

Renata Dejtjar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer
Luci Pfeiffer
Coordenadores

MANUAL DE ATENDIMENTO
ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

2ª edição



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO – SPSP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP

Coordenadores

Renata Dejtjar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer
Luci Pfeiffer

**MANUAL DE ATENDIMENTO
ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

2ª edição

CFM
Brasília, 2018

Copyright © 2018 – Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência
– 2ª edição – Sociedade de Pediatria de São Paulo / Sociedade Brasileira de Pediatria

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Núcleo de Estudos da Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente
Rua Maria Figueiredo, 595, 10º andar – São Paulo/SP – CEP 04002-003
Fone/Fax: (11) 3284-0308 e 3284-9809
<http://www.spsp.org.br> – e-mail: pediatri@spsp.org.br

Conselho Federal de Medicina

SGAS 915, Lote 72 – Brasília /DF – CEP 70390-150
Fone: (61) 3445-5900 – Fax: (61) 3346-0231
<http://portalmedico.org.br> – email: cfm@portalmedico.org.br

Sociedade Brasileira de Pediatria

Rua Santa Clara, 292 – Rio de Janeiro (RJ) – CEP 22041-012
Fone/Fax: (21) 2548-1999
www.sbp.com.br

Supervisão editorial: Paulo Henrique de Souza e Thaís Dutra

Foto de capa: Márcio Arruda

Copidesque: Caio Ramalho, Isabella Ribeiro e Fernanda Corrêa | Tikinet

Revisão: Caio Ramalho | Tikinet

Projeto gráfico/capa/diagramação: Quality Gráfica e Editora

Tiragem: 3 mil exemplares

Catlogação na fonte: Biblioteca do CFM

Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.

Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. –
2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

328p.: 13,5x20,5 cm.

ISBN 978-85-87077-58-5

1-Violência contra crianças. 2-Violência contra adolescentes. I-Núcleo de Estudos da Violência Contra a Criança e o Adolescente. II-Waksman, Renata Dejtiar, coord. III-Hirschheimer, Mário Roberto, coord. IV-Pfeiffer, Luci, coord. V-Título.

CDD 362.88

COORDENADORES

Renata Dejtjar Waksman

Médica pediatra. Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro do Departamento Materno Infantil do Hospital Israelita Albert Einstein. Membro do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Coordenadora do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente e do Núcleo de Direitos da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Membro da Câmara Técnica de Pediatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Mário Roberto Hirschheimer

Médico pediatra com certificado em Endocrinologia e Terapia Intensiva Pediátricas. Membro da Diretoria Executiva da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Presidente do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Membro dos departamentos de Bioética e Endocrinologia da SPSP e do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente e do Núcleo de Direitos da Criança e do Adolescente da SPSP. Membro da Câmara Técnica de Pediatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Delegado na Delegacia Metropolitana Zona Sul do Cremesp.

Luci Pfeiffer

Doutora em Saúde de Crianças e Adolescentes pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pós-graduada em Psicologia sob viés da Psicanálise. Coordenadora do programa Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Dedica), da Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas (AAHC), em Curitiba. Presidente do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Paranaense de Pediatria e membro deste Departamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

COLABORADORES

Alexandre Francisco de Lourenço

Médico assistente da disciplina de Ortopedia Pediátrica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica (2013-2014). Presidente do Departamento de Ortopedia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Ana Lúcia Ferreira

Mestre em Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz. Professora associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ. Membro do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Ana Maria Peixoto Guimarães de Araújo

Especialista e mestre em Odontopediatria pela Universidade Paulista de São Paulo (Unip/SP). Professora adjunta da disciplina de Odontopediatria pela mesma universidade. Advogada.

Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello

Psicóloga judiciária do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), psicóloga clínica, mestre pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), professora universitária e supervisora. Membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Antonio Carlos Alves Cardoso

Médico pediatra. Doutor em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Assistente do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. Membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Claudio Barsanti

Médico pediatra. Advogado. Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Mestre em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Médico responsável pela UTI Pediátrica do Hospital Santa Marcelina.

Cristina Giovannetti del Conte

Especialista e mestre em Odontopediatria pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fundectofusp). Mestre e doutora em Odontopediatria pela Fosp. Professora do curso

de especialização em Odontopediatria da Fundectó-Fousp. Membro da Equipe de Estomatologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Hospital Santa Catarina.

Danilo Blank

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor associado IV do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Coordenador do curso de pós-graduação em Ensino na Saúde. Secretário do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Gislene do Carmo Jardim

Psicanalista, psicóloga escolar, mestre e doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Professora universitária e membro do Departamento de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Henrique M. Lederman

Mestre e doutor em Radiologia Clínica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor titular e diretor do Centro de Diagnóstico por Imagem do Instituto de Oncologia Pediátrica do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Presidente do Departamento de Diagnóstico por Imagem da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

João Paulo Becker Lotufo

Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP). Representante do assunto drogas na Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e na Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Médico assistente do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo ambulatório antitabágico do Hospital Universitário da USP. Criador do projeto “Dr. Bartô – prevenção de drogas no ensino fundamental e médio”.

José Fernando Maia Vinagre

Médico pediatra. Membro do Conselho Curador da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Membro da Academia de Medicina de Mato Grosso. Ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso (CRM-MT). Corregedor do Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 2009.

José Roberto Baratella

Mestre e doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor titular da disciplina de Cirurgia Pediátrica da Universidade de Santo Amaro (Unisa). Presidente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Presidente da Academia de Medicina de São Paulo. Delegado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Representante da América Latina e do Caribe na World Federation of Associations of Pediatric Surgeons (Wofaps).

Marco Antônio Chaves Gama

Pediatra e hebiatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Pós-graduado em Saúde Mental da Infância e Adolescência pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Membro do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Maria de Jesus C. S. Harada

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Grupo de Pesquisa da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp). Diretora científica da Infusion Nurses Society (INS) Brasil. Membro do Grupo Técnico de Segurança do Paciente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). Participante do Grupo Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/Anvisa), do Ministério da Saúde.

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Mônica López Vázquez

Médica ginecologista. Advogada. Professora doutora e assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Médica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente e do Núcleo de Direitos da Criança e do Adolescente, da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Natália Dutra Cavalcante

Médica residente em Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Renata Cantisani di Francesco

Professora livre-docente da disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutora em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora da USP. Médica assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP. Responsável pelo estágio de complementação especializada em Otorrinolaringologia Pediátrica. Presidente do Departamento de Otorrinolaringologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Roberto Augusto Plaza Teixeira

Hematologista e oncologista pediátrico. Médico assistente do Serviço de Onco-Hematologia do Instituto do Tratamento do Câncer Infantil (Itaci) do Instituto da Criança (ICr), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Doutor em Pediatria pelo Departamento de Pediatria da FMUSP. Hematologista e oncologista pediátrico do Centro de Tratamento Infantojuvenil Fabiana Macedo de Moraes (CTFM-GACC), de São José dos Campos.

Rosa Maria Graziano

Doutora em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médica assistente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Chefe do Departamento de Oftalmopediatria (1981-2012). Presidente do Departamento de Oftalmologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (2004-2010 e 2016-2019) e presidente do Departamento de Oftalmologia Pediátrica do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) (2011-2013).

Silmara da Costa Pereira Cestari

Mestre e doutora em Dermatologia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Professora associada da EPM-Unifesp. Coordenadora do Programa de Residência Médica em Dermatologia do Hospital Sírio-Libanês. Presidente do Departamento de Dermatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Sylvia Lavínia Martini Ferreira

Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp). Coordenadora do Grupo de Saúde Oral da SPSP (2016-2019). Presidente da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (Crosop) (2017-2019).

Tania Maria Russo Zamataro

Médica pediatra da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (Hospital Albert Einstein). Membro do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Presidente do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Tarcila Teixeira

Promotora de Justiça com atribuições junto à Vara de Infrações Penais Contra Crianças, Adolescentes e Idosos e Infância e Juventude do Foro Central da Região Metropolitana de Curitiba (PR). Especialista em Proteção Integral a Crianças e Adolescentes pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Formadora e multiplicadora de conteúdos de depoimento especial de crianças e adolescentes vítimas de violência, no Conselho de Supervisão dos Juízos da Infância e da Juventude (Consij-PR) / Escola da Magistratura do Paraná (Emap).

Théo Lerner

Médico ginecologista. Membro do Programa de Atenção às Vítimas de Violência e Abuso Sexual (Pavas) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Colaborador do Ambulatório de Sexualidade da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Ulysses Doria Filho

Doutor em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Responsável pelo Núcleo de Consultoria e Apoio Metodológico e Estatístico do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira

Ex-médico-legista supervisor do Posto Médico-Legal de Mogi das Cruzes. Ex-professor titular de Medicina Legal da Faculdade de Direito da Universidade Braz Cubas e das Faculdades de Direito e de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes. Membro honorário da Academia de Medicina de São Paulo. Membro da American Academy of Forensic Sciences (EUA).

SUMÁRIO

Mensagens de apresentação	13
Prefácio	15
Introdução	17
1. Acidentes e violências contra a criança e o adolescente	21
<i>Maria Helena Prado de Mello Jorge</i>	
2. Formas de violência contra a criança e o adolescente	31
<i>Maria Helena Prado de Mello Jorge, Renata D. Waksman, Luci Pfeiffer e Maria de Jesus C. S. Harada</i>	
3. Desaparecimento de crianças e de adolescentes	53
<i>José Fernando Maia Vinagre</i>	
4. Crianças e adolescentes em situação de rua	61
<i>Renata D. Waksman</i>	
5. Abuso ou violência física	69
<i>Antonio Carlos Alves Cardoso e Ana Lúcia Ferreira</i>	
6. Negligência ou omissão do cuidar	81
<i>Luci Pfeiffer, Mário Roberto Hirschheimer e Ana Lúcia Ferreira</i>	
7. Violência psicológica	103
<i>Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello e Gislene do Carmo Jardim</i>	
8. Síndrome de Munchausen por transferência	115
<i>Antonio Carlos Alves Cardoso, Mário Roberto Hirschheimer e Luci Pfeiffer</i>	
9. Violência sexual	131
<i>Théo Lerner e Mônica López Vázquez</i>	
10. Autoagressão: das lesões factícias ao suicídio	145
<i>Luci Pfeiffer</i>	
11. Bullying, cyberbullying e crimes virtuais	159
<i>Claudio Barsanti, Marco Antonio C. Gama, Ulysses Doria Filho</i>	
12. Abuso de substâncias: tabaco, drogas e álcool	173
<i>João Paulo Becker Lotufo, Tânia Maria R. Zamataro e Renata D. Waksman</i>	

13. Alertas dos especialistas

Cirurgia pediátrica: <i>José Roberto Baratella</i>	205
Dermatologia: <i>Silmara C. P. Cestari</i>	209
Hematologia: <i>Roberto Augusto Plaza Teixeira e</i>	215
<i>Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira</i>	
Odontopediatria: <i>Ana Maria Peixoto Guimarães de Araújo,</i>	221
<i>Cristina Giovannetti del Conte e Sylvia Lavínia Martini Ferreira</i>	
Oftalmologia: <i>Rosa Maria Graziano</i>	227
Ortopedia: <i>Alexandre Francisco de Lourenço</i>	231
Otorrinolaringologia: <i>Renata C. di Francesco</i>	237
Radiologia e diagnóstico por imagem: <i>Natália Dutra Cavalcante</i>	243
<i>e Henrique M. Lederman</i>	
14. Fundamentos éticos e legais do atendimento	261
<i>Mário Roberto Hirschheimer e Claudio Barsanti</i>	
15. Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento	301
<i>Mário Roberto Hirschheimer, Renata D. Waksman, Luci Pfeiffer e Tarcila Teixeira</i>	
Anexo	326

MENSAGEM DE APRESENTAÇÃO – CFM

A proteção integral da criança e do adolescente é responsabilidade de todos. Na Constituição Federal de 1988, essa missão é definida como prioridade absoluta a ser compartilhada pela família, sociedade e Estado.

De modo conjunto, todos devem trabalhar para assegurar aos membros da faixa etária de zero a 19 anos o direito à vida, à saúde, à dignidade e ao respeito. Também devem ser envidados esforços para “colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Os médicos são fundamentais nesse processo, pois devem estar presentes na vida da população desde o pré-natal, sempre ajudando a encontrar respostas para problemas graves, como é a exposição aos abusos e às agressões.

Assim, com o *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*, o Conselho Federal de Medicina (CFM) – em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) – oferece aos profissionais mais uma importante contribuição, para que os compromissos instituídos pela legislação sejam cumpridos, em favor das futuras gerações.

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

Presidente do CFM

MENSAGEM DE APRESENTAÇÃO – SBP

Com muita alegria apresento o *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência* – 2ª edição, que representa um trabalho conjunto de especialistas na área sobre um tema extremamente importante, que atinge as crianças e adolescentes em todos os segmentos – o segmento da violência. Sobretudo nos dias atuais.

Este Manual é fruto de reflexões extensas de um grupo de 31 especialistas que, com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), se debruçaram sobre as questões da violência que ocorrem na faixa etária pediátrica, para as quais os profissionais de saúde precisam estar atentos – pediatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, e também professores, advogados, jornalistas, enfim, todas as áreas que lidam com crianças e adolescentes, como saúde, educação, assistência social, psicologia, segurança, justiça e mídia.

Proteger as crianças e adolescentes da violência é fundamental, e saber como encaminhar e acompanhá-las nestas circunstâncias também. Este dever é de todos, pois elas representam o futuro da nação.

Convocamos a todos para que possamos lutar juntos por uma realidade menos violenta, a fim de construirmos um amanhã mais seguro para os nossos jovens, com esclarecimento, informação adequada e envolvimento de gestores, junto a profissionais com os mesmos objetivos.

Aproveitem o excelente conteúdo deste Manual!

Luciana Rodrigues Silva
Presidente da SBP

PREFÁCIO

Lançado em 2011 pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), o primeiro *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência* atingiu plenamente seus objetivos, mostrando a importância do tema e conscientizando não só os pediatras, mas todos os profissionais de saúde e aqueles que prestam atenção à criança e ao adolescente.

