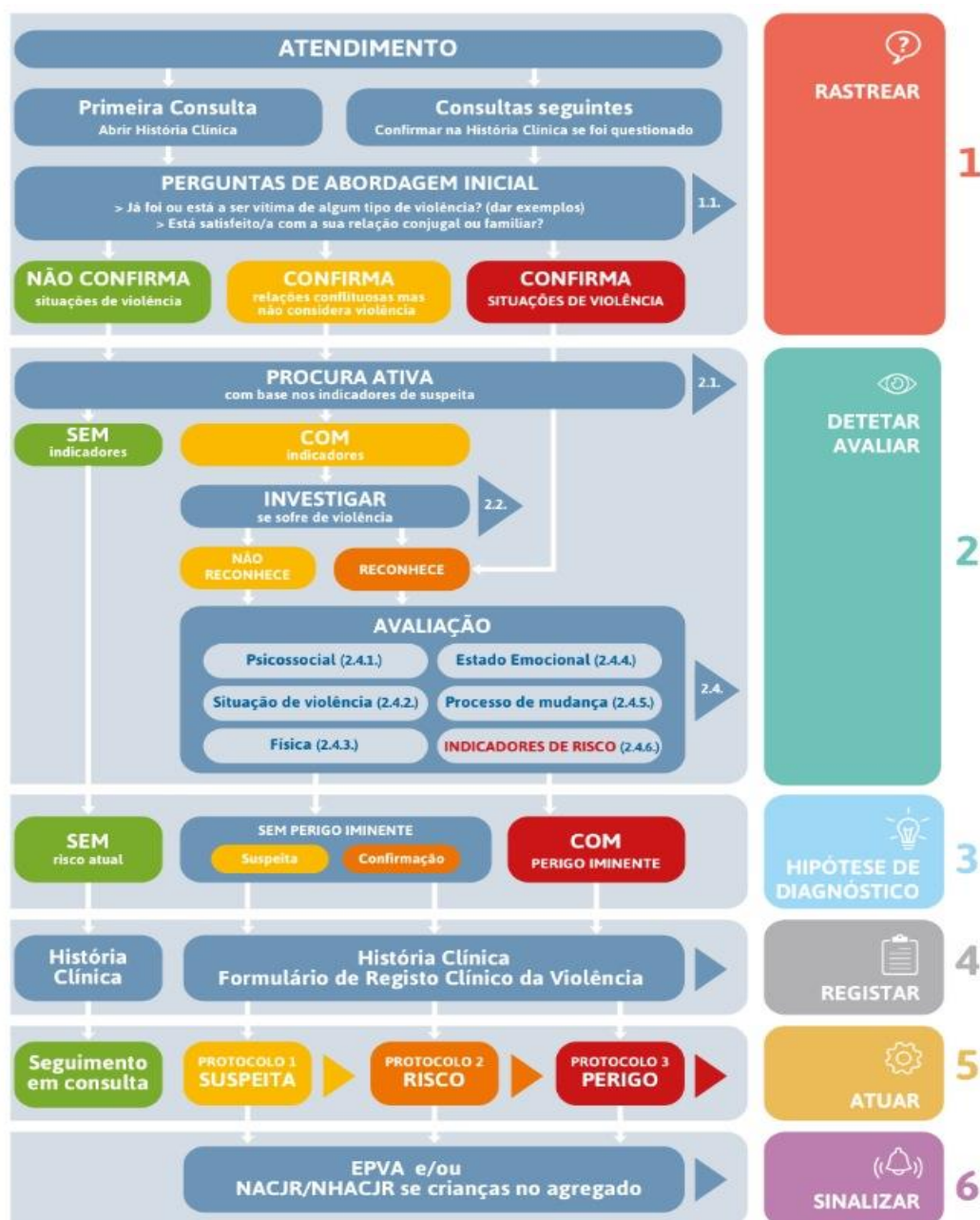


Figura 1 – Fluxograma geral de atuação em violência interpessoal (Direção-Geral de Saúde, 2014).

3.3.2.1 Rastreio

A violência doméstica é uma área complexa, marcada pelo silêncio das vítimas e pela ausência de sinais claros de abuso. Assim sendo, nesta etapa de abordagem inicial é fundamental considerar a formulação de questões de rotina que permitam a deteção precoce e a prevenção de futuras situações de maus tratos. O rastreio deve ser realizado de forma cuidadosa, etapa a etapa, até o profissional assegurar que tem informação

suficiente para compreender e sustentar a sua intervenção. As questões sobre a violência deverão ser feitas de forma direta, regular e rotineiramente, sem juízos de valor, com empatia e a sós com o paciente, independentemente da presença ou ausência de indicadores de violência.

3.3.2.2 Detecção/Avaliação

Nesta etapa, o profissional de saúde, durante a entrevista clínica ou o exame físico, deve dar especial atenção a indicadores que possam sugerir a existência de violência, tanto nas possíveis vítimas como nos potenciais agressores.

Com base nos indicadores de violência, se o profissional de saúde suspeitar que um paciente possa ser vítima de abuso, deverá realizar uma entrevista clínica específica para tentar confirmar ou afastar tal hipótese.

Se o paciente confirmar ser vítima de violência e/ou apresentar indicadores de suspeita, deve efetuar-se uma avaliação integral a nível:

- psicossocial;
- da situação de violência,
- do exame físico;
- do estado emocional;
- do processo de mudança na vítima;
- dos indicadores de risco.

Os dados a recolher para a avaliação integral da vítima encontram-se no formulário de registo clínico de violência (Anexo I).

3.3.2.3 Hipótese de diagnóstico

Nesta fase, o profissional de saúde deverá colocar hipóteses de diagnóstico de forma a decidir qual o melhor plano de intervenção a seguir, com base na avaliação global da situação já realizada. Deste modo, o profissional poderá deparar-se com uma das seguintes situações:

- sem risco atual (o paciente não confirma situações nem revela indicadores de suspeita de violência);
- suspeita sem perigo iminente (o paciente não confirma situações de violência, mas revela indicadores suspeitos abuso);
- confirmação sem perigo iminente (o paciente confirma, mas não reconhece situações conflituosas como violência e indicadores de suspeição de abuso);
- confirmação com perigo iminente (presença de indicadores que possam configurar perigo iminente que coloque em causa a segurança do paciente, incluindo a dos seus dependentes).