O sucesso daquela edição, demonstrado pelo rápido esgotamento de sua tiragem e pelos infinitos acessos eletrônicos e downloads, aliado à necessidade de atualização e ampliação dos temas correlacionados, conduziu à imperativa redação de um novo texto. Nesta segunda edição, o número de capítulos e colaboradores convidados aumentou, aliando-se aos profissionais que participaram da publicação anterior. Todos, mestres e conhecedores do assunto, se aprofundaram na discussão de cada tema, trazendo, além de um levantamento bibliográfico atualizado, discussões baseadas em suas experiências profissionais diárias, o que, sem dúvida, enriqueceu sobremaneira o conteúdo deste livro.

Tenho a plena convicção de que esta obra fará com que cada um de seus leitores se torne apto a identificar não só os casos consumados de violência contra a criança e o adolescente, como também as potenciais situações de risco, para que possam orientar e mostrar o melhor caminho, permitindo medidas de proteção às vítimas e a prevenção para este mal tão avassalador.

Este manual é dedicado a todos que trabalham com crianças e adolescentes; a todos que se preocupam com a triste realidade da violência que, infelizmente, cresce a cada dia; a todos que têm a plena convicção de que, nos mais diversos segmentos da sociedade, podem contribuir para diminuir o número de casos de

agressão e abuso e propiciar mecanismos de proteção à infância e à adolescência.

Por fim, agradeço a cada um dos autores e ao CFM, que patrocinou a edição e tiragem desta obra, a ser distribuída por todo o nosso Brasil.

Claudio Barsanti
Presidente da SPSP

INTRODUÇÃO

O paradigma atual de saúde e segurança

Danilo Blank

Profissionais de saúde trabalham para ajudar as pessoas e as comunidades a se manterem em seu grau mais elevado de estado funcional e qualidade de vida, isto é, com competência para resistir aos estresses – sejam de natureza física, mental ou social – de maneira que não reduzam seu tempo de vida, de função ou seu bem-estar. Este é o paradigma contemporâneo de saúde, que contempla ainda a habilidade dessas comunidades em melhorar seu entorno e, obviamente, não faz distinção entre doença e trauma por forças externas ao indivíduo.

Assim, a segurança física e emocional está absolutamente inserida no conceito de saúde que, em última forma, trata do quanto as pessoas se sentem fortes para participar e apreciar a vida pelo maior tempo possível.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS), há poucos anos, optou por ampliar o modo de enfrentar a séria questão de saúde pública dos chamados acidentes e violências, denominando o setor responsável de “Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention” (www.who.int/violence_injury_prevention/en/).

Alinhada ao referido paradigma vigente de saúde, tal visão se preocupa com as deficiências – cujo grau de incapacitação pode variar amplamente, desde uma leve ansiedade pós-traumática até a morte – e seu impacto global no tempo e na qualidade de vida, independentemente da causação interna ou externa ao organismo humano.

Este olhar mais abrangente sobre a segurança, que contempla tanto os determinantes sociais de saúde quanto a métrica dos anos perdidos, com ajuste para deficiência (os chamados “*disability-adjusted life year*” – DALYs), exige importantes mudanças de atitude dos profissionais de saúde.

Vale lembrar que o trauma não era objeto de um olhar epidemiológico até meados do século passado. Profissionais de saúde não diferiam dos leigos em enxergar os chamados acidentes como obra imponderável do acaso; a violência não era vista nem como problema de saúde pública, mas como questão de polícia. Do ponto de vista da saúde de crianças e jovens, qualquer evento traumático era, em princípio, creditado à negligência ou à ignorância, simplesmente desconsiderando a questão dos maus-tratos e agressões.

A iniciativa Global Burden of Disease Study (GBD) (www.healthdata.org/gbd) mostrou em estudo recente que o mundo vem se tornando um lugar mais seguro para viver, pois no último quarto de século houve uma queda de cerca de 30% da sobrecarga à saúde devida a causas externas de morbidade e mortalidade.

Contudo, a GBD alerta a população sobre uma variação muito ampla dos padrões dessa queda, levando em conta os diferentes compassos das ações preventivas e suas interações com os riscos nas regiões do mundo, mecanismos de trauma, faixas de idade, sexo e, sobretudo, níveis de desenvolvimento socioeconômico.

Tal estudo ressalta ainda que as lesões/agravos por causas externas permanecem como um grave e subconsiderado problema de saúde pública, pois respondem por 10% do fardo global à saúde, em um total anual estimado de 3.460 DALYs (anos perdidos, com ajuste para deficiência) por 100 mil habitantes, o que corresponde a cerca de 250 milhões de anos perdidos.

A maior proporção desse prejuízo é causada por traumas no trânsito (29%), autoagressões (14%), quedas (12%), afogamentos (9%) e violência (8%), justamente os mecanismos cuja incidência tem demonstrado os menores índices de diminuição.

Referências

1. Alonge O, Khan UR, Hyder AA. Our shrinking globe: Implications for child unintentional injuries. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63(1):167-81.
2. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev.* 2016;22:1:3-18.
3. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20154079.
4. World Health Organization. Inspire: seven strategies for ending violence against children. 2016 [citado em 2017 nov. 8]. Disponível em: bit.ly/29vXWZM

Capítulo 1. Acidentes e violências contra a criança e o adolescente

Maria Helena Prado de Mello Jorge

O peso das causas externas

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de sua Classificação Internacional de Doenças¹, dedica dois de seus capítulos ao estudo das causas externas que correspondem ao conjunto de acidentes e violências: um relativo à natureza das lesões apresentadas pela vítima e outro às circunstâncias em que o evento se realizou. Segundo esta ótica, as causas externas têm, como eixo classificatório, a intencionalidade do agente e estão distribuídas, portanto, em acidentes e violências, de acordo com as seguintes definições, assumidas pelo Brasil em sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Causas Externas²:

Acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais como trabalho, trânsito, esporte, lazer.

Violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprio ou a outrem.

Embora as causas externas possam ser, genericamente, chamadas de causas violentas, em sentido estrito, somente às causas intencionais deve ser atribuída essa denominação.

Os acidentes englobam, além dos decorrentes do trânsito – que, por sua importância, devem ser estudados em separado –, quedas, afogamentos, envenenamentos e queimaduras acidentais, entre outros.

As causas intencionais, por sua vez, referem-se às violências autoinfligidas (suicídios e tentativas) e heteroinfligidas, chamadas de agressões, que correspondem aos homicídios e suas tentativas. Embora essas causas atinjam, prioritariamente, a população considerada adulta-jovem, seu peso na faixa etária de menores de 20 anos é relevante.

Com relação aos dados no Brasil de 2015, as Tabelas 1.1 e 1.2 apresentam óbitos, internações e distribuição de eventos (decorrentes de todas as causas) segundo idade e causas externas, em especial idade e tipo.

Tabela 1.1 Óbitos e internações de crianças e adolescentes (por todas as causas) segundo idade – Brasil, 2015

Idade (em anos)	Óbitos*		Internações**	
	N.	%	N.	%
< 1	37.501	51,7	573.902	21,9
1 a 4	5.595	7,7	520.283	19,8
5 a 9	3.266	4,5	346.777	13,2
10 a 14	4.893	6,7	298.628	11,4
15 a 19	21.356	29,4	882.357	33,7
Total	72.611	100	2.621.947	100

Fonte: *SIM – Ministério da Saúde, dados brutos.

**SIH – Ministério da Saúde, dados brutos – dados de 2015, sujeitos a retificação.

Tabela 1.2 Óbitos e internações de crianças e adolescentes por causas externas (CE) segundo idade e tipo – Brasil, 2015

Tipo de CE	Crianças				Adolescentes			
	0 a 4 anos		5 a 9 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Óbitos								
Transporte	444	19	390	40,2	606	29	3.174	20
Demais violências	1.448	61,8	395	40,7	598	28,6	1.385	8,7

Lesões autoinfligidas	-	-	3	0,3	132	6,3	722	4,6
Agressões	210	9	113	11,7	645	30,9	9.988	63
Intenção ignorada	200	8,5	62	6,4	102	4,9	556	3,5
Outras	39	1,7	7	0,7	6	0,3	27	0,2
Total	2.341	100	970	100	2.089	100	15.852	100
Internações								
Transporte	3.107	7,7	5.369	10,9	7.475	13,9	22.494	25,4
Demais violências	28.839	71,8	35.500	71,9	36.220	67,6	45.894	51,9
Lesões autoinfligidas	-	-	-	-	328	0,6	890	1
Agressões	809	2	746	1,5	1.275	2,4	6.738	7,6
Intenção ignorada	4.153	10,3	4.877	9,9	5.148	9,6	7.386	8,4
Outras	3.306	8,2	2.875	5,8	3.159	5,9	5.046	5,7
Total	40.214	100	49.367	100	53.605	100	88.448	100

Fonte: *SIM – Ministério da Saúde, dados brutos.

**SIH – Ministério da Saúde, dados brutos – dados de 2015, sujeitos a retificação.

Relativamente à distribuição das mortes segundo o tipo de acidente ou violência, dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde³, verificam que, entre as crianças, as causas acidentais prevalecem em larga margem, ao passo que as causas intencionais se mantêm em menor proporção. No grupo de adolescentes, ao contrário, nota-se certo equilíbrio na faixa de 10 a 14 anos entre causas acidentais e intencionais, com frequências bem mais elevadas nas violências propriamente ditas do grupo de 15 a 19 anos.

Com relação às internações, predominam acidentes em todas as faixas de idade. As violências autoinfligidas e as agressões respondem, no máximo, a 12% no grupo de 15 a 19 anos.

Aqui, é importante a constatação de um grupo de causas cuja intencionalidade não pôde ser determinada, fato que ocorre

tanto para os casos fatais como para os não fatais. Isso significa que este grupo pode englobar tanto casos de acidentes quanto de violências, sinalizando que os casos bem definidos correspondem ao valor mínimo para cada tipo de evento. Outro aspecto de relevância a ser citado diz respeito aos acidentes poderem, às vezes, “mascarar” uma violência, dada a existência de uma “zona cinzenta” entre ambos^{4,5}.

Isso posto, investir na qualidade da informação é aspecto fundamental, com o objetivo de que os dados sejam cada vez mais corretos, completos e fidedignos.

Crianças e adolescentes do Brasil: quantos são, onde estão e alguns de seus hábitos

Apesar de o Brasil vivenciar uma sensível queda nas taxas de natalidade, com apreciável redução do número de filhos por mulher, o contingente populacional de crianças e adolescentes no País ainda é bastante significativo. Projeções feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referiram, para 2017, mais de 60 milhões de pessoas com menos de 20 anos, representando cerca de 30% da população total do Brasil. Nesse montante, verifica-se certo predomínio do sexo masculino sobre o feminino, constatando-se que, quanto à distribuição etária, as proporções são bastante semelhantes, com certa preponderância dos mais velhos sobre os mais novos. Quanto à distribuição geográfica, crianças e adolescentes representam 38,3% da população da região Norte; 33,7% do Nordeste; 27,7% e 27,5%, respectivamente, das regiões Sudeste e Sul; e 30,6% do Centro-Oeste.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) refere que o acesso à escola para a população de 6 a 14 anos no País é de 97,4%, caindo para 87,7% na faixa de 15 a 19 anos, independentemente do rendimento mensal da família⁶.

Recentes publicações do IBGE apresentam resultados de importante investigação entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas selecionadas em todo o País^{7,8}. Esse trabalho (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – Projeto PeNSE)⁹, que objetivou conhecer alguns fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes, indagou-os sobre alguns de seus hábitos. Pela comparação entre o primeiro e o segundo levantamento, foi possível verificar, por exemplo, que no período de três anos decorridos entre o primeiro e o segundo estudo (2012 e 2015), a proporção entre os alunos que apenas experimentaram cigarro e os que se tornaram fumantes manteve-se praticamente a mesma (ao redor de 18 e 6%, respectivamente); o valor dos que experimentaram bebida alcoólica teve pequeno declínio (de 66,6 para 55,5%); e os dados de uso de drogas ilícitas mostraram-se em ascensão (de 2,5 para 4,2%).

Outro aspecto importante a ser conhecido quando se estuda a adolescência refere-se à iniciação sexual de seus protagonistas. Alguns trabalhos mostram que ela ocorre cada vez mais cedo e em geral desprotegida, o que pode trazer consequências graves para a saúde. O Projeto PeNSE revelou que quase 30% dos escolares entrevistados já tiveram relação sexual alguma vez na vida, proporção que se mostrou mais elevada entre os meninos em comparação às meninas. Os resultados mostraram também que cerca de 75% declararam já ter usado preservativo^{7,9}.

Do que adoecem e do que morrem?

Em relação à saúde, é importante registrar o declínio da mortalidade infantil no País, em consequência de vários fatores, entre os quais a melhoria do saneamento básico, o aumento da assistência pré-natal e de parto, e o incentivo ao aleitamento materno. De valores de cerca de 158 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos no período entre 1930 e 1940, o Brasil passou para 45,3 em 1990, e 27,5 em 2001¹⁰, chegando a 2013 com 14,5³.

Os óbitos de crianças e adolescentes, por todas as causas, totalizaram 72.611 em 2015, e praticamente a metade desse valor correspondeu aos menores de um ano; quase 30% estiveram no grupo de 15 a 19 anos; e valores mais baixos corresponderam às idades intermediárias (Tabela 1.1). Quanto às causas, sua ordenação foi variável conforme a faixa etária considerada, verificando-se, entretanto, que com exceção dos menores de um ano, em todas as demais idades houve absoluto predomínio de causas externas. É importante salientar que o número de mortes por essas causas se mostra crescente à medida que aumenta a idade das crianças/adolescentes.

Esses dados – oficiais para o País – são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (disponível em <http://www.datasus.gov.br>), e têm por base as declarações de óbito passadas pelos médicos por ocasião da morte³. O sistema data de 1975-1976, e seus dados, apesar de ainda poderem ser objeto de alguma crítica, já foram considerados como de boa qualidade pela OMS.

Com relação à morbidade, a principal fonte de dados a esse respeito é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que tem origem nas autorizações de internação hospitalar. A crítica a ser feita, considerada como uma limitação do sistema, diz respeito ao fato de ele abranger somente atendimentos do SUS. Se for considerado, entretanto, que o SUS é responsável por cerca de 70% das internações no País, e que estatísticas hospitalares de pacientes internados por planos de saúde e assemelhados ou desembolso próprio não estão rotineiramente disponíveis, evidencia-se a importância da saúde pública para esses dados.

Em 2015, internações de crianças e adolescentes no Brasil totalizaram 2.621.947, representando 23,8% do total de hospitalizações pagas pelo SUS. Pouco mais de 50% dos leitos foram ocupados por menores de 9 anos, e 33,7% por adolescentes de 15 a 19 anos (Tabela 1.1). Quanto ao motivo das internações,

é possível constatar que as causas externas aparecem como a quarta mais importante entre crianças de 1 a 4 anos, ocupando o terceiro posto na faixa de 5 a 9 anos, o primeiro entre adolescentes de 10 a 14 anos e o segundo no grupo de 15 a 19 anos, nos quais acidentes e violências somente foram suplantados por internações por causas maternas.

A gravidez na adolescência é, aliás, um problema que extrapola a área da saúde, visto que tem desdobramentos importantes no campo social e da educação. A adolescente grávida, em geral, retarda sua frequência à escola, chegando, não poucas vezes, a abandonar os estudos. Dados oficiais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram que a proporção de crianças nascidas vivas cuja mãe tem menos de 20 anos é de aproximadamente 20%¹¹. Adolescentes grávidas muitas vezes demoram para assumir a gestação, fato que conduz a um retardo no início do pré-natal, com repercussão importante no número de consultas realizadas. Além disso, nascidos vivos de mães adolescentes apresentam proporções mais elevadas de conceptos com baixo peso, um importante preditor da mortalidade infantil. Em 2015, as causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério causaram a morte de 253 adolescentes e foram responsáveis por quase 560 mil internações no SUS. O aborto representou proporção não desprezível entre os óbitos citados, bem como entre as internações por causa materna.

Considerações finais

Nosso objetivo foi mostrar a importância das causas externas na morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes. Entre os casos fatais, apresentaram o valor de 5,4% nos menores de 5 anos, quase 30% no grupo de 5 a 9 anos, mais de 42% na faixa de 10 a 14 e quase 75% nos adolescentes de 15 a 19 anos. Nas internações, os valores estiveram entre 3,7 e 18%. A esses dados ainda poderia se referir o atendimento em serviços de emergência (Ministério da Saúde – Projeto Viva)¹² que, além de onerarem os serviços,

não poucas vezes agravam as questões atinentes às sequelas e consequentes serviços de reabilitação.

Tendo em conta que acidentes e violências, em maior ou menor grau, são previsíveis e preveníveis, é necessário investir pesadamente para evitar que crianças e adolescentes tornem-se vítimas desses eventos, evitando problemas de natureza física e psicológica, além dos gastos sociais, humanos e econômicos em que o problema se constitui.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1996, Vol. 1.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. 2001 [citado em 2017 jun. 2];96(Seção 1e). Disponível em: bit.ly/2GAifGa
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde (MS/SVS/DASIS) Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos por causas externas – Brasil. 2015 [citado em 2017 jun. 2]. Disponível em: bit.ly/1H9fucM
4. Martins CBG. Violência contra menores de 15 anos no Município de Londrina, PR: análise epidemiológica de suas notificações [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.
5. Mello Jorge, MHP. Investigação sobre a mortalidade por acidentes na infância [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1988.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008/2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2008/2012.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado em 2017 jun. 2]. 132 p. Ministério da Saúde e apoio do Ministério da Educação. ISBN 978-85-240-4387-1. Disponível em: bit.ly/2FjGqZT
10. Simões CC. A mortalidade infantil na transição de mortalidade no Brasil. Um estudo comparativo entre Nordeste e Sudeste [tese]. Belo Horizonte: UFMG: Cedeplar; 1997.
11. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). Apresentação [citado em 2017 jun. 2]. Disponível em: bit.ly/2HA3XXi
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Viva: Vigilância de Violência e Acidentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2017 out. 27]. Disponível em: bit.ly/2ELNfGv

Capítulo 2. Formas de violência contra a criança e o adolescente

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Renata D. Waksman

Luci Pfeiffer

Maria de Jesus C. S. Harada

Introdução

Crianças e adolescentes no Brasil tiveram seus direitos fundamentais especificamente reconhecidos por meio da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA¹). A saúde desse grupo populacional aparece listada entre esses direitos e, sob diferentes denominações, vem referida na lei, ficando claro que o Estado deve assegurá-la desde sua gestação. Há especificações claras a respeito de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, havendo também citação expressa para os casos de maus-tratos, bem como medidas pertinentes aos pais ou responsáveis quando da violação desses direitos.

Em 2003, Assis e Constantino² comentam que a implementação do ECA ocorreu em virtude da grande concentração de estudos e pesquisas sobre o binômio violência-saúde, principalmente focando crianças e adolescentes na década de 1980, quando pesquisadores da área de saúde assumiram a tarefa de entender as raízes da violência e evitar que ela ocorresse³.

Formas de violência contra a criança e o adolescente

A violência vem sendo cultuada pelos povos como método de conquista e manutenção de poder⁴ de forma generalizada, abrangendo um grupo de indivíduos, uma classe social ou

religiosa, ou até mesmo um país, podendo se manifestar na história da humanidade desde a prática do infanticídio, abandono, abuso pelos pais, castigos físicos como forma de “educar”, até o tão atual *bullying*⁵.

Como forma de apresentação, classificam-se no Quadro 2.1 os tipos de violência a que as crianças e adolescentes podem ser submetidos. Cada tipo pode se expressar de forma diferente e não excludente⁶⁻⁸.

Quadro 2.1 Tipos de violência
1. Violência extrafamiliar
1.1. Violência institucional
1.2. Violência social
1.3. Violência urbana
1.4. Macroviolência
1.5. Formas específicas: <i>bullying</i> e violência virtual; cultos ritualísticos
2. Violência doméstica ou intrafamiliar
2.1. Violência física
2.2. Violência sexual
2.3. Violência psicológica
2.4. Negligência
2.5. Formas específicas: síndrome de Munchausen por procuração, violência química, intoxicações e envenenamentos, violência virtual e filicídio
3. Autoagressão, atividades de risco, provocar lesões em si mesmo, suicídio

Violência extrafamiliar⁶⁻⁸

É o tipo de violência ao qual estão sujeitas todas as pessoas, praticada fora de suas moradias e, mais frequentemente durante infância e juventude, por pessoas que detêm sua guarda temporária ou por estranhos.

Violência institucional

Praticada por aqueles que detêm a guarda temporária da criança ou adolescente, seja para fins educacionais, de saúde, guarda, lazer ou abrigo.

Forma pouco diagnosticada e avaliada e, por ser praticada por pessoa com papel de responsável temporário, pode assumir as mesmas características da doméstica, às vezes em proporção mais séria, uma vez que pode ser cometida por uma única pessoa ou por um grupo.

Na infância e na adolescência, pode-se identificar a violência institucional por meio dos mesmos sinais de alerta e sintomas apresentados adiante para a violência doméstica, tanto para abuso físico, psicológico e sexual como para negligência.

Violência social

Ocorre pela ausência de suporte biopsicossocial mínimo a uma pessoa, grupo de pessoas ou toda uma população. É uma forma de violência generalizada, mais aparente em países onde as grandes desigualdades sociais refletem o desrespeito dos mais favorecidos em relação aos menos favorecidos. Tem sido considerada como a origem da violência doméstica durante séculos e, desta forma, manteve os maus-tratos acobertados pelo manto da pobreza e ignorância, portanto considerada sem possibilidades de solução.

Violência urbana

Consiste na representação de agressividade, cada vez mais comum nos dias de hoje, sendo evidente seu aumento desenfreado também em níveis socioeconômicos e culturais mais elevados, espelhando o fracasso na aquisição de valores morais saudáveis durante a infância e adolescência.

Trata-se da violência de um estranho contra o outro, com a finalidade de se apropriar de seus bens, ou pelo simples prazer de poder.

Macroviolência ou violência populacional

Acontece nas guerras, nos confrontos de grupos de pessoas contra outros e em todas as formas de violência praticadas por quem teoriza a submissão ao poder do grupo mais forte sobre o mais fraco, tendo o potencial de destruir grupos populacionais, cidades, culturas, pessoas e famílias, com crianças e adolescentes prejudicados pela perda de seus mínimos direitos, até mesmo o direito à vida.

Bullying ou violência entre iguais^{9,10}

Compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas sem motivação evidente, geralmente em escolas, e adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, numa relação desigual de poder cuja assimetria pode ser consequência da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior apoio dos demais estudantes.

Cyberbullying¹⁰

Outra forma de *bullying*, observada com frequência cada vez maior em nível global – trata-se da tecnologia da informação e comunicação (e-mails, mensagens por celulares, fotos digitais, sites pessoais e/ou ações difamatórias on-line) como recurso para adotar comportamentos deliberados, repetidos e hostis, de um indivíduo ou grupo que pretenda causar danos a outro(s).

Cultos ritualísticos

Crianças podem ser vítimas de abusos repetitivos, não raro por períodos prolongados, praticados sob a forma de rituais de sacrifício ou feitiçaria, submetidas a maus-tratos frequentemente cruéis, incluindo negligência/abandono, violência física, psicológica e às vezes sexual⁶.

Violência intrafamiliar

Mais recentemente, a preocupação dos estudiosos deslocou-se para a violência doméstica, que ocorre na esfera privada, dentro das residências, em geral perpetrada por pessoas que deveriam apoiar e proteger crianças e adolescentes. Trata-se de uma violência mais difícil de ser desvendada, por ser resguardada pela lei do silêncio, pelo medo e pela impunidade de seus agentes.

Essa violência engloba cinco tipos: física, sexual, psicológica, negligência e “formas específicas”, que se apresentam sob as formas de síndrome de Munchausen, violência química e filicídio.

Violência física

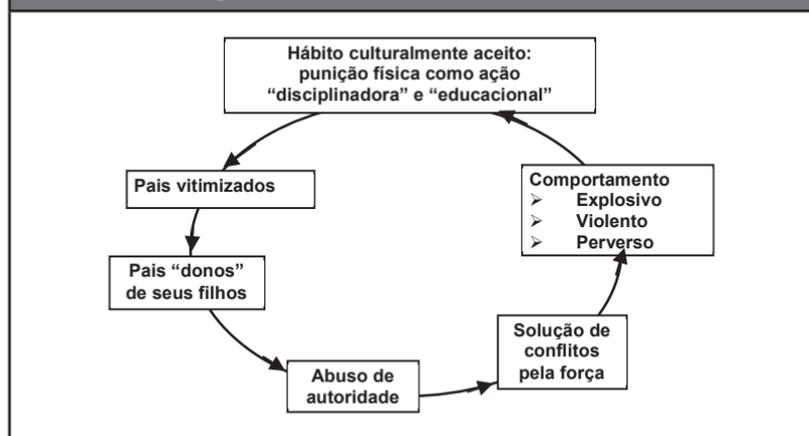
Implica no uso da força física de forma intencional com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes¹².

A violência física como medida disciplinadora deve ser repudiada; Azevedo e Guerra¹³ chamam a atenção para o fato de que a não prevenção dessa violência é porta aberta para quadros mais graves.

Milhões de crianças em todo o mundo são expostas à violência dentro de casa, que pode assumir e ser influenciada por fatores diferentes, envolvendo desde características pessoais da vítima e do agressor até seu ambiente cultural e físico (Quadro 2.2).

A aceitação da violência pela sociedade como inevitável e parte da cultura é outro fator importante, pois naturaliza o castigo físico como prática pedagógica para disciplinar, dar limites e mostrar “quem manda”, por meio de punições físicas e humilhantes, principalmente quando não provoca lesões visíveis ou duradouras^{13,14}.

Quadro 2.2 Castigo físico como causa de violência doméstica



Violência sexual

Caracteriza-se pelo uso de criança ou adolescente para gratificação sexual de adulto ou adolescente mais velho, responsável por ele ou com o qual mantém algum vínculo familiar, de convivência ou confiança¹⁵; consiste em todo ato ou jogo sexual, relação homo ou heterossexual cujo agressor tem a intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente ou utilizá-lo para obter sua satisfação sexual^{6,7,9,16}.

Violência psicológica

Compreende toda forma de discriminação, desrespeito, rejeição, depreciação, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psicológicas dos adultos^{17,18}.

É a forma de violência doméstica mais difícil de ser conceituada e diagnosticada, pois muitas vezes resulta do despreparo dos pais para educar seus filhos, valendo-se de ameaças, humilhações ou desrespeito como formas culturalmente aprendidas de educar^{15,19}. Por sua sutileza e muitas vezes pela falta de evidências físicas, esse tipo de violência é de difícil detecção, muito embora, com frequência, permeie os demais tipos⁶⁻⁸.

Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento, como higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo⁶⁻⁸.

Pode significar omissão de cuidados, como privação de medicamentos, de estímulos e condições para frequentar a escola ou serviços da saúde. Sua identificação, entretanto, é difícil e não deve ser confundida com dificuldades econômicas em prover essas necessidades de parte da população^{6,7,16,20}.

Formas específicas

Síndrome de Munchausen

É a situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresentam são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Essa prática impõe sofrimentos físicos e psíquicos ao paciente, como exigência de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias pelas múltiplas consultas e internações sem motivo^{6,7,9,12}.

Violência química

Caracterizada pela imposição para a criança ou adolescente, por parte do cuidador, seja ele o responsável ou não, de substâncias psicoativas, com o intuito de conter, controlar, inibir, dominar,

subjugar, menosprezar ou, ainda, culpar a vítima pelos seus próprios atos contra ela¹¹.