A deteção de indicadores de risco e a perceção positiva de perigo por parte da vítima, através da avaliação dos indicadores de risco, pode significar que se afigura iminente a possibilidade do paciente sofrer um episódio de violência com perigo para a própria vida.

3.3.2.4 Registo

O registo de episódios de violência é muito importante, dado o seu valor para o planeamento de atuação e a prevenção de futuras situações de abuso, constituindo-se como meio de prova num processo judicial.

O registo deve ser realizado na ficha clínica do paciente e no formulário de registo clínico de violência (Anexo I), com o maior grau de detalhe e objetividade. Devem ser também registadas todas as informações relevantes recolhidas durante a anamnese/entrevista e os procedimentos efetuados, tais como o exame físico, a recolha de vestígios e a fotodocumentação.

A documentação fotográfica dos elementos relevantes observados constitui um procedimento de enorme importância. O registo fotográfico de achados significativos relacionados com a violência física e/ou sexual permite a preservação de imagens que não seriam suscetíveis de voltar a serem observadas em circunstâncias idênticas, sendo também particularmente relevantes como termo de prova num processo judicial e para consequentes medidas de proteção da vítima e penalização do agressor.

Na captação das imagens fotográficas, o profissional de saúde deverá ter em conta os requisitos básicos da fotodocumentação, nomeadamente a exatidão, a nitidez, a focagem correta, a exposição adequada, a utilização de luz natural, o uso de testemunho métrico (réguas, entre outros) e a identificação.

Relativamente ao registo para a denúncia de suspeição de prática de crime, este deve ser efetuado no formulário de denúncia de crime (Anexo II) criado para esse efeito, sendo posteriormente dirigido ao Ministério Público da Comarca da respetiva área.

O profissional de saúde deve ter em atenção que antes de qualquer procedimento, é fundamental garantir o consentimento declarado, livre e esclarecido (Anexo III) da vítima ou do seu representante legal, em função da sua idade, do tipo de alegado crime e de outras disposições éticas e legais em vigor, nomeadamente nos casos de agressões sexuais.

3.3.2.5 Atuação/Sinalização

A presença de situações de violência requer uma atuação rápida e eficaz do profissional de saúde. Nesse sentido, deve o mesmo elaborar um plano de intervenção que vise fundamentalmente proteger a vítima, intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo e evitar a recorrência dos abusos.

De acordo com as hipóteses de diagnóstico obtidas, a Direção-Geral de Saúde sugere protocolos de atuação, os quais servem como guiões orientadores, uma vez que compete ao profissional ajustá-los e adaptá-los às necessidades da vítima e às circunstâncias e situação em causa.

Assim, perante uma situação de suspeita (quando a vítima não reconhece encontrar-se numa situação de violência) deve-se:

- informar a vítima da avaliação realizada acerca da situação em que se encontra;
- realizar seguimento em consulta, ou seja, promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando-a na compreensão enquanto problema que necessita de resolução, e oferecer apoio integral e interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais apresentados.
- informar a vítima sobre os recursos de apoio que dispõe nesta área, e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento;

- sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), enviando uma cópia do formulário de registo clínico de violência ou, se necessário, solicitar apoio para a intervenção a esta entidade. No caso de crianças e jovens, referenciar ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)/Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) (Anexo IV).

Perante uma situação de risco (quando a vítima confirma encontrar-se numa situação de violência, mesmo que não reconheça como tal) o profissional deve:

- seguir todas as indicações elencadas anteriormente;
- sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações acerca da denúncia. Em caso de aceitação, apoiar a vítima na denúncia/queixa, e no caso de recusa, proceder à denúncia, enviando cópia do formulário de denúncia de crime (Anexo II) para o Ministério Público.

No caso de uma situação de perigo (quando a vítima se encontra em situação de perigo iminente de vida, de acordo com avaliação de indicadores de risco), deve-se atuar da seguinte forma:

- informar a vítima da avaliação realizada acerca da situação em que se encontra;
- manter a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o agressor e, em caso de necessidade, contactar as forças de segurança (Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública);
- tratar lesões físicas e prestar apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhar para as especialidades adequadas;
- contactar a linha de emergência social telefonando para o 144, caso necessário;
- preencher formulário de denúncia de crime (Anexo I) e enviar para o Ministério Público;
- avaliar o seguimento da situação.

É importante referir que o fluxograma geral de atuação em violência está instituído no setor público do Sistema Nacional de Saúde, contudo, e apesar da grande maioria dos Médicos Dentistas ainda não pertencerem a este regime, pretende-se com este documento facultar aos profissionais de saúde um referencial técnico que lhes permita desenvolver, no dia-a-dia, formas de resposta mais concertadas, assentes nos mesmos princípios orientadores, na utilização de uma linguagem comum, numa melhor articulação

interinstitucional e na execução de procedimentos para as diversas situações e formas de violência (Direção-Geral de Saúde, 2014).

Em Portugal, o crime de violência doméstica encontra-se tipificado no artigo 152º do Código Penal. Trata-se, de um crime público, ou seja, basta que o Ministério Público adquira a notícia do crime (por conhecimento próprio, por intermédio de órgãos de polícia criminal ou mediante denúncia) para que se dê início ao procedimento criminal. Por se tratar de um crime público, independentemente da vontade da vítima ou do seu representante legal, e de acordo com o artigo 242º do código do Processo Penal, a Lei estabelece a obrigatoriedade da sua denúncia (Sancho, 2015).

Assim, no caso de suspeita de situações passíveis de configurar crimes públicos, como são a violência doméstica e os maus tratos, a denúncia pode ser feita por qualquer pessoa ou entidade diretamente ao Ministério Público, junto do tribunal da área de residência da vítima ou indiretamente através das entidades policiais ou dos serviços médico-legais (delegações ou gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses). Paralelamente, no caso de violência com envolvimento de menores, deve ser também sinalizada à Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens da área de residência da criança, tendo como objetivo promover a intervenção de promoção e proteção (Magalhães *cit. in* Crespo *et al.*, 2011 e Trovão *et al.*, 2012).

De referir que é possível apresentar queixa ou denúncia das situações de violência mesmo que não se conheça a identidade do autor do crime (Direção-Geral de Saúde, 2014).

III. CONCLUSÃO

A violência doméstica é hoje amplamente reconhecida como um grave problema em matéria de direitos humanos e de saúde pública. Este é um fenómeno transversal a toda a sociedade, independentemente da idade, do género, da afinidade populacional, da orientação sexual, da classe social ou da localização geográfica.