Filicídio

Refere-se à morte de uma ou mais crianças por um (ou ambos) os pais, independentemente da idade da vítima. Pode ser consequência de qualquer forma de violência, até mesmo pela indução ao suicídio, como resultado de violência psicológica gravíssima¹¹.

Autoagressão^{6,7}

Em crianças e adolescentes é a busca, de forma constante, objetiva, inconsequente e progressiva, de atividades de risco e formas de lesar a si mesmo, até o suicídio (grau máximo de autoagressão). Representa sempre uma ameaça grave à vida, sendo necessário o reconhecimento precoce de sinais e condutas de risco, comuns em crianças e adolescentes portadores de outros distúrbios de comportamento e doenças psiquiátricas que nem sempre apresentam manifestações evidentes. Pode representar seqüela comum em vítimas de maus-tratos, que usam as lesões como forma perversa de chamar a atenção para si ou para demonstrar o descaso com sua existência, resultado dos desequilíbrios emocionais secundários à violência⁷.

Duas formas de violência são apresentadas nos capítulos a seguir: a) desaparecimento de crianças e adolescentes; e b) crianças e adolescentes em situação de rua.

As formas e expressões de violência doméstica contra a criança e o adolescente – violência física e psicológica, negligência, síndrome de Munchausen, abuso sexual, além de formas extrafamiliares – violência autoinfligida, *bullying*, *cyberbullying*, crimes virtuais e abuso de substâncias – serão tratadas separadamente em capítulos posteriores.

Como detectar essa violência

Como identificar suas vítimas? O que há de comum entre esses tipos?

Embora a ideia de que essa violência ocorre independente da classe social seja quase unânime entre estudiosos do tema, algumas características se estabelecem como pano de fundo desse intrincado problema – são os chamados “fatores de risco”, que podem, segundo Brenes¹⁹, ser agrupados em individuais, familiares, sociais e da comunidade. Gomes et al.²¹ trazem como fatores importantes a reprodução, pelos agressores, de experiências de violências que sofreram anteriormente, os desajustes familiares e psíquicos, e o alcoolismo que, ao lado das drogas, é bastante enfatizado pela OMS.

Hoje a violência doméstica é um pouco mais conhecida, graças à sua notificação compulsória ao Ministério da Saúde.

Esse “sistema” necessita, entretanto, ser permanentemente avaliado e incrementado, a fim de garantir maior visibilidade ao tema e permitir que as políticas públicas deem respostas mais adequadas à sociedade²².

Apesar de serem um grave problema de saúde pública, as causas externas, medidas por meio dos sistemas de informação de mortalidade e de internações hospitalares, até recentemente não conseguiam explicar ou compreender integralmente sua ocorrência e, principalmente, sua elevada frequência no Brasil.

A violência doméstica, por exemplo, tida como bastante importante por ser capaz de acarretar consequências sérias e duradouras para indivíduos, famílias e sociedade²³, não tem sequer seu montante totalmente conhecido, visto que na maioria das vezes fica restrita aos limites dos domicílios e das famílias, não chegando ao conhecimento das autoridades. Esse é, talvez, um

dos motivos responsáveis pelo fato de as políticas públicas nessa área estarem fadadas ao insucesso, visto não serem elaboradas com base em evidências científicas.

Os sistemas oficiais de informação ainda fornecem uma descrição sumária desses eventos sem permitir conhecer detalhadamente o perfil da vítima e de seu possível agressor.

Com base nessa premissa e com o objetivo de melhor desenhar o panorama epidemiológico das causas externas – notadamente a violência doméstica, sexual e outras – o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)²⁴. O sistema foi estruturado em dois componentes: Viva Sentinela (Viva Inquérito), a partir do registro de violências e acidentes em unidades de urgência/emergência selecionadas, e o Viva Contínuo, com base na notificação de casos feita por unidades de saúde (a partir de 2009 como parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan)²⁵; no caso específico de crianças e adolescentes, a notificação se tornou obrigatória por lei, em razão do art. 245 do ECA¹ e de legislação específica – Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016²⁶.

O Viva Contínuo teve o mérito de descortinar um panorama até agora oculto, em razão de nesses casos predominar, até então, a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito²².

Segundo dados de 2013, foram feitas 29.784 notificações de violência contra crianças (menores de 10 anos) e 50.634 contra adolescentes, sendo 20.727 (40,9%) na faixa de 10 a 14, e 29.907 (59,1%) no grupo de 15 a 19 anos.

Crianças

Entre as vítimas de violência, predominaram crianças da cor branca, residentes na zona urbana, às vezes portadoras de algum tipo de deficiência física ou mental, sendo constatado que, em 24% dos casos notificados, tratava-se de violência de repetição.

Quanto ao tipo de violência, de acordo com a Tabela 2.1, houve maior proporção de casos de negligência/abandono, seguidos de violência física no sexo masculino (31,1%) e violência sexual no feminino (39%). A força corporal foi o principal meio pelo qual a violência foi perpetrada em ambos os sexos, o que é fácil de entender.

Pensando nesse contexto, na desproporção de tamanho e força entre agressores e vítimas e na relação de poder e de comando, os dados mostram que os principais agentes foram a mãe e o pai (juntos perfizeram 65% das agressões). Ressalta-se também que, historicamente, “bater” nos filhos foi considerado um meio de educá-los, aceito e considerado quase como “natural”²⁷, já que a força física como forma de dominação é utilizada indiscriminadamente.

Adolescentes

Houve equivalência na proporção de jovens brancos e pardos (36% cada); escolaridade compatível com a idade (29,5% com 5 a 8 anos de estudo; 23,9% com 9 ou mais e 10,5% entre 0 e 4 anos de frequência à escola). Quanto ao estado civil (ou marital), 7,4% referem ter companheiro(a), e 9,9% das meninas eram gestantes à época da notificação de violência.

Na Tabela 2.2 verifica-se um volume maior de notificações no sexo feminino em relação ao masculino (67,5 e 32,5%, respectivamente). Essa desproporção é provavelmente resultado do elevado número de casos de violência sexual entre esse grupo, tipo de violência que parece ter apelo bastante maior que a física, esta preponderante entre os meninos.

Entre os adolescentes prevaleceu também a força corporal como principal meio de agressão nos dois sexos e, no masculino, agressões com armas de fogo e objetos perfurocortantes. Quanto às lesões, apesar da diferença acentuada entre os dois sexos, a cabeça (incluindo face e pescoço) foi, em ambos, a região

mais atingida. Em segundo lugar surgem, nas meninas, órgãos genitais e ânus (é importante lembrar que a violência sexual nem sempre deixa marcas visíveis, podendo-se depreender que a proporção de adolescentes vítimas deste tipo de violência deve ser ainda maior).

Características relativas ao provável agressor evidenciam que pai e mãe figuram nos primeiros lugares, tanto para meninos quanto meninas e, para estas, “pessoa com relação afetiva” apresenta-se com elevada proporção. Com relação ao consumo de álcool pelo agressor, nas violências contra crianças sua proporção foi de 12,5%, ao passo que contra os adolescentes elevou-se para 17,5%.

Tabela 2.1 Crianças vítimas de violência doméstica, sexual e outras segundo algumas características – Brasil, 2013

Característica	Masculino		Feminino		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tipo de violência						
Física	4.317	24,6	4.198	19,9	8.515	22,0
Psicológica/moral	2.080	11,8	3.128	14,8	5.208	13,5
Negligência/ abandono	8.151	46,4	6.766	32,0	14.917	38,5
Sexual	2.235	12,7	6.215	29,4	8.450	21,8
Outro	793	4,5	838	4,0	1.631	4,2
Meio de agressão						
Objeto perfurocortante	332	2,4	244	1,5	576	1,9
Arma de fogo	167	1,2	98	0,6	265	0,9
Objeto contundente	357	2,6	283	1,8	640	2,1
Força corporal	2.793	20,1	3.302	20,7	6.095	20,5
Enforcamento/ sufocação	91	0,7	86	0,5	177	0,6

Queimadura	706	5,1	476	3,0	1.182	4,0
Envenenamento	393	2,8	388	2,4	781	2,6
Ameaça	1.018	7,3	1.875	11,8	2.893	9,7
Outros	3.809	27,5	3.604	22,6	7.413	24,9
Parte do corpo atingida						
Cabeça, face, pescoço	3.140	22,6	2.343	14,7	5.483	18,4
Coluna, medula	39	0,3	31	0,2	70	0,7
Tórax/dorso	331	2,4	240	1,5	571	1,9
Abdome, quadril	208	1,5	170	1,0	378	1,2
MMSS	866	6,2	734	4,6	1.600	5,4
MMII	642	4,6	512	3,2	1.154	3,9
Órgãos genitais/ânus	1.038	7,5	2.573	16,2	3.611	12,1
Múltiplas	1.294	9,3	1.114	7,0	2.408	8,1
Não se aplica	4.470	32,2	5.712	35,9	10.182	34,2
Sem informação	1.839	13,3	2.488	15,6	4.327	14,5
Violência de repetição	3.056	22,0	4.186	26,3	7.242	24,3

Nota: os totais ultrapassam o número de crianças, pois cada criança pode ter sofrido mais de um tipo de violência. Fonte: MS, 2017²².

Tabela 2.2 Adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras segundo algumas características – Brasil, 2013

Característica	Masculino		Feminino		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tipo de violência						
Física	13.523	62,7	18.513	41,4	32.036	48,3
Psicológica/moral	2.533	11,8	9.133	20,4	11.666	17,6
Negligência/abandono	2.789	12,9	2.948	6,6	5.737	8,7
Sexual	928	4,3	11.178	25,0	12.106	18,3
Outro	1.781	8,3	2.994	6,7	4.775	7,2

Meio de agressão						
Objeto perfurocortante	2.239	12,5	2.049	6,3	4.288	8,5
Arma de fogo	3.157	17,7	1.167	3,6	4.324	8,5
Objeto contundente	1.003	5,6	951	2,9	1.954	3,9
Força corporal	6.749	37,7	14.949	45,6	21.698	42,9
Enforcamento/sufocação	351	2,0	977	3,0	1.328	2,6
Queimadura	162	0,9	223	0,7	385	0,8
Envenenamento	641	3,6	2.363	7,2	3.004	5,9
Ameaça	1.283	7,2	6.368	19,4	7.651	15,1
Outros	1.821	10,2	3.565	10,9	5.386	10,6
Parte do corpo atingida						
Cabeça, face, pescoço	5.157	28,8	6.318	19,3	11.475	22,7
Coluna, medula	147	0,8	128	0,4	275	0,5
Tórax/dorso	1.421	7,9	748	2,3	2.169	4,3
Abdome, quadril	694	3,9	679	2,1	1.373	2,7
MMSS	2.148	12,0	2.515	7,7	4.663	9,2
MMII	1.485	8,3	1.100	3,4	2.585	5,1
Órgãos genitais/ânus	32	2,2	3.511	10,7	3.903	7,7
Múltiplas	2.252	12,6	1.814	11,8	6.106	12,1
Não se aplica	2.567	14,4	9.266	28,3	11.833	23,4
Sem informação	1.623	9,1	4.629	14,4	6.252	12,3
Violência de repetição	3.425	19,1	10.619	32,4	14.044	27,7

Nota: os totais ultrapassam o número de crianças, pois cada criança pode ter sofrido mais de um tipo de violência. Fonte: MS, 2017²².

Considerações finais

Como fenômeno multicausal que é, a violência deve ser enfrentada de forma conjunta por todos os setores a ela ligados: saúde, educação e justiça, que serão parceiros nessa empreitada.

Aranda refere que a participação de professores bem treinados é peça-chave na descoberta e encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes²⁸.

O setor saúde representa, não poucas vezes, a porta de entrada para onde as vítimas são levadas em busca de socorro quando a ocorrência de lesões faz que isso seja necessário. Os médicos são, assim, fundamentais nesse contexto, pois além de estarem atentos aos possíveis fatores de risco detectados na anamnese, podem buscar no exame físico sinais de negligência e marcas de violência física ou sexual.

Entretanto, os resultados de exames não devem ser absolutos; no caso da violência sexual, por exemplo, um resultado negativo de corpo de delito não deve ser suficiente para desqualificar a violência: carícias e manipulações nem sempre deixam marcas visíveis, e a vítima pode ser remetida à condição de descrédito, a família, induzida a uma falsa sensação de normalidade, e a inocência do agressor, legitimada, favorecendo a continuidade da prática sexual abusiva²⁹.

Por outro lado, o relato de quem conduz a criança ao serviço deve ser sempre visto com cautela. Já em 1988, Mello Jorge relatou um caso de criança de 8 meses levada ao pronto-socorro pela mãe, com relato de queda de sofá. Ao exame, foi constatado politraumatismo, que levou a criança a óbito seis horas depois. Denunciado o fato, apurou-se posteriormente que a criança, “por não parar de chorar [insinuação de que a culpa era da criança]” – fora atirada várias vezes contra a parede, pela própria mãe, que foi presa³⁰.

Em 2002, numa publicação oficial, a diretora-geral da OMS já afirmava que o setor da saúde, que teve tanto êxito no combate a tantas doenças, não pode permitir que a batalha contra a violência seja perdida⁴.

Médicos são importantes na detecção de casos, devendo analisá-los e encaminhá-los a outros serviços sempre que necessário, notificando-os às autoridades competentes para que o panorama epidemiológico da violência possa ser mais completo, e seu combate, mais eficaz.

O Ministério da Saúde refere que, com relação à violência, “percebê-la e registrá-la vem sendo um desafio para profissionais de todas as áreas”³¹. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC)³², existem poucos estudos longitudinais e de controle na prevenção da violência, e as pesquisas geralmente não avaliam a efetividade das práticas empregadas, dificultando possíveis intervenções por parte dos profissionais.

Pontuem-se os seguintes itens para desenvolver efetivas estratégias de prevenção: identificar populações de risco; considerar o contexto cultural e demográfico dos participantes; inserir comunidade e famílias no planejamento de intervenções; estabelecer metas e objetivos bem definidos; elaborar material educativo e capacitar os pais.

A complexidade para entender as diferentes causas de violência torna seu enfrentamento um grande desafio, exigindo esforços para melhor compreender e explicar a questão em situações concretas. Nesse contexto, o relatório da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU)³³ recomenda várias ações, apresentadas no Quadro 2.3.

Quadro 2.3 Recomendações para atuação frente às causas da violência (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2006)

- Fortalecimento de compromissos e medidas nacionais e locais contra a violência.
- Todas as formas de violência contra crianças e adolescentes devem ser proibidas.
- A prevenção deve ser priorizada.
- Promoção de valores não violentos e conscientização da população.
- Fortalecimento da capacitação de todos os que trabalham com e para crianças.
- Serviços de reabilitação e reintegração social devem ser prestados.
- A participação das crianças deve ser garantida.
- Sistemas e serviços de denúncias devem ser criados.
- A responsabilização deve ser garantida, e a impunidade, eliminada.
- A dimensão de gênero da violência contra crianças deve ser abordada.
- Desenvolvimento e implementação de mecanismos nacionais sistemáticos de coleta de dados e pesquisas.
- Compromissos internacionais devem ser fortalecidos.

É preciso lembrar que a violência, em seus diferentes matizes, é em maior ou menor grau previsível e prevenível. Também é preciso esclarecer que, embora o conceito de prevenção seja fácil de entender, é difícil de se implementar; por isso o esforço conjunto dos setores envolvidos deve ser incentivado³⁴.

Nossas crianças e adolescentes necessitam de segurança, de lares acolhedores, livres de violência e com pais que as respeitem, amem e protejam, com estabilidade e uma rotina saudável. Todos precisam aprender que a violência não é o método correto de resolver conflitos e conhecer modelos alternativos de educação. Esse é o caminho.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 1998.
2. Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 1990. In: Minayo MCS, Souza ER, editores. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
4. Global Initiative to End all Corporal Punishment of Children [citado em 2017 jul. 25]. Disponível em: <http://www.endcorporalpunishment.org/>
5. Mello Jorge MHP. Violência como problema de saúde pública. Cienc Cult 2002 [citado em 2017 jun. 2];54(1). Disponível em: bit.ly/2sNSD6G
6. Waksman RD, Hirschheimer MR, organizadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência/Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Brasília, DF: SPSP, CFM; 2011. 172 p.
7. Pfeiffer L. Método de classificação dos níveis de gravidade da violência contra crianças e adolescentes [tese de doutorado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
8. Pfeiffer L, Waksman RD. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA, Paes CAN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD, organizadores. Segurança da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: SBP/Nestlé Nutrição; 2004. p.195-250.
9. Neto AAL, Saavedra LH. Diga NÃO para o bullying. Rio de Janeiro: Abrapia; 2004.

10. Kidshealth. Helping kids deal with bullies [citado em 2017 out. 27]. Disponível em: bit.ly/2BHpywj
11. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DAR, Campos Júnior D, Silva LR, Borges WG, organizadores. Tratado de Pediatria. 4ª ed. Barueri: Manole; 2017. Seção 3; p. 92-9.
12. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia). Guia de orientação para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Autores & Agentes Associados; 1997.
13. Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe; 1995.
14. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(1):849-56.
15. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; 1994.
16. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia). Abuso sexual: mitos e realidades. Petrópolis: Autores e Agentes Associados; 1997.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia de Atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: SBP/Fiocruz/Ministério da Justiça; 2001.
18. Abib SCV, Monteiro LMC, Mella, SMB. Maus-tratos na infância. In: Abib SVC, Perfeito JAJ. Trauma: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da Unifesp-EPM. Barueri: Manole; 2012. p. 749-60.
19. Brenes RG. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. Acta Pediátrica. 2001;15(3):1-13.
20. Martins CBG, Mello Jorge MHP. Violência contra crianças e adolescentes: contextos e reflexões sob a ótica da Saúde. 2ª ed. Londrina: Eduel; 2014.

21. Gomes R, Almeida ABB, Ecteins IB, Solter M, Paiva SCS. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999;7(3):5-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: Vigilância de Violência e Acidentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
23. Reichenhein ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Passos da Silva CMF, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) [citado em 2017 jun. 3]. Disponível em: bit.ly/2BJgmaD
25. Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan) [citado em 2017 jun. 3]. Disponível em: portalsinan.saude.gov.br/
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo e dá outras providências [citado em 2017 out. 27]. Disponível em: bit.ly/2onJFHP
27. Assis SG. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
28. Aranda F. No hospital, crianças já são metade das vítimas. *O Estado de S. Paulo, Caderno Cidades/Metrópole*; 2009:3.
29. Carvalho HMB. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes [tese de doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

30. Mello Jorge MHP. Investigação sobre a mortalidade por acidentes na infância [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1988.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil, 2014. Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015, cap. 3.
32. Thornton TN, Craft CC, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K. Prácticas óptimas para la prevención de la violencia juvenil: libro de referencia para la acción comunitaria. División de Prevención de la Violencia. Centro Nacional para el Control y Prevención de Lesiones. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Atlanta: CDC; 2001 [citado em 2010 jan. 2]. Disponível em: bit.ly/2sMIEOI
33. Pinheiro PS. World report on against children. United Nations Children's Fund (Unicef), World Health Organization (WHO) [citado em 2007 fev. 21]. Disponível em: bit.ly/2BG2xKm
34. Birolini D. Trauma: algumas palavras de história. In: Abib SVC, Perfeito JAJ. Trauma: guias de medicina no ambulatorial e hospitalar da Unifesp-EPM. Barueri: Manole; 2012.

Capítulo 3. Desaparecimento de crianças e de adolescentes: um grave problema social que exige soluções urgentes*

José Fernando Maia Vinagre

Introdução

No Distrito Federal, a auxiliar de cozinha Fátima Carvalho não consegue mais ter uma noite de sono tranquila. Em São Paulo, Sandra Moreno se tornou uma ativista, com militância reconhecida nacionalmente. Na mesma cidade, Lucélia viu sua vida se transformar em uma busca incessante. Três vidas, três histórias, três mulheres que têm dois pontos em comum: são mães de crianças que desapareceram sem deixar rastros e que até hoje mantêm acesa a chama da esperança de que seus dramas tenham finais felizes.

No Brasil, onde as estatísticas sobre esse assunto não são confiáveis, acredita-se que, por ano, em média 250 mil pessoas desapareçam sem deixar rastro. Dessas, em torno de 40 mil têm menos de 19 anos, de acordo com estimativas. Ou seja, são crianças e adolescentes cujo sumiço transtorna a vida de famílias inteiras. O número, que para alguns especialistas pode estar subnotificado, dá a dimensão de um grande problema social que tem recebido pouquíssima atenção das autoridades.

Desde 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM), com o apoio de várias outras entidades civis, tem tentado recolocar o tema na agenda pública de debates. Reuniões com parlamentares e com gestores de diferentes esferas, atos públicos em pontos de grande movimentação e uma ação regular de estímulo à discussão

* Adaptado de Vinagre JF. O desaparecimento de crianças e de adolescentes. Brasília, DF: CFM; 2017. Disponível em: <https://goo.gl/pcCYmd>

sobre o assunto na imprensa são apenas algumas das estratégias adotadas até o momento. Contudo, a percepção é de que ainda há muito a ser feito.

A necessidade de integrar bases de dados

Como parte desse esforço, merece destaque a organização de um abaixo-assinado cobrando a efetivação do Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos. O modelo atual, que está sob a supervisão do Ministério da Justiça (disponível em: www.desaparecidos.gov.br), tem recebido críticas de quem acompanha o tema, pois é considerado desatualizado e sem resultados efetivos para o enfrentamento do problema.

Esse cadastro nacional tinha a proposta de montar um banco de dados seguro, capaz de auxiliar na difusão de informações e no esclarecimento dos casos de desaparecimento. No entanto, mesmo após sua reformulação, colocada no ar em março de 2013, a nova versão até agora não conseguiu se consolidar como referência no País.

A baixa adesão sinaliza a falta de efetividade da ferramenta. De acordo com o site *R7*, em setembro de 2013 eram contabilizados 305 casos cadastrados, em 17 estados. Passados quase dois anos, a quantidade de inscritos não chegava a 400, em 20 estados. A reportagem acusava uma situação de abandono, corroborada pela organização não governamental (ONG) Mães da Sé, uma das entidades referência no País sobre esse assunto.

De acordo com a coordenadora da ONG, cuja filha (Fabiana) desapareceu em 1996, a ferramenta é negligenciada. Esse é o mesmo entendimento da coordenação do Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH) em São Paulo, para quem o baixo volume de casos inscritos, em comparação com as estimativas nacionais, demonstra a inoperância do cadastro administrado pelo Ministério da Justiça.

A origem do problema estaria, entre outros fatores, na falta de integração entre a base nacional e os dados gerados pelas autoridades estaduais. Além disso, há aspectos técnicos que muitas vezes deixam a plataforma fora do ar, e há até a ausência de divulgação de sua existência e utilidade. Para a ONG Mães da Sé, o desinteresse do poder público tem seus motivos: “pessoas desaparecidas não dão voto. Não temos nenhum deputado federal, nenhum senador, que se interesse pela causa. Vivemos à mercê da própria sorte!”.

Os bons resultados esperados

Se o cadastro funcionasse conforme o previsto, as coisas poderiam ser diferentes. A vantagem estaria no fluxo qualificado de informações, que pode ser fundamental na solução dos casos. Por exemplo, se hoje uma criança desaparece em um estado, a elaboração do boletim de ocorrência em uma delegacia de polícia não é garantia de que o alerta será dado em outras unidades da Federação.

Além disso, se a mesma criança for encontrada em um determinado estado, a falta de integração fará com que essa descoberta não chegue até os pais ou as autoridades do local onde a ocorrência inicial foi gerada. Em outras palavras, a ausência de comunicação impedirá a busca e, em algumas situações, que um ponto final seja colocado em histórias embebidas em lágrimas e desespero.

O Ministério da Justiça, por sua vez, enxerga o potencial do Cadastro Nacional, mas admite que ainda não conta com a esperada integração com órgãos de segurança pública. Para tanto, anuncia que tenta levar esse projeto adiante, até como forma de dar consequência à Lei nº 12.648, instituída em 4 de julho de 2012, que “prevê a integração de todos os boletins de ocorrência dos estados e a divulgação de dados de pessoas desaparecidas no portal da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Sinesp)”.

Enquanto a solução definitiva não vem, a ineficiência continuará a criar o ambiente propício para que o desaparecimento de crianças e de adolescentes prospere no País. Contudo, se faltam políticas públicas e ferramentas eficientes para prevenir e combater esse fenômeno que afeta a população, também não se pode ignorar a necessidade de diagnosticar as causas que levam à incidência de novos casos.

As causas do fenômeno

Para autoridades e especialistas, são diversos os motivos que levam uma pessoa a desaparecer, os quais mudam de acordo com a faixa etária. Na adolescência, a rebeldia contra a autoridade familiar ou de adultos responsáveis é um fator a ser considerado. Contudo, não são raras as vezes em que essa motivação tem em sua origem uma situação de abuso ou de maus-tratos que pode ser tipificada como violência doméstica.

Entre as crianças essa classificação é mais complexa. Há casos em que são identificados sinais de que a vítima de desaparecimento era submetida a agressão no ambiente doméstico, o que pode indicar uma fuga deliberada. Mas isso não explica todos os casos, o que também não é possível fazer com relação aos adolescentes.

Para ambos os grupos etários é preciso considerar outras possibilidades, como o rapto por redes organizadas de tráfico humano, com diferentes finalidades: exploração do trabalho, abuso sexual ou comércio de órgãos para transplantes. Há ainda situações em que as crianças, geralmente as menores, são transformadas em objetos de desejo de casais que não conseguem ter seus próprios filhos e não querem se submeter a processos formais de adoção. Além disso, há casos originados de problemas de saúde do desaparecido (deficiência cognitiva, amnésia etc.).

Finalmente, na última década, outro fator tem contribuído para o surgimento de novos casos: a exposição inadequada de crianças e adolescentes à internet e às redes sociais. A ameaça digital é real e, sem a adoção de medidas preventivas pela família, pode trazer sérios transtornos. A ausência de controle parental sobre as páginas visitadas pelos filhos e os diálogos que são travados em canais de redes sociais abre espaço para o aliciamento de menores, podendo levar ao seu desaparecimento.

Com o avanço tecnológico e a possibilidade da inclusão digital em todas as camadas sociais, a presença de crianças e adolescentes na internet aumentou consideravelmente, tornando-os alvos de indivíduos ou mesmo de grupos organizados que podem ser classificados como predadores. Estes não se importam de mentir, iludir, seduzir e atrair os jovens para armadilhas que podem resultar em violência e em seu desaparecimento.

Na tentativa de preparar as famílias e as autoridades para esse desafio, é louvável a iniciativa da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que lançou o guia *Saúde de crianças e adolescentes na era digital*. O texto, que alcançou grande repercussão na época de seu lançamento, orienta medidas preventivas simples que podem ser adotadas em casa e na escola.

Medidas para enfrentar o problema

Considerados os possíveis diagnósticos de fenômeno de tamanha complexidade, a sociedade, em especial o governo – em todas as suas esferas de atuação –, deve estar atenta às ações necessárias para tratar o problema adequadamente. A atualização do Cadastro Nacional, como defendido pelo CFM e seus parceiros institucionais, é apenas uma das atitudes que devem ser adotadas com urgência.

Além disso, devem ser avaliadas medidas como a criação de delegacias especializadas na área da infância e da juventude, o que

poderia tornar mais efetiva a busca pelos jovens desaparecidos, conforme tem sido proposto por representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), em São Paulo. No entendimento do grupo que atua na Comissão da Infância e da Juventude dessa instituição, é urgente a realização de um trabalho multidisciplinar para tratar do problema.