Considerando que a maioria das lesões em vítimas de violência doméstica se localizam predominantemente na região orofacial, pescoço e cabeça, o Médico Dentista é o profissional que se encontra na posição mais favorável para reconhecer e detetar os sinais e sintomas característicos deste tipo de abuso.

Nenhum quadro clínico é patognomónico de abuso ou maus tratos, no entanto é importante que o Médico Dentista esteja atento aos sinais de alarme (indicadores), sendo de valorizar que todas as tipologias de abuso decorrem de fatores de risco diversos, devendo estes ser sempre considerados durante a avaliação clínica.

A chave para a suspeita e deteção de abuso deve ser baseada na identificação de uma inconsistente história da lesão relatada, quer pelos possíveis agressores, quer pela vítima, na presença de achados clínicos suspeitos no exame físico e frente a fatores de risco associados a cada tipo de abuso.

Após a perceção de casos violência e abuso, o Médico Dentista desempenha um papel fundamental na proteção da vítima, devendo estar atento às suas preocupações e aos seus receios. Para além de recolher e guardar toda a documentação da história clínica, desde registos fotográficos e radiográficos a documentação da história da lesão para futura análise pelas autoridades competentes, deve saber também como e para onde deve encaminhar as vítimas de abuso.

O profissional de saúde tem o dever de notificar os vários tipos de violência de que tiver conhecimento, uma vez que estes são considerados como crimes públicos na atual Legislação Penal Portuguesa, logo de denúncia obrigatória, podendo responder pela sua omissão.

Contudo, é essencial proporcionar aos Médicos Dentistas formação contínua na área da violência doméstica, para que estes se tornem observadores treinados na identificação de fatores de risco e de indicadores de abuso, realizem diagnósticos seguros e procedam a uma atuação correta sobre os aspetos legais da sinalização e denúncia de suspeitas.

Este trabalho torna evidente que o tema em questão tem um indiscutível potencial para prosseguir em distintos níveis de análise, de modo a instruir alunos e futuros Médicos Dentistas na deteção precoce de situações de abuso e atuar em conformidade.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. (2014). *Violência Contra Idosos: Vulnerabilidades(s) e Contributos para a Prevenção e Intervenção*. Tese de Mestrado em Psicologia Forense e Criminal do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. [Em linha]. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7850/1/Abreu%2c%20Ana%20M.%20Louren%C3%A7o%20de.pdf>> [Consultado em 2/08/2015].
- Alves, J. (2004). *Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos*. Polícia e Justiça. Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais, III Série, número especial temático, pp. 133-151.
- APAV (2013). *Estatísticas APAV - Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência [2000-2012]*. Disponível em <http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2000-2012.pdf> [Consultado em 12/08/2015].
- APAV (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Disponível em <http://apav.pt/publiproj/images/yootheme/-PDF/ManualCrianças_Jovens_PT.pdf> [Consultado em 02/08/2015].
- APAV (2010). *Manual Titono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. [Em linha] Disponível em <http://www.apav.pt/pdf/Titono_PT.pdf> [Consultado em 16/08/2015].
- APAV (2010). *Manual Alcipe - Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência*. [Em linha] Disponível em <http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/-ManualAlcipe.pdf> [Consultado em 16/08/2015].
- APAV (2003). *Relatório penélope sobre violência doméstica no sul da europa*. Disponível em <<http://www.fd.unl.pt/Anexos/5951.pdf>> [Consultado em 02/08/2015].

- Araújo, R. *et alli.* (2011). *Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica.* Caderno De Odontologia Clínica., 3 (9), pp. 78-85.
- Artigo 152.º do Código Penal. Diário da República, 1.ª série — N.º 37 — 21 de fevereiro de 2013. [Em linha]. Disponível em <<https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2013/02/03700/0109601098.pdf>> [Consultado em 11/10/2015].
- Azevedo, M. *et allii.* (2006). *Maus tratos à Criança.* Lisboa, Climepsi Editores.
- Barroso, Z. (2007). *Violência nas relações amorosas: uma análise sociológica dos casos detectados nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e do Porto.* Lisboa, Colibri.
- Cancela, M. (2014). *O papel do médico na deteção de casos de abuso de pessoas idosas.* Dissertação de Mestrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em linha] Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76856/2/102980.pdf>> [Consultado em 12/06/2015].
- Canha, J. (2003). *Criança maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – Estudo prospectivo de 5 anos.* Coimbra, Quarteto editora.
- Carvalho, L. *et alli.* (2013). *O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado.* Medicina (Ribeirão Preto), 46 (3), pp. 297-304. [Em linha] Disponível em <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/AO_O%20cirurgi%E3odentista%20frente%20%E0%20viol%EAncia%20dom%E9stica.pdf> [Consultado em 18/06/2015].
- Casimiro, C. (2008). *Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género.* Análise Social, 43 (3), pp. 579-601.
- Castro, T. (2011). *Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: registros do Departamento Médico Legal de Vitória (ES), entre 2004 e 2008.* Dissertação de Mestrado em Biologia Buco-Dental– Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000795259>>

[Consultado em 6/08/2015].

- Chiaperini, A. *et alli.* (2008). *Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura.* Rev. Saúde, Ética & Justiça, 13 (2), pp. 72-78.
- Crespo, M. *et alli.* (2011). *O papel do Médico Dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de criança.* Acta Med Por, 24 (4), pp. 939-948. [Em linha] Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73522/2/73929.pdf>> [Consultado em 10/06/2015].
- Cordeiro, M. (2003). *Maus tratos a crianças e adolescentes. Chegou o momento de dizer «basta!».* Revista Portuguesa Clinica Geral. 19, pp. 151-160.
- Correia, S. (2013). *Crenças acerca da violência conjugal e ruturas da conjugalidade na população residente nos distritos de Lisboa e Setúbal.* Tese de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. [Em linha]. Disponível em <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5416/SANDRA~1.PDF?sequence=1>> [Consultado em 2/08/2015].
- Costa, A. (2009). *Violência conjugal - A Mulher e a Criança* [Em linha] Disponível em <<http://www.violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=321>> [Consultado em 04/07/2015].
- Costa, M. *et alli.* (2010). *Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia.* Ciência & Saúde Coletiva, 15 (2), pp. 563-574. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a33.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Dahlberg, L. e Krug, E. (2007). *Violência: um problema global de saúde pública.* Ciência & Saúde Coletiva, 11, pp. 1163-1178. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>> [Consultado em 11/09/2015].

- Dantas, S. e Giffin, K. (2005). *A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2), pp. 417-425. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/08.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Dias, I. (2010). *Violência doméstica e justiça: respostas e desafios*. Revista do Depart
- Dias, M. (2009). *Os maus tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. [Em linha] Disponível em <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/17982/2/sumariodalicao000078852.pdf>> [Consultado em 7/07/2015].
- Direcção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. [Em linha] Disponível em <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>> [Consultado em 16/08/2015].
- Drigeard, C. *et alli*. (2012). *Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists*. European journal of dental education, 16 (3), pp. 156-165.
- Dourado, S. e Noronha, C. (2015). *Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal*. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (9), pp. 2911-2920. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2911.pdf>> [Consultado em 10/08/2015].
- Fenton, S. *et alli*. (2000). *Orofacial considerations for pediatric, adult, and elderly victims of abuse*. Emergency Medicine Clinics of North America, 18 (3), pp. 601-617. [Em linha]. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Jerry_Bouquot/publication/12353846_Orofacial_considerations_for_pediatic_adult_and_elderly_victims_of_abuse/links/0f31752ebd2ee5c408000000.pdf/download?version=vtp> [Consultado em 10/07/2015].

- Fernandes, E. (2011). *Qualidade de Vida e Maus tratos do Idoso na Comunidade*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia – Especialidade em Gerontologia Social da Universidade da Madeira. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.uma.pt/bitstream/10400.13/349/1/MestradoEduardaFernandes.pdf>> [Consultado em 6/08/2015].
- Garbin, C. *et alli*. (2012). *Occurrence of Traumatic Dental Injury in Cases of Domestic Violence*. *Braz Dent J*, 23 (1), pp. 72-76. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/bdj/v23n1/v23n1a13.pdf>> [Consultado em 10/09/2015].
- Garbin, C. *et alli*. (2006). *Violência doméstica: análise das lesões em mulheres*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12), pp. 2567-2573. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Goetten, I. (2014). *Avaliação de lesões corporais em vítimas de mordeduras: uma revisão da literatura*. *Rev. Bras. Crimin.*, 3 (2), pp. 41-45. [Em linha]. Disponível em <http://www.rbc.org.br/ojs/index.php/rbc/article/download/76/pdf_15> [Consultado em 10/12/2015].
- Gomes, V. *et alli*. (2015). *Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (4), pp. 718-724. [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00718.pdf> [Consultado em 10/07/2015].
- Gonçalves, C. (2006). *Idosos: abuso e violência*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral*, 22, pp. 739-745.
- Gondim, R. *et alli*. (2011). *Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais*. *An Bras Dermatol*, 86 (3), pp. 527-536. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n3/v86n3a15.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Gueller, A. (2006). *Entre a mãe ideal e a medicina ideal: Síndrome de Münchausen transferida, um transtorno factício*. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 6, pp. 56-68. [Em linha] Disponível em

<http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v3_n2/3.2%20-%206.pdf> [Consultado em 15/07/2015].

- Hirsch, H. e Loewy, R. (2001). *The management of elder mistreatment: the physician's role*. Wien Klin Wochenschr, 113 (10), pp. 384-392.
- Krug, E. et alli. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. [Em linha] Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf> [Consultado em 20/08/2015].
- Lisboa, M. et alli. (2005). *Saúde e violência contra as mulheres: estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Lourenço, N. e Carvalho, M. (2001). *Violência doméstica: Conceito e âmbito. Tipos e espaços de violência*. Revista da Faculdade de Direito da UNL, 3, pp. 95-121.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso – Respostas Simples para Questões Complexas*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhães, T. et alli. (2008). O relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil. In: Vieira, D. e Quintero, A. (Ed.). *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Caixa Seguros, pp. 159-171.
- Magalhães, T. (2002). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra, Edições Quarteto.
- Massoni, A. et alli. (2010). *Aspectos orofaciais dos maus tratos infantis e da negligência odontológica*. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (2), pp. 403-410. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a16.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Marshall, E. et alli. (2000). *Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment*. Geriatrics, 55 (2), pp. 42-53.

- Ministério da Administração Interna (2015). *Violência Doméstica - 2014. Relatório anual de monitorização*. [Em linha] Disponível em <http://www.sg.mai.gov.pt/Noticias/Documents/Rel%20VD%202014_vfinal_14ago2015.pdf> [Consultado em 11/09/2015].
- Manita, C. et alli. (2009). *Violência doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Instituições de Apoio a Vítimas*. Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. [Em linha]. Disponível em <https://www.cmcoimbra.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7661&Itemid=381> [Consultado em 19/07/2015].
- Moya, A. et alli. (2005). *Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. [Em linha] Disponível em <<http://www.copib.es/pdf/imserso-malostratos-01.pdf>> [Consultado em 11/09/2015].
- Oliveira, E. e Martins, S. (2007). *Violência, sociedade e escola: da recusa do diálogo à falência da palavra*. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), pp. 90-98. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a13v19n1.pdf>> [Consultado em 11/09/2015].
- Oliveira, R. et alli. (2014). *A origem dos maus tratos: Revisão sobre a evolução histórica das perceções de criança e maus tratos*. *Psychology, Community & Health*, 3 (1), pp. 36-49. [Em linha] Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3135/1/PCH_2014_3%281%29_36.pdf> [Consultado em 20/08/2015].
- Ordem dos Médicos Dentistas (2009). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2009/04/responsabilidade-social-medicina>> [Consultado em 12/07/2015].
- Organização das Nações Unidas (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recurso*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Pereira, C. (2014). *A importância da identificação, interpretação e documentação das lesões e a sua relevância para a investigação criminal e para os tribunais judiciais*.

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em linha] Disponível em <https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=607541> [Consultado em 08/11/2015].