Segundo essa sugestão, o registro da ocorrência poderia ser feito em qualquer delegacia, mas as investigações seriam conduzidas por equipes especializadas. Essas delegacias deveriam ter condições de atuar com infraestrutura e tecnologias necessárias às apurações, além de contar com equipes multidisciplinares, assistentes sociais e psicólogos. Estes profissionais podem ser fundamentais no apoio às famílias durante a fase de busca e também úteis na resolução de problemas que geraram o desaparecimento, como situações de conflito e abuso.

No campo policial, também se faz necessário acabar com o mito de que o registro da ocorrência de um desaparecimento só pode ser feito após 24 horas de sua constatação. Pelo contrário: ao primeiro sinal de suspeita, as autoridades devem ser comunicadas para que as investigações tenham início o quanto antes. Aliás, essa questão reforça a relevância de outra medida: a implementação de uma ampla campanha, de caráter permanente, com foco no esclarecimento da sociedade sobre o problema do desaparecimento de crianças e de adolescentes e nas suas formas de prevenção.

Considerações finais

Em um País com tantos problemas sociais, o desaparecimento de crianças e adolescentes não pode ser visto como um tema acessório ou menor. Trata-se de um fenômeno importante, que carece de medidas para seu enfrentamento. É certo que novos casos desse tipo podem acontecer em qualquer lugar do mundo,

mas em locais onde a segurança é mais frágil, o acesso à educação é restrito, as relações humanas são conturbadas, e as chances de o problema se agravar aumentam.

No Brasil, esse é mais um desafio que se impõe, exigindo respostas concretas das autoridades e também das famílias, que podem ser agentes efetivos de prevenção, seja pela adoção de normas de segurança, seja pelo estímulo ao diálogo entre pais e filhos, que certamente são medidas de proteção. Assim, muitos homens, mulheres, crianças e adolescentes serão poupados de horas de angústia e de desespero por desconhecerem o paradeiro de seus entes queridos.

Referências

1. Barros NA. Com 40 mil crianças desaparecidas por ano, Brasil abandona ferramenta de localização. R7 [Internet]. 2015 maio 25 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: <http://bit.ly/2FfSXxg>
2. Brasil. Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos [Internet]. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, c2017. Disponível em: <https://goo.gl/bhZqZh>
3. Brasil. Lei nº 12.127, de 17 de dezembro de 2009. Cria o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Desaparecidos. Diário Oficial da União [Internet]. 2009 dez. 18 [citado em 2017 nov. 7];1:1. Disponível em: <https://goo.gl/gmoLfl>
4. Cardim N, Soares T. No DF, mais de 3 mil estão desaparecidos: 28 são crianças e adolescentes. Correio Braziliense [Internet]. 2016 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: <https://goo.gl/9DYUx2>

5. Conselho Federal de Medicina (CFM). CFM lança abaixo-assinado pela efetivação do cadastro de crianças desaparecidas. Crianças Desaparecidas [Internet]. 2017 maio 18 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: <https://goo.gl/oXdTwN>
6. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de Orientação: Saúde de crianças e adolescentes na era digital. 2016 [citado em 2017 nov. 7];1:1-13. Disponível em: <https://goo.gl/Z4C5Xj>

Capítulo 4. Crianças e adolescentes em situação de rua

Renata D. Waksman

Abandonadas, descartadas, rejeitadas e jogadas fora: mais de 150 milhões de crianças em situação de rua em todo o mundo sofrem grandes privações e violações de direitos, com pouca ou nenhuma consideração dada ao seu maior interesse.

Organização das Nações Unidas¹

O Brasil não tem dados oficiais sobre a população em situação de rua; essa falha, justificada pela alta complexidade operacional de uma pesquisa de campo com pessoas sem endereço fixo, acaba reproduzindo a invisibilidade social dessa população, prejudicando a implementação de políticas públicas e sociais².

Segundo a 1ª Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, realizada em março de 2011 em todas as capitais e cidades com população superior a 300 mil habitantes, pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e pelo Instituto de Desenvolvimento Sustentável (Idest), havia no Brasil quase 24 mil crianças e adolescentes vivendo nas ruas, sendo 71,8% destes do sexo masculino e um quarto menores de 11 anos de idade^{3,4}.

Um grande contingente dos pesquisados não sabe ler e escrever (76,7%), 12,3% sabe apenas assinar o nome e 56,3% dos que estão em idade escolar não estudam^{3,4}. A maioria (64,8%) não tem documentos; 78,1% deles foram registrados ao nascer e 6,5% tiveram negada a solicitação de emitir documentos. De acordo com os resultados, mais de 30% das crianças e adolescentes já foram impedidos de entrar em algum estabelecimento comercial ou transporte coletivo⁴.

Como foram parar nas ruas?

Essas crianças estão tentando escapar de violência doméstica, famílias desestruturadas (muitas delas monoparentais), pobreza, miséria, problemas de relacionamento familiar, uso de drogas, falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos, abuso de autoridade dos pais, moradias inadequadas, desalojamento e desastres naturais^{1,5-8}. Sofrem de maus-tratos (físicos e psicológicos), violência (sexual, física, psicológica), desrespeito, incompreensão, intolerância e raiva. A saída de casa não deve ser interpretada como a busca da rua, mas como fuga do controle, do abuso e da exploração que sofreram no seio de suas famílias^{6,7}.

Adolescentes atribuem sua saída para a rua a fatores de natureza econômica, como o desemprego, gerador de rompimento de vínculos familiares e falta de recursos para todos; e sociais, como a rápida urbanização e a falta de uma rede social, principalmente nas periferias. Acrescente-se a esses motivos a ausência de políticas públicas específicas para pessoas em situação de rua⁶⁻⁸.

Estar na rua não implica inexistência de família. Segundo estudo de Paludo e Koller, de 2008, 59% dos pesquisados voltam para dormir na casa de familiares ou amigos, considerando a rua um local para ganhar dinheiro. A maioria dos pais não trabalham ou o fazem em atividades informais, e muitos dos jovens trabalham nas ruas para ajudar no sustento da família⁹.

Esse processo de exclusão pode ser gradual ou repentino e ocorrer por meio de fuga súbita ou expulsão de casa. Na primeira situação, é a criança que se afasta de casa aos poucos, começando por passar apenas algum tempo fora de casa, normalmente depois da escola, até ficar cada vez mais tempo na rua, posteriormente podendo fazer a transição para a condição de criança em situação de rua, local onde passa a fazer toda a sua rotina: trabalhar, dormir, socializar e criar pequenas redes de apoio, constituídas por seus

pares⁸. A maior parte das crianças e jovens que fogem para a rua é oriunda das chamadas “camadas sociais mais baixas” e reside em bairros degradados e com famílias numerosas⁵.

Para onde fogem?

Essas crianças costumam fugir para regiões com alta densidade populacional, grande fluxo de pessoas, áreas de comércio, de diversão, residenciais degradadas, administrativas – locais que proporcionam anonimato, livre-arbítrio, aventura, sobrevivência e proteção dos grupos ali existentes^{5,8}.

Características emocionais, neurológicas e de desenvolvimento⁵⁻⁹

Crianças e adolescentes em situação de rua podem apresentar uma grande resistência mental e psicológica e acabam desenvolvendo uma enorme capacidade de enfrentar obstáculos ao abandonar a casa e a família, tendo sido vítimas de inúmeros fatores prejudiciais ao seu crescimento. Acabam tendo mais autonomia, e suas experiências não se correlacionam à existência de distúrbios emocionais e mentais, mas à problemática familiar, que pode originar os transtornos observados. Esses jovens desenvolvem capacidade de lidar com as dificuldades, sobrevivendo a condições adversas, e a idade e o tempo de permanência ou vivência na rua são fatores mediadores ou agravantes de seus problemas.

Em virtude de sua condição, a criança em situação de rua desenvolve meios para sua sobrevivência, para obter alimentação, roupa e abrigo, suprimindo suas necessidades imediatas. Essas estratégias baseiam-se muito na colaboração e criação de grupos. As crianças podem demonstrar reciprocidade e solidariedade para com os seus irmãos, amigos, pessoas que as auxiliaram no passado, e demonstrar algumas características psicológicas

sadias, apesar das dificuldades impostas pelo ambiente hostil em que vivem.

Ao se manterem na rua, elas acabam desenvolvendo estratégias para lidar com circunstâncias que podem expô-las a riscos e torná-las vulneráveis. A vida na rua gera altos níveis de estresse e riscos que podem testar sua vulnerabilidade social, emocional, cognitiva e física⁶⁻⁸.

Desenvolvimento social

O desenvolvimento está ligado à identidade social e ao sentimento de pertencer, mas a realidade dessas crianças é a de se sentirem excluídas, marginalizadas e expostas à violência. Existe para elas uma grande probabilidade de adoção de comportamentos de risco, como acidentes e traumas, drogadição e sexo sem proteção, embora possam demonstrar várias habilidades para lidar com estes, como os agrupamentos sociais, econômicos e afetivos, na tentativa de garantir sua segurança e sobrevivência^{7,8}.

Desenvolvimento emocional

Crianças em situação de rua alcançam escores mais elevados em avaliações de saúde mental do que crianças que permanecem vivendo com suas famílias. O afastamento do ambiente hostil e estressante de sua casa pode preservar aspectos de sua sanidade¹⁰.

Essas crianças não podem ser consideradas emocionalmente mais frágeis, pois sair de casa revela sua habilidade de reorganizar a vida de forma produtiva, por conta própria. Também não apresentam mais depressão ou sofrimento psicológico do que crianças pobres que continuam vivendo com suas famílias.

Do ponto de vista emocional, a saída de casa representa o conjunto da falta de proteção e cuidado e do forte sentimento

de rejeição, além da ausência de apego e da alta frequência de riscos a que as crianças estavam expostas em suas famílias. Alguns relatam que saíram de casa porque gostavam mais da rua, pois lá tinham o apoio dos amigos, ou para aliviar o sofrimento que estavam vivendo com seus familiares, buscando a liberdade, com a qual acabam desenvolvendo senso de autonomia, autoconfiança e autogerência.

Desenvolvimento cognitivo

As funções cognitivas das crianças podem estar afetadas caso estejam fora da escola ou fazendo uso permanente de drogas, mas são diferentes daquelas que convivem com a família e frequentam a escola, uma vez que a criança em situação de rua está atenta e preparada para manter sua integridade física e sobreviver.

Essas atividades permanentes poderiam gerar desequilíbrios cognitivos, mas, em vez disso, a vida na rua promove o desenvolvimento, o aprendizado natural de contas matemáticas e a facilidade de lidar com dinheiro¹⁰, apesar de a falta de escolarização básica acarretar uma série de perdas para essas crianças, especialmente com relação à linguagem.

Não há grandes diferenças quando se avaliam o julgamento e o raciocínio moral comparados aos de crianças de mesma idade que vivem com suas famílias. Para se defenderem, estas crianças estão atentas a muitos estímulos que a rua apresenta, mas demonstram dificuldades de atenção concentrada e de memória, seja por falta do hábito de se concentrarem em uma tarefa específica (pela falta de escolarização), seja pelo uso de drogas. A dificuldade com a temporalidade pode ter a ver com a falta de rotina, por não saberem ler e ver as horas. Muitas vezes não sabem dizer há quanto tempo estão na rua, quando viram a família pela última vez, qual é o dia da semana e a hora atual.

A criança em situação de rua não come quando tem fome, mas quando tem comida disponível, dorme quando se sente segura e não exatamente quando tem sono.

Hutz e Koller⁶

Desenvolvimento físico

Crianças e adolescentes em situação de rua estão expostos a violência, doenças e acidentes, tendo maior dificuldade de acesso a atendimento médico. Essas crianças utilizam instrumentos para superar adversidades e garantir sua sobrevivência, como engenhosidade, conformidade, reciprocidade, oportunismo, proteção do grupo e busca por instituições. Essas estratégias são empregadas para que obtenham o que precisam: abrigo, comida, segurança e saúde.

Possíveis soluções

As políticas sociais e os programas destinados à população jovem em situação de pobreza normalmente priorizam seus problemas, fracassos e deficiências e, com frequência, atingem crianças e adolescentes quando já se encontram em situação de difícil reversão. É necessária uma mudança de mentalidade que tenha como alvo competências e potenciais – da criança, do jovem, da família e da comunidade.

Irene Rizzini et al.¹¹

Não existem ações e iniciativas que comprovadamente obtiveram sucesso. Esta grave questão passa pela reestruturação familiar, pelo fornecimento de oportunidades para promover a resiliência dessas famílias ao trabalhar na resolução de conflitos e fortalecer vínculos significativos em diferentes campos – amizade, família, relações de trabalho e participação comunitária –, fazer com que

as famílias tenham moradias adequadas, dar suporte escolar, adotar medidas de saúde, por meio da formação de redes sociais para que todos tenham conhecimento dos recursos existentes, movimentar serviços e instituições – governamentais ou não – para que interajam uns com os outros e formem a articulação em rede.

Além disso, é crucial a elaboração de políticas relacionadas a diferentes populações: os que têm um vínculo maior com a rua, os que fugiram de uma situação familiar de risco e os que ainda vivem com as famílias, mas em situação de vulnerabilidade.

Uma alternativa que garanta um desenvolvimento saudável para as crianças que estão na rua deve ser encontrada. Mesmo que não cause grande dano psicológico, a rua não é um lugar saudável para nenhum ser humano.
Hutz e Koller⁶

Referências

1. Organização das Nações Unidas no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Nações Unidas, 2017 [publicado em 2015 abr. 10; citado em 2017 set.]. Abandonadas e descartadas: mais de 150 milhões de crianças vivem nas ruas, alertam especialistas da ONU. Disponível em: <https://goo.gl/rNCK7T>
2. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. 2016 [citado em 2017 set.]. Disponível em: <https://goo.gl/W9upK1>
3. Documento “Situação da infância no Brasil”, do Unicef. em discussão! 28 maio 2013 [citado em 2017 set.];4(5). Disponível em: <https://goo.gl/XwvX1U>
4. Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Instituto de Desenvolvimento Sustentável (Idest). Primeira pesquisa censitária nacional sobre crianças e adolescentes em

situação de rua. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião; mar. 2011 [citado em 2017 set.]. Disponível em: <https://goo.gl/T7cQw1>

5. Sirgado MJCE. Crianças em situação de rua: o caso do IAC: Projecto Rua “Em Família para Crescer” [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Política; 2016 [citado em 2017 set.]. Disponível em: <https://goo.gl/MyFuWj>
6. Hutz CS, Koller SH. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estud Psicol.* 1996 [citado em 2017 set.];2(1):175-7. Disponível em: <https://goo.gl/APvrPg>
7. Hutz CS, Koller SH. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estud Psicol (Natal)*. 1997 [citado em 2017 set.];2(1):175-97. Disponível em: <https://goo.gl/mmHvEi>
8. Moura YG, Silva EA, Noto AR. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicol Pesq.* 2009 [citado em 2017 set.];3(1):31-46. Disponível em: <https://goo.gl/byGtMP>
9. Paludo SS, Koller SH. Toda criança tem família: criança em situação de rua também. *Psicol Soc.* 2008 [citado em 2017 set.];20(1):42-52. Disponível em: <https://goo.gl/sDZctC>
10. Aptekar L. Colombian street children: gamines or chupagruesos. *Adolescence.* 1989;24(96):783-94.
11. Rizzini I, Barker G, Cassaniga N. Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: USU/Instituto Promundo; 2000 [citado em 2017 set.]. Disponível em: <https://goo.gl/o7aSTK>

Capítulo 5. Abuso ou violência física

Antonio Carlos Alves Cardoso

Ana Lúcia Ferreira

Introdução

Abuso físico é conceituado como o “uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte”¹.

Essa violência acomete todas as faixas etárias, porém predomina nos menores de 3 anos². Estima-se que o abuso físico seja responsável por aproximadamente 25% de todas as formas de abuso contra a criança e, proporcionalmente, a maior parte das mortes por abuso físico (80%) ocorre em crianças menores de 4 anos de idade³.

Diagnóstico

Ao avaliarmos uma criança submetida a trauma, a pergunta que se deve fazer sempre é: “trata-se de um trauma acidental ou intencional (*violência física*)?”.

A suspeita clínica de abuso físico se baseia em dados de anamnese, exame físico e exames laboratoriais. Na maioria das vezes, o diagnóstico é difícil, necessitando de experiência profissional e da devida atenção do médico e de toda a equipe de saúde.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (AAP), a identificação da violência física pode ser dificultada

pelos seguintes fatores: é incomum haver testemunhas; os perpetradores dificilmente admitem suas ações; as vítimas frequentemente são pré-verbais ou estão muito machucadas ou assustadas para revelar o abuso; e as lesões podem ser inespecíficas³.

Anamnese

Tendo em vista que, muitas vezes, o exame físico não apresenta qualquer alteração que evidencie violência física, as informações coletadas na anamnese, assim como a observação do comportamento da criança, dos pais e da relação entre eles, são de suma importância para o diagnóstico.

Recomenda-se que se peça aos pais/responsáveis para descreverem com detalhes as circunstâncias em que ocorreram as lesões, bem como o ambiente onde a criança estava antes, durante e depois da ocorrência do trauma, sendo às vezes útil que se converse separadamente com cada responsável. Se a criança já souber falar, ela também pode dar sua versão sobre o trauma. Se não houver história de trauma, deve-se perguntar aos responsáveis como acreditam que a criança tenha se ferido. É indicado perguntar também sobre alterações de comportamento, embora nem sempre sejam evidentes ou a família prefira não relatar.

Dados adicionais obtidos pela anamnese podem ser úteis na avaliação da suspeita de abuso físico³:

- História clínica, do desenvolvimento e social.
- História familiar de sangramento, doenças ósseas, distúrbios metabólicos ou genéticos.
- História da gravidez: desejada ou não, planejada ou não, realização de pré-natal, complicações pós-natais, depressão pós-parto, parto não hospitalar.
- Padrões familiares de disciplina.

- Temperamento da criança: se é fácil ou difícil cuidar dela, se há choro excessivo no lactente, expectativas dos pais em relação ao comportamento e ao desenvolvimento da criança.
- História anterior ou presente de violência contra a criança, seus irmãos ou entre os pais e se há envolvimento com o Conselho Tutelar.
- Uso abusivo de drogas por algum dos cuidadores ou por pessoas que morem na mesma casa, conflitos com a lei, violência doméstica (demanda conversar separadamente com os pais).
- Recursos e estressores sociais ou financeiros.

São dados da anamnese que sugerem vitimização física⁴:

- Incompatibilidade entre dados da história e os achados clínicos.
- Omissão total ou parcial da história de trauma.
- Pais que mudam a história a cada vez que dão informações.
- Histórias diferentes quando os membros da família são questionados isoladamente.
- Demora inexplicável da procura de recursos médicos na presença evidente de trauma.
- Crianças maiores que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os pais.

Exame físico

Aspecto geral

Na avaliação do estado geral do paciente, os seguintes aspectos sugerem que ele seja vítima de violência física⁵:

- **Comportamento agressivo:** a criança pode apresentar-se temerosa, arredia, agressiva e, com frequência, adotar posições de defesa, isto é, encolher-se e proteger o rosto, já que é uma região em que é agredida com frequência.
- **Comportamento apático:** pode, por outro lado, apresentar-se apática, sonolenta e triste, não esboçando qualquer defesa.
- **Aspecto desnutrido:** não raramente a desnutrição acompanha essas situações, algumas vezes com atraso importante do desenvolvimento neuromotor.

Achados do exame físico geral que sugerem abuso³

- Qualquer lesão em crianças jovens que ainda não deambulam (equimoses, lesões na boca, fraturas e lesões intracranianas ou abdominais).
- Lesões em múltiplos sistemas orgânicos.
- Múltiplas lesões em diferentes estágios de cicatrização.
- Marcas de objetos.
- Lesões em localizações não usuais, tais como tronco, orelhas, face, pescoço ou parte superior dos braços.
- Lesões significativas inexplicadas.
- Evidência de negligência.

Lesões sentinelas de abuso físico^{6,7}

Lesão sentinela é uma pequena e visível lesão, tipicamente localizada na cabeça ou na face, em crianças ainda incapazes de puxar objetos ou deambular com apoio (95% têm menos de 7 meses de vida), sem explicação plausível. É frequente na história

pregressa de lactentes vítimas de violência física (27,5%) e rara dentre os que não foram abusados fisicamente (< 2,2%).

É importante que os pediatras identifiquem as lesões sentinelas, para que possam notificar e intervir, evitando a evolução desses casos para situações mais violentas. São exemplos dessas lesões:

- Equimoses.
- Lesões intraorais, como a ruptura de frênulo lingual.

Pele

São lesões de pele que sugerem trauma intencional²:

- **Hematomas:** são os sinais mais frequentemente encontrados. Deve-se dar especial atenção quando aparecem em dorso, nádegas, região genital e dorso das mãos, já que são locais menos frequentes de lesões acidentais. Observar quando estão em fases distintas de evolução, sugerindo traumas repetidos.
- **Escoriações:** podem acompanhar os hematomas.
- **Queimaduras:** podem estar presentes em até 10% das crianças que sofreram abuso físico. Deve-se dar especial atenção quando são de extremidades e simétricas, principalmente se predominam em regiões de extensão das articulações, sugerindo algum esboço de defesa pelo agredido⁸.

Cabeça

Aproximadamente 30% das crianças agredidas apresentam traumatismo na cabeça, e até 50% dessas sofrem alterações neurológicas permanentes⁹.

- **Olhos:** por ser uma região de tecido frouxo, com frequência há o aparecimento de edemas e hematomas. Algumas vezes pode haver comprometimento de cristalino ou mesmo retina, podendo levar a amaurose.
- **Orelhas:** por traumas repetitivos podem aparecer deformidades, sendo a conhecida como “orelha em lata” uma dessas.
- **Boca:** as lesões na cavidade oral são frequentes. Além de lesões da mucosa oral, podem aparecer alterações dos dentes (amolecimento, escurecimento etc.).

Tórax e abdome

Traumatismos do abdome e do tórax são causas importantes de morte na criança agredida. O mecanismo pode ser agressão direta, geralmente pelo punho do adulto, ou por brusca desaceleração após a criança ser empurrada¹⁰.

- **Tórax:** pode haver hemotórax ou pneumotórax secundários às fraturas de costelas (bastante raras em traumas acidentais).
- **Abdome:** em traumas fechados (socos ou pontapés) pode haver perfurações de vísceras ocas ou rupturas de fígado ou baço, podendo levar a um quadro característico de abdome agudo. Até 6% de crianças submetidas a abuso físico e que não exibem sinais sugestivos de lesão abdominal no exame físico apresentam lacerações hepáticas na tomografia⁴.

Fraturas

As fraturas podem aparecer em até 40% das crianças vítimas de abuso físico. São mais sugestivas de trauma intencional quando são distais e têm características de fraturas por “arrancamento”. As fraturas espiraladas, especialmente de membros inferiores em

crianças que ainda não andam, são também bastante sugestivas de abuso¹¹.

Considerando que algumas fraturas em crianças podem não ser clinicamente detectáveis, a avaliação radiológica completa do esqueleto é considerada mandatória para toda criança com suspeita de trauma, especialmente para os menores de dois anos de idade³. Como a avaliação radiológica inicial pode ser normal para algumas fraturas que são altamente específicas de abuso (fraturas de costela e lesões metafisárias), recomenda-se nova avaliação após se passarem de 10 a 14 dias da primeira^{3,12}.

As fraturas de crânio que sugerem abuso costumam ser múltiplas, complexas, da região occipital ou parietal posterior.

Sistema nervoso central

A frequência de traumas cranianos acidentais em crianças até o seu 2º ano de vida é relativamente alta. Porém somente os decorrentes de acidentes automobilísticos ou de quedas de grandes alturas costumam provocar lesões significativas no sistema nervoso central¹³. Crianças abaixo de 3 anos de idade, especialmente aquelas com menos de 1 ano, que apresentam o exame neurológico alterado (diminuição do nível de consciência; irritabilidade; diminuição da aceitação alimentar; vômitos; convulsões; alteração da respiração até apneia; coma e postura em opistótono) podem apresentar hemorragia intracraniana e necessitam realizar uma tomografia de urgência. Se apresentarem sinais de hemorragia intracraniana, é fundamental realizar um exame de fundo de olho que, quando mostra hemorragias retinianas, caracteriza a síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*).

A síndrome do bebê sacudido caracteriza-se por lesões do sistema nervoso central e hemorragias oculares provocadas por chacoalhamento de crianças pequenas. Mais recentemente, o

termo “traumatismo encefálico por abuso” tem sido adotado, o qual é recomendado pela AAP e usado para descrever lesão na cabeça secundária a chacoalhamento, traumatismo de impacto, ou uma combinação de ambos¹⁴.

O ato de chacoalhar pode ser bastante breve e ocorrer apenas uma vez, ou ocorrer repetidas vezes. A vítima típica costuma ter menos de 1 ano e frequentemente tem menos de 6 meses de idade¹⁵; em geral é do sexo masculino e cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão¹⁴. Geralmente são homens que sacodem ou chacoalham a criança, sendo mais comum que o pai biológico o faça; quando o agressor é do sexo feminino, é mais provável que esta seja uma cuidadora (babá)¹⁶.

Os sintomas do traumatismo encefálico por abuso podem ser leves ou graves, mas são inespecíficos: diminuição do nível de consciência; sonolência; irritabilidade; diminuição da aceitação alimentar; vômitos; convulsões; alteração do ritmo respiratório, incluindo apneia; coma e postura em opistótono. Em decorrência do ato de sacudir o bebê podem ocorrer:

- **Lesões esqueléticas:** aparecem em até 50% dos casos, mas a sua presença não é requerida para o diagnóstico¹⁶. Fratura em arco posterior da costela reforça o diagnóstico da síndrome.
- **Fraturas de ossos longos:** embora não sejam típicas da síndrome, podem estar presentes.
- **Hemorragia subdural:** consequente da ruptura das veias-ponte no espaço subdural.
- **Hemorragia retiniana:** a hemorragia de retina ocorre em 78% das crianças que sofreram trauma craniano por abuso e em 5% dos traumas cranianos acidentais. Quando as hemorragias resultam de pequenos acidentes, como quedas de crianças saudáveis em casa, são unilaterais, pequenas em número e confinadas à região

posterior¹⁷. Embora nenhuma lesão seja exclusivamente patognomônica da síndrome, a combinação das hemorragias retiniana e subdural em um lactente ou em criança pequena, na ausência de uma adequada justificativa, aumenta o grau de suspeita de lesão abusiva.

Estima-se que menos de 20% dos pacientes com síndrome do bebê sacudido têm evolução favorável. Cerca de 1/3 deles morre rapidamente. Os demais sobreviventes apresentam importantes sequelas neurológicas (lesões encefálicas; atraso do desenvolvimento neuropsicomotor – DNPM; convulsões; lesões da medula espinal) ou oculares (hemorragias oculares; cegueira)¹⁸.

Diagnóstico diferencial

No diagnóstico diferencial de sinais sugestivos de violência física deve-se considerar que:

- **Equimoses, hematomas:** podem ser manifestação de leucoses, distúrbios de coagulação ou doenças vasculares, mesmo aparecendo em regiões não sugestivas de traumas acidentais.
- **Outras lesões de pele:** podem resultar de impetigo bolhoso, fitofotodermatose, síndrome da pele escaldada, meningococemia (púrpura).
- **Alterações ósseas:** podem ser manifestações de osteomielite, osteogênese imperfeita, hiperostose cortical, escorbuto e podem sugerir traumas ósseos.
- **Fraturas de costelas:** podem ser resultado de reanimação cardiorrespiratória.
- **Alterações neurológicas:** podem ser devidas a trauma de parto, meningites, sepse, envenenamento por monóxido de carbono, erros inatos do metabolismo.