- Pires, G. *et alli.* (2012). *Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares.* Oral Sci., 4 (1), pp. 10-17. [Em linha]. Disponível em <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/article/viewFile/4669/2929>> [Consultado em 10/09/2015].
- Polsky, S. e Markowitz, J. (2006). *Atlas en color de Violencia Doméstica.* Barcelona, Editiones Masson.
- Prazeres, V. *et alli.* (2011). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Prazeres, V. *et alli.* (2008). *Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da Saúde.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Queirós, M. (2009). *Tipificação das lesões na Violência Doméstica.* Dissertação de Mestrado em Medicina Legal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em linha] Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20566/2/Dissertao%20Maria%20Gabriel%20Araujo%20Queirs.pdf>> [Consultado em 08/07/2015].
- Ramos, T. (2008). *A Intervenção na criança/jovem em risco – Um percurso a construir.* Dissertação de Mestrado em Bioética da Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22134/3/TeseTnia-Ramos.pdf>> [Consultado em 6/07/2015].
- Redondo, J. *et alli.* (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos.* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco - Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco*. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. [Em linha]. Disponível em <<https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/11781/1/tese%20-versao%20reformulada%20final2.pdf>> [Consultado em 2/08/2015].
- Rezende, E. et alli. (2007). *Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG*. Rev Bras Epidemio, 10 (2), pp. 202-214. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/07.pdf>> [Consultado em 10/07/2015].
- Ribeiro, C. (2009). *A Criança na Justiça: Trajetórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Porto: Almedina
- Saddki, N. et alli. (2010). *Research article Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women*. BMC Public Health, 10, pp. 1-6. [Em linha]. Disponível em <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-10-268?site=bmcpublichealth.biomedcentral.com>> [Consultado em 14/07/2015].
- Saliba, O. et alli. (2007). *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. Rev Saúde Pública, 41 (3), pp. 472-477. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>> [Consultado em 15/06/2015].
- Sancho, P. (2015). *O segredo médico no contexto de violência doméstica*. Revista da Ordem dos Médicos publicou na sua última edição, 165, pp. 17-20.
- Schraiber, L. et alli. (2006). *Violência e saúde: estudos científicos recentes*. Rev Saúde Pública, 40, pp. 112-120. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630>> [Consultado em 11/09/2015].
- Shipway, L. (2004). *Domestic violence: A handbook for health professionals*. Londres: Routledge [Em linha]. Disponível em <https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=UD_8watH3aAC&oi=fnd&pg=P>

P1&dq=Domestic+violence:+A+handbook+for+health+professionals&ots=bSZqFvYNx&sig=0AapUblfL5hQFvkA_oOb6xlyEPA&redir_esc=y#v=onepage&q=Domestic%20violence%3A%20A%20handbook%20for%20health%20professionals&f=false> [Consultado em 11/07/2015].

- Silva, M. (2007). *A Importância da Medicina Dentária nas Situações de Violência Doméstica*. Dissertação de Mestrado em Ciências Forenses da Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22417/3/TESE%20FINALMHV282007.pdf>> [Consultado em 6/07/2015].
- Soriano, J. *et alli*. (2006). Guia de orientação para os profissionais de saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. *Revista Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças*, 1, pp. 33-55.
- Sousa, D. *et alli*. (2010). *Maus tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. 13(2), pp. 321-328. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a16v13n2.pdf>> [Consultado em 20/08/2015].
- Stavrianos, C. *et alli*. (2008). *Nutritional Child Neglect: a Review*. *The Internet Journal of Forensic Science*, Volume 4, Number 1. [Em linha] Disponível em <<http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/8472>> [Consultado em 02/07/2015].
- Tornavoi, D. *et alli*. (2011). *Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica*. *RSBO*, 8 (1), pp. 54-59. [Em linha] Disponível em <http://vdisk.univille.edu.br/community/depto_odontologia/get/ODONTOLOGIA/RSBO/RSBO_v8_n1_janeiro-marco2011/v8n01a07.pdf> [Consultado em 15/08/2015].
- Trovão, J. *et alli*. (2012). *Abuso contra crianças: a percepção do médico na intervenção pediátrica*. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Universidade de Coimbra. 23, pp. 161-173.

ANEXOS

Anexo I

Formulário de Registo Clínico de Violência

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel: E-mail:

Vulnerabilidade particular: Grávida Pessoa idosa Dependente (física/mentalmente) Dependente economicamente do/a suspeito/a Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência Migrante Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento de língua portuguesa, solicitar apoio ao CNAJ (www.acid.gov.pt)



Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/s(a) agressor/e(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

- Abuso/Dependência de substâncias { Alcool Drogas Outras substâncias (especificar)
- Comportamentos delinquentes
- Práticas abusivas prévias { a Familiares a Desconhecidos
- Patologia psiquiátrica
- ITS's
- Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AValiação da Situação de Violência

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- | | | | | | |
|---|----------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Negligência/privação | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Autodirigida | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |
| <input type="checkbox"/> Outra | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sem gravidade | <input type="checkbox"/> Pouco grave | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Muito grave |

NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Prática" na Pág. 16.

Situações específicas:

- Violência Doméstica — Relações de Intimidade Relações familiares Violência vicariante

Violência de Género

NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.

Tráfico de Seres Humanos

Institucional Laboral

Bullying Cyberbullying

Stalking Grooming

Mutilação Genital Feminina Clitoridectomia Excidão Infibulação Outras

Violência Discriminatória (especificar)

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual, deficiência

Frequência: Descrever relativamente à situação mais frequente ou grave.

Única Episódica Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

Mecânicos Contundentes Cortantes Perfurantes

Fogo e explosivos

Físicos Térmicos - calor e frio Elétricos Radiações

Químicos Substâncias cáusticas e corrosivas Tóxicas

Tecnológicos Filme Fotografia Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstância do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo de violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/da seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

Patologia psiquiátrica (especificar)

Abuso/Dependência de substâncias Álcool
 Drogas
 Psicofármacos
 Outras (especificar)

Historial de violência prévia Infância Vítima
 Idade adulta Perpetrador/a
 Vítima
 Perpetrador/a

Outras consequências da vitimação (médicas, sono, alimentação, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/da seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

Patologia psiquiátrica (especificar)

Abuso/Dependência de substâncias Álcool
 Drogas
 Psicofármacos
 Outras (especificar)

Historial de violência prévia em familiares (infância e/ou idade adulta)

Violência intrafamiliar (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)

EXAME FÍSICO -> ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

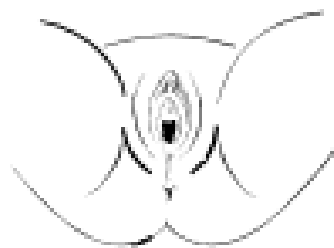
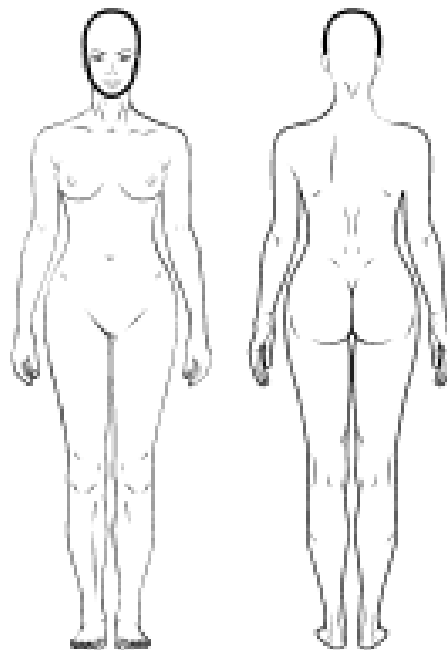
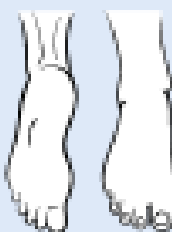
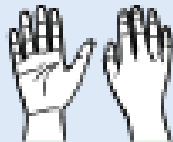
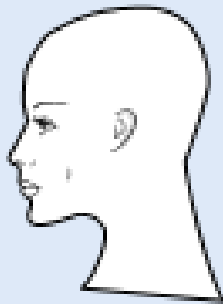


Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

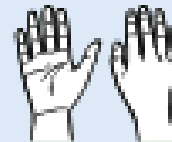
- Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.

Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

Se a situação clínica o permitir, fotografar áreas da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e acam e fêcos.

– Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)

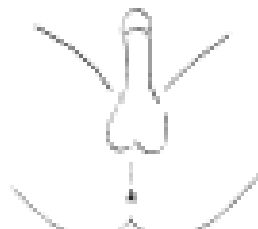
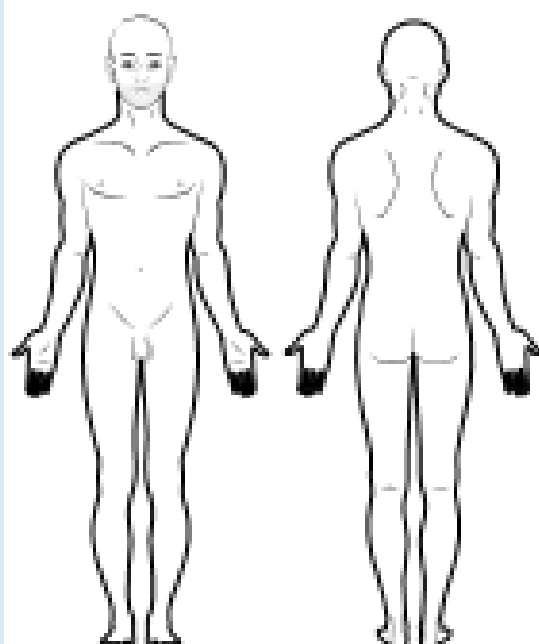
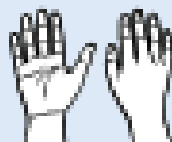
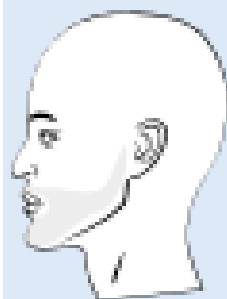
– Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões

– Identificar as feridas com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de vítima.

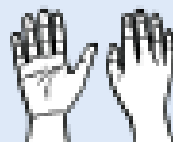
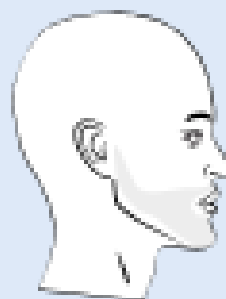


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido da/s vítima/s, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- Ansiedade/Medo Labilidade Agitação Desorientação
- Tristeza Apatia Confusão mental Ideação suicida

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1** Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2** Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3** Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4** Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5** O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6** Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

1 Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- Ameaça ou uso de armas
- Ameaça ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- Ameaça ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- Meus irmãos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- Lesões graves em incidentes anteriores
- Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- Ameaça ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- Episódios de violência durante a gravidez
- Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- Manifestação de ciúmes extremos, controle obsessivo de atividade diária (onde vai, com quem está, que dinheiro tem)
- Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- Agravamento das estratégias de isolamento
- Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- Comportamento violento generalizado e outros contextos
- Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- Histórico de crimes do/a agressor/a
- Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2 **NA PRESENÇA DESTES INDICADORES, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE**

Resposta positiva da vítima aos itens de percepção de perigo:

- Sentimento de insegurança
- Recusa em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- Existência de perigo para os filhos
- Presença do/a agressor/a em localização próxima
- Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- Falta apoio da rede de suporte familiar ou social

3 Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, percepção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

Suspeita de violência



Ver pág. 191

Confirmação de violência
Situação de Risco



Ver pág. 192

Confirmação de violência
Situação de Perigo



Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

Enfermagem Psicologia Serviço Social Outra

Tratamento de lesões (especificar tipo)

Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

Episódio(s) de Urgência Episódio(s) de Internamento

Contacto com a Linha de Saúde 24

Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.*

Contactos

Apoio por ONG/IPSS: APAV AMCV UMAR NAV

Outra

Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar conselho)

Apoio pela RAPVT

Apoio pelo Protocolo RSI

Apoio pelo Banco Alimentar

Linha de Emergência Social 144

Outras linhas de apoio telefónico

Acolhimento em Casa de Abrigo

Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

Queixa/denúncia anterior (especificar nº processo)

GNR

PSP

PJ

Ministério Público

Avaliação Forense INMLCF, IP

Medidas judiciais

Afastamento do/a agressor/a

Melos técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

Serviço de teleassistência

Intervenção pela DGRS

Sinalização para Observatório(s)

Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsn.mal.gov.pt/>)

Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde
(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

Outro (especificar)

Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

- Protocolo 1 – Suspeita Protocolo 2 - Risco Protocolo 3 - Perigo
- Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

- Tratamento de lesões (especificar tipo)
- Prescrição de ECD (especificar)
- Prescrição de Medicação Especificar:
- Encaminhamento Serviço Urgência
- Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica (especificar)
- Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:
- Enfermagem Psicologia Serviço Social Outra
- Internamento. Especificar:
- Contacto com a Linha de Saúde 24
- Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR
- Número do processo Equipe

VIOÊNCIA SEXUAL

- Teste de gravidez
- Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)
- Interrupção da gravidez
- Despiste de ITS/VIH/Hepatite B
- Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- Apoio pela rede de suporte familiar/social
- Acompanhamento por IPSS: APAV ANCV UMAR Outra
- Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- Apoio RSI
- Apoio Banco Alimentar
- Linha de Emergência Social 144
- Outras linhas de apoio telefónico
- Acolhimento em Casa Abrigo
- Intervenção pela CPCJ
- Encaminhamento/realização de queixas/denúncia
- GNR PSP PJ Ministério Público
- Avaliação Forense INMLCF
- Medidas judiciais
- Afastamento do/a agressor/a Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
- Serviço de teleassistência Intervenção pela DG RS
- Sinalização para Observatório(s)
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.obtahmsi.gov.pt/>)
- Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/area-em-destaque/violencia-formulario-novospx/>)
- Outra. Especificar:
- Outra. Especificar:

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- Apenas sinalização (casuística)
- Consultadoria
- Intervenção N° proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- Apenas sinalização
- Consultadoria
- Intervenção N° proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: IMMLCE, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):

CONTACTO ORAL

- Beijou/lambeu
- Mordeu
- Contactou os genitais com a boca
- Contactou a região anal com a boca
- Ejaculou na boca

CONTACTO GENITAL

- Contactou com os dedos/mão nos genitais
- Penetrou com os dedos na vagina
- Contactou com um objeto nos genitais
- Penetrou com um objeto na vagina
- Contactou com o pénis na vulva
- Ejaculou na vulva
- Penetrou com o pénis na vagina
- Ejaculou na vagina

CONTACTO ANAL

- Contactou com os dedos/mão na região anal
- Penetrou com os dedos no ânus
- Contactou com um objeto na região anal
- Penetrou com um objeto no ânus
- Contactou com o pénis na região perianal
- Ejaculou na região perianal
- Penetrou com o pénis no ânus
- Ejaculou no ânus

Relativamente ao/a(s) suspeito/a(s),
a vítima:

CONTACTO ORAL

- Foi obrigada a beijar/lamber
- Mordeu
- Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
- Foi obrigada a contactar com a região perianal

CONTACTO GENITAL

- Foi obrigada a contactar com o pénis nos genitais
- Foi obrigada a penetrar com o pénis na vagina

CONTACTO ANAL

- Foi obrigada a contactar com o pénis na região perianal
- Foi obrigada a penetrar com o pénis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- Utilização de preservativo
- Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- Outras vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Levou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascarou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram:
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pentear, levou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="checkbox"/> Destruiu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | |

OUTROS DADOS NA MULHER

Idade da menarca Data última menstruação

Idade da coitarca Duração ciclo menstrual

Nº de gravidez(es) Complicações gravidez(es)

Nº e tipo de parto(s)

Nº e motivo de abortamento(s)

Métodos contraceptivos

- Antecedentes cirúrgicos
- Menstruação da vítima na data da colheita
- Infecções de transmissão sexual
- Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

Abuso/Dependência de substâncias Álcool
 Drogas
 Outras substâncias (especificar)

Comportamentos delinquentes

Práticas abusivas prévias a Familiares
 a Desconhecidos

Patologia psiquiátrica

ITS's

Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

Anexo II

Formulário de Denúncia de Crime

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME

Exmo./a Sr./a Procurador/a da República de

Atento o disposto nos artigos 262.º e 264.º e para efeito de denúncia nos termos do disposto no artigo 242.º, n.º 1, b), do Código do Processo Penal, vimos dar notícia do seguinte:

VÍTIMA

Nome

Data Nascimento Nacionalidade

Identificação: N.º Validade

Morada

Contactos

DENUNCIADO/A(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

TESTEMUNHA(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

FACTOS

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

(descrição genérica da violência, incluindo mecanismos; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima e avaliada pelo/a profissional).

Frequência:

Única Esporádica Reiterada (especificar local mais frequente)

ELEMENTO(S) QUE PODEM CONSUBSTANCIAR PROVA

- Formulário de Registo Clínico de Violência
- Fotodocumentação
- Vestígios recolhidos (Incluindo Formulário de Cadela de Custódia)

Nome do Profissional

Serviço/Unidade

Assinatura: Data: / /

Anexo III

Formulário de Consentimento Declarado, de Forma Livre e Esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DECLARADO DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA (ART. 3.º, LEI Nº 15/2014)

EXAME FÍSICO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Nome: Data de nascimento:

Declaro que me foi prestada informação detalhada sobre o exame a ter lugar, bem como ao objetivo do mesmo.

Compreendo que:

1. O exame inclui observação física, e pode englobar obtenção de fotografias e/ou colheita de vestígios, peças de vestuário e/ou amostras biológicas para exames laboratoriais.
2. Em caso de crime público, a partir do exame e após avaliação de risco, será remetido ao Ministério Público um formulário de denúncia de crime a ser usado como meio de prova.
3. Nesse formulário, constam dados pessoais e da situação de violência relevantes para a denúncia. A recolha destes dados pode ser realizada no momento do exame ou posteriormente a este.
4. Se não autorizar a realização do exame, a prova da agressão pode ficar comprometida.
5. Posso retirar o consentimento em qualquer altura da realização do exame ou consentir apenas partes da sua realização.

Mais declaro que:

- CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**
- Exame Físico
 - Incluindo a região anogenital
 - Não incluindo a região anogenital
 - Fotografias
 - Incluindo a região anogenital
 - Não incluindo a região anogenital
 - Colheita de vestígios para exames laboratoriais
 - Incluindo a região anogenital
 - Não incluindo a região anogenital
 - Colheita de peças de vestuário ou outras para exames laboratoriais
 - Colheita de amostras biológicas para exames laboratoriais
- NÃO CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**

Assinatura da vítima ou seu/sua representante legal (pai/mãe/tutor/a ou outro)

Assinatura do/a profissional de saúde que vai realizar o exame

Data: / /

Anexo IV

Ficha de Sinalização

Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JÓVEN			
Nome	<input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem.	Data Nasc. / /	Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal -
Telefone	Telemóvel	Nº Utente	
Centro de Saúde	Jardim-de-infância/Escola		
Médico de Família			
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável	Outras Informações de Interesse		
N.º Irmãos Coabitantes:			
B - DADOS DA SINALIZAÇÃO			
Entidade Sinalizadora:			
Contactos da Entidade:		Email	
Telefone	Telemóvel	Fax	
Morada			
Quem sinaliza:			
Contactos:			
Data de sinalização: / /			
Data do primeiro contacto com a família na situação em análise __ / __ / ____			
C - MOTIVO DA SINALIZAÇÃO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)			
Mau trato físico	<input type="checkbox"/>	Negligência	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico / emocional	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Abandono afectivo	<input type="checkbox"/>	Disfuncionalidade parental/familiar	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (suspeita)	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (confirmado)	<input type="checkbox"/>
Problemas comportamentais - agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	<input type="checkbox"/>	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...)	<input type="checkbox"/>
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...)	<input type="checkbox"/>	Absentismo escolar sem justificação	<input type="checkbox"/>
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo	<input type="checkbox"/>	Problema de saúde grave na criança/tratris	<input type="checkbox"/>
Outros motivos:	<input type="checkbox"/>	Comentários:	

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Suspeição: <input type="checkbox"/> Suspeita	<input type="checkbox"/> Observação isolada	<input type="checkbox"/> Evidência	<input type="checkbox"/> Observação isolada
	<input type="checkbox"/> Observação reiterada		<input type="checkbox"/> Observação reiterada

Tipo de Intervenção: Ligeira Moderada Intensiva Muito Intensiva

D – INICIATIVAS ACTUAIS e/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? Sim Não

Iniciativas actuais / Medidas já tomadas (especifique, se possível, as opções assinaladas):

- Encaminhamento para Urgência _____
- Apoio junto de outro familiar _____
- Contacto com Psicólogo _____
- Contacto com Serviço Social _____
- Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros _____
- Contacto com Consulta de Especialidade _____
- Internamento em Serviço Hospitalar _____
- Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal
- Contacto com CPCI _____
- Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) _____
- Accionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo iminente;
- Outros: _____

Técnico Responsável pelo plano

Data de início da Implementação do Plano: __/__/__

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? Sim Não

Porquê?

E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?

- Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pela NACJR/NHACJR (se nos 30 dias subsequentes à presente sinalização, não existir qualquer registo de seguimento por esta equipa/profissional, a situação é encaminhada para o NACJR/NHACJR).
- Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique _____

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de Caso.

NACIR/NHACIR- FICHA DE SINALIZAÇÃO

FINALIDADE: A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

Esta Ficha destina-se a intervenções que visem prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, desprotecção ou mau trato. Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:

1. **Sinalização Interna para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACIR)** da instituição onde foram observadas situações de risco, e/ou, na sua ausência, **para notificar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACIR)** do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem;

2. **Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial;**

As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a actuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos, é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACIR / NHACIR.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitem a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para o que se solicitará a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.

No campo "Idade", dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.

No campo "Jardim-de-Infância/Escola", dever-se-á indicar o nome da escola e outras dados mais específicas, se estiverem disponíveis.

No campo "Dados da mãe/pai ou pessoa responsável", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.

No campo "Outras informações de interesse" poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

B - DADOS DA SINALIZAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACIR/NHACIR e os dados que permitem identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como gestor de caso.

C - MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Neste campo, dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo "Comentários" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.

Desta secção da Ficha de Sinalização, também faz parte a "Lista de sinais, sintomas, indicadores e factores de risco observados" que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco [potencial ou verificada], no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "Tipo de Suspensão" e ao "Tipo de Intervenção". Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: LIGEIRA - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA - quando a situação implica medidas de promoção e protecção; MUITO INTENSIVA - quando a criança/jovem se encontra em perigo.

D - ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações realizadas, actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento.

E - PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACIR/NHACIR

Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for "Não", haverá que solicitar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação), justificando o facto.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

- 1) A Ficha será sempre enviada ao NACIR/NHACIR para fins estatísticos, preferencialmente por correio electrónico;
- 2) Quando solicitada colaboração, a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACIR/NHACIR), preferencialmente por correio electrónico;
- 3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.

ANEXO - Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinale os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).

No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.

Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/ indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

Físicos	
Hemorragias conjuntivais	<input type="checkbox"/>
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)	<input type="checkbox"/>
Traumatismo cranio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade com uma explicação consistente	<input type="checkbox"/>
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas	<input type="checkbox"/>
Fractura de fêmur em criança que não iniciou marcha	<input type="checkbox"/>
Fractura de costelas e/ou corpos vertebrais, fractura de metáfis	<input type="checkbox"/>
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)	<input type="checkbox"/>
Equimoses, hematomas, escoriações, equimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo accidental	<input type="checkbox"/>
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, cordão, molas, chicote, régua...)	<input type="checkbox"/>
Síndrome da criança abanada (acudida)	<input type="checkbox"/>
Persistência de sintomas de difícil explicação	<input type="checkbox"/>
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos	<input type="checkbox"/>
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo	<input type="checkbox"/>
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio	<input type="checkbox"/>
Síndrome de abstinência no período neonatal (tremores, dificuldades na alimentação, sudoresas intensas, entre outras)	<input type="checkbox"/>
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...)	<input type="checkbox"/>
Aspecto mal cuidado	<input type="checkbox"/>
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada...)	<input type="checkbox"/>
Alopécia traumática por amarramento, ou por postura prolongada com deformação do crânio	<input type="checkbox"/>
Cansaço, sonolência e apatia frequentes	<input type="checkbox"/>
Outros:	

Psicológicos/Emocionais	
Traços, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa	<input type="checkbox"/>
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	<input type="checkbox"/>
Perturbação do comportamento alimentar	<input type="checkbox"/>
Perturbação do sono	<input type="checkbox"/>
Alterações do controlo dos esfíncteres (enureses, encopreses)	<input type="checkbox"/>
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	<input type="checkbox"/>
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas	<input type="checkbox"/>
Auto-mutilação	<input type="checkbox"/>
Comportamento ou ideação suicida	<input type="checkbox"/>
Relutância em regressar a casa e/ou fuga	<input type="checkbox"/>
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)	<input type="checkbox"/>
Outros:	

Abuso Sexual	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, prolapso, infecção)	<input type="checkbox"/>
Infecções de transmissão sexual	<input type="checkbox"/>
Corrimento vaginal persistente ou recorrente	<input type="checkbox"/>
Presença de espermatozóides no corpo de criança/jovem	<input type="checkbox"/>
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem	<input type="checkbox"/>
Laceração do hímen	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal ou anal	<input type="checkbox"/>
Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	<input type="checkbox"/>
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	<input type="checkbox"/>
Lesões no pénis ou região escrotal	<input type="checkbox"/>
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	<input type="checkbox"/>
Gonorréia	<input type="checkbox"/>
Condições crónicas	<input type="checkbox"/>
Prostituição infantil	<input type="checkbox"/>
Outros:	