Exames subsidiários

Os exames complementares devem ser direcionados pelo quadro clínico:

- **Principais exames hematológicos:**
 - Hemoglobina, hematócrito, plaquetas, coagulograma.
- **Principais exames bioquímicos:**
 - CPK, amilase, enzimas hepáticas, eletrólitos, intoxicação exógena.
- **Principais exames urinários:**
 - Urina tipo I, pesquisa para intoxicação exógena.
- **Principais exames de imagem:**
 - Radiografia de corpo inteiro em crianças menores de dois anos e seletiva em crianças que já conseguem relatar fatos, como traumas anteriores em determinada região.

Referências

1. Lima CA, coordenação. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 298 p. Disponível em: <https://goo.gl/Kvx5qK>
2. Berkowitz CD. Pediatric abuse. New patterns of injury. Emerg Med Clin North Am. 1995;13(2):321-41.
3. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135(5):e1337-54.
4. Sirotnak AP, Krugman RD. Physical abuse of children: an update. Del Med J. 1997;69(7):335-43.
5. Leavitt EB, Pincus RL, Bukachevsky R. Otolaryngologic manifestations of child abuse. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1992;118(6):629-31.

6. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugen M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-7.
7. Petska HW, Sheets LK. Sentinel Injuries: subtle findings of physical abuse. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(5):923-35.
8. Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am*. 1990;37(4):791-814.
9. David GP, Cid KE. Síndrome del niño sacudido. *Rev Chil Pediatr*. 1993;64:381-3.
10. Lopez CM. Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el "maltrato infantil". *An Esp Pediatr*. 1991;35(2):113-9.
11. Bruce CJG, Zaninovic AC. Síndrome del niño maltratado: hallazgos radiológicos. *Rev Chil Pediatr*. 1991;62(4):273-80.
12. Harper NS, Lewis T, Eddleman S, Lindberg DM. Follow-up skeletal survey use by child abuse pediatricians. *Child Abuse Neglect*. 2016;51:336-42.
13. Alexander RC. Current and emerging concepts in child abuse. *Compr Ther*. 1995;21(12):726-30.
14. Christian CW, Block R, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-11.
15. Monteleone JA, Brodeur AE. *Child maltreatment: a clinical guide and reference*. St. Louis, MO: GW Medical Publishing; 1994.
16. Lancon JA, Haines DE, Parent AD. Anatomy of the shaken baby syndrome. *Anat Rec*. 1998;253(1):13-8.
17. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye (Lond)*. 2013;27(1):28-36.

18. Kivlin JD, Simons KB, Lazoritz S, Ruttum MS. Shaken baby syndrome. *Ophthalmology*. 2000;107(7):1246-54.

Sugestão de leitura

Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 104 p. Disponível em: <https://goo.gl/8o1DzX>

Capítulo 6. Negligência ou omissão do cuidar

Luci Pfeiffer

Mário Roberto Hirschheimer

Ana Lúcia Ferreira

Introdução

O não atendimento das necessidades básicas da criança, com variados níveis de gravidade, é a forma mais frequente de violência por omissão. É a submissão a atos ou atitudes de omissão de forma crônica, intencional ou não, com prejuízos à higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, proteção e afetividade da criança.

É uma das apresentações mais frequentes de maus-tratos, que há pouco tempo vêm sendo de fato reconhecidos, sendo o abandono o seu extremo, podendo manifestar suas consequências em parte ou em toda a vida de uma criança.

Caracterização como crime

O Código Penal Brasileiro caracteriza, nos artigos 133 e 134, respectivamente, o crime de “abandono de incapaz” e de “exposição ou abandono de recém-nascido”. No primeiro, a pena prevista é de detenção (de 6 meses a 3 anos), que aumenta se resultar lesão corporal de natureza grave do abandono e, ainda mais, se levar à morte. Prevê também o aumento das penas cominadas se o abandono ocorrer em lugar ermo e se o agente for ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima. No art. 134, a pena é de detenção (de 6 meses a 2 anos), com gradativos aumentos se do fato resultar lesão corporal de natureza grave ou morte¹.

No art. 136, que trata sobre o crime de “maus-tratos”, a pena prevista é de detenção (de 2 meses a 1 ano) ou multa,

com acréscimo na pena se do fato resultar lesão corporal de natureza grave, morte ou se o crime for praticado contra menor de 14 anos¹. Ressalte-se que a caracterização de “maus-tratos” constante desse artigo expõe a visão da época e a fragilidade da defesa das crianças e adolescentes ante o Código Penal em vigor (promulgado em 1940), que determina penalidades apenas quando são submetidos à privação de alimentos ou cuidados indispensáveis, trabalho excessivo ou inadequado².

A Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, altera a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 13 de julho de 1990, para estabelecer o direito de crianças e adolescentes serem educados e cuidados sem castigos físicos nem tratamento cruel ou degradante³. Essa lei proíbe castigos físicos, morais ou psíquicos, seja qual a razão informada pelos responsáveis, como forma de correção, disciplina e educação de crianças e adolescentes, seja por qualquer outro suposto motivo, e determina que pais, demais integrantes da família, responsáveis e agentes públicos executores de medidas socioeducativas que descumprirem a norma sejam encaminhados a um programa oficial ou comunitário de proteção à família, tratamento psicológico ou psiquiátrico, além de receberem advertência.

Essa lei também determina que União, estados e municípios elaborem políticas públicas e executem ações que coíbam castigos físicos, de tratamento cruel ou degradante, e difundam formas não violentas de educação de menores.

Para os fins da Lei nº 13.010, do ECA³, considera-se:

- Castigo físico: *ações de natureza disciplinar ou punitiva aplicadas com o uso da força física sobre a criança ou adolescente que resultem em sofrimento físico ou lesão.*
- Tratamento cruel ou degradante: *condutas ou formas cruéis de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que os humilhe, ameace gravemente ou ridicularize.*

A introdução do conceito “omissão do cuidar” no presente texto visa permitir uma diferenciação de valores, com as definições constantes na área da Justiça, esfera imprescindível na assistência das situações de violência contra crianças e adolescentes, onde a negligência é definida como crime sem intenção de dolo, ou, em verdade, de forma não voluntária, o que se sabe não ser realidade.

Epidemiologia

A negligência é responsável por cerca de metade das denúncias sobre violações de direitos fundamentais de crianças e adolescentes no País segundo o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (Sipia), que recebe todas as notificações sobre violência dos conselhos tutelares do Brasil. Dos 28.465 casos de problemas de convivência familiar e comunitária levados aos conselhos tutelares em 2013, 46,4% relatavam negligência dos pais⁴.

Num hospital pediátrico público da cidade de São Paulo, onde a equipe multiprofissional foi treinada para identificar casos suspeitos de violência nos pacientes internados, a taxa de negligência foi ainda maior (Tabela 6.1).

Tabela 6.1 Casos registrados no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, de São Paulo, em 2009*

Categoria de abuso	%
Negligência	56,3%
Violência física	23,4%
Violência psíquica	4,7%
Violência sexual	15,6%
Total	100%

*Levantamento dos autores junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) do hospital.

Nos relatórios de 2016 referentes ao ano de 2015 da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, desenvolvido em Curitiba (PR), a negligência representa também o maior número de notificações de violência intrafamiliar, com 67,2% do total de 4.421 casos de violência doméstica⁵.

Formas de apresentação da omissão do cuidar

A omissão do cuidar engloba tanto a forma sociocultural como intencional do descuido, desproteção ou desafeto, a última ocorrendo em todas as classes socioculturais. As duas merecem notificação e acompanhamento, mas necessitam de abordagens completamente diferenciadas.

Forma social-cultural (não intencional)

Acontece nas classes sociais menos favorecidas, pela ausência de condições econômicas e culturais mínimas. São famílias que vivem para o próprio dia, e o bem-estar dos filhos se limita à sobrevivência, sem o saber e a condição financeira para oferecer cuidados e estímulos de que realmente necessitam.

No entanto, mesmo nestes casos onde a pobreza ou miséria para muitos justificaria a impossibilidade do bem-cuidar, encontram-se mães e pais extremamente afetuosos e preocupados com o bem-estar dos filhos, tentando lhes oferecer o que têm de melhor, muitas vezes em prejuízo próprio, o que indica uma necessidade de reavaliação desse conceito.

Por outro lado, em todas as classes sociais, muitas crianças e adolescentes continuam abandonados à própria sorte ou juízo, lutando pela subsistência, sem o olhar ou a proteção de seus responsáveis, decidindo por seus caminhos ou deixados aos cuidados de terceiros, sem a mínima supervisão.

Forma intencional (consciente ou não)

Esta é uma forma em que a omissão do cuidar é de maior risco, pois não pode ser justificada por ignorância, desconhecimento ou falta de condições sociais para suprir as necessidades da infância e adolescência.

Há que se entender a intencionalidade das ausências no cuidado à saúde e à alimentação, das falhas no apoio à educação e da substituição do afeto e proteção por bens de consumo, configurando abandonos parciais ou totais na vida da criança ou adolescente (Quadro 6.1). Nem sempre os pais ou responsáveis têm consciência de que estão praticando violência, a qual se dá por meio da pouca valorização, da menor importância, da falta de tempo, da atenção prometida que nunca aparece, do carinho que nunca chega...

Quadro 6.1 Sinais de alerta para omissão do cuidar intencional, em qualquer classe sociocultural

Crianças e adolescentes que:

- Não recebem dos pais o mínimo de atenção e/ou afeto.
- São deixados aos cuidados de terceiros, ou a seu próprio, sem interesse dos adultos responsáveis em conhecer suas necessidades, ansiedades ou desejos.
- Passam os dias com companhias que os pais desconhecem, fazendo escolhas sem orientação, argumentação ou contraposição.
- Não recebem acompanhamento adequado à saúde, apenas em emergências, muitas vezes adiando-se tratamentos indispensáveis.
- Sofrem descaso diante da proteção a doenças ou traumas não intencionais (ditos “acidentais”).
- Não conseguem incentivo nem supervisão do desempenho escolar, lembrados apenas em situações de grande dificuldade ou fracasso.

São formas de negligência em que a omissão é ainda mais perversa, pois não podem ser justificadas por ignorância, desconhecimento ou falta de condições sociais para suprir as necessidades da infância e adolescência¹.

Negligência no atendimento médico

Mesmo para problemas corriqueiros, por comodidade ou dificuldade de agendar uma consulta ambulatorial, muitas mães não levam os filhos para serviços de atenção básica ou consultórios, mas para prontos-socorros, sobrecarregando-os. Para muitas existe o mito da resolutividade, em que o atendimento é imediato, sem marcação de horário: o médico pede exames, faz o diagnóstico, indica o tratamento e o problema já seria resolvido.

Essa ideia é completamente equivocada. Há muito o pronto-socorro de pediatria deixou de atender urgências e emergências para se tornar um serviço de conveniência. Esta situação está colocando todas as crianças de hoje em risco.

É necessário mudar isso. É muito importante que o pediatra que atende no pronto-socorro, ao dispensar o paciente, alerte sua família de que só foi dada atenção inicial à urgência que motivou aquele atendimento. Saindo de lá, ele deve marcar uma consulta em serviço ambulatorial ou, se tiver, com o pediatra da criança. Não atender essa recomendação provavelmente gerará retornos ao pronto-socorro pela mesma enfermidade, possivelmente agravada e com risco maior.

É no atendimento ambulatorial que criança e família recebem não só orientações sobre a continuidade do tratamento iniciado no pronto-socorro, mas também, e principalmente, um atendimento que promova a saúde e previna agravos, alertando a família sobre cuidados que a criança requer para um bom crescimento e desenvolvimento. Por isso também é importante que o absenteísmo aos atendimentos ambulatoriais seja

investigado e, se necessário, que o Conselho Tutelar seja acionado após a avaliação de cada situação.

A negligência de cuidados à saúde é ainda mais preocupante nos casos de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas, pelo risco de aumentar sua morbimortalidade. A descoberta de tratamentos mais complexos e eficazes para doenças pediátricas, associada a efeitos colaterais de muitos desses medicamentos, aumenta o potencial de não adesão e riscos associados a um tratamento inadequado⁶.

O Quadro 6.2 apresenta as condições necessárias para o diagnóstico de negligência de cuidado de saúde, segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP)⁷.

Quadro 6.2 Negligência de cuidados à saúde

- A criança está em risco de ser ou está sendo prejudicada devido à falta do cuidado à saúde.
- O tratamento recomendado oferece comprovadamente benefícios à criança.
- O benefício esperado com o tratamento é significativamente maior que sua morbidade, então pais sensatos fariam essa opção.
- É possível demonstrar que o tratamento proposto é acessível e não utilizado.
- Os pais compreenderam as orientações médicas.

Formas de apresentação⁸

A negligência pode ser física, educacional ou psicológica, mas este último tipo apresenta maior potencial ofensivo que a própria violência física⁸, pois o dano psíquico que acompanha a omissão do cuidar tem efeito deletério mais intenso.

O aparelho psíquico em formação consegue elaborar com menor dificuldade situações nas quais exista uma dor advinda de ferida aparente, como na violência física. A falta de possibilidade de demonstração, localização e compreensão da dor psíquica faz com que se generalize e surja em algum momento da vida sentimentos como ansiedade, desconforto, angústia, medo e outros transtornos de comportamento, de involução afetiva, psicomotora, moral ou social⁸.

A negligência psicológica compreende a deterioração do ambiente interpessoal do lar e gera aspectos negativos na criança em relação ao senso de segurança física e emocional, aceitação, autoestima, consideração e autonomia. Essa apresentação da negligência é praticamente ignorada, inclusive na literatura, pois constitui forma insidiosa de violência que traz em seu bojo a indiferença, o desafeto e o desamor, gerando consequências danosas para toda a estruturação de personalidade da vítima⁹.

Diagnóstico

Apesar de ser um tipo frequente de violência, a omissão do cuidar é a que apresenta maior dificuldade para ser definida e identificada, pelo fato de não haver interesse no estudo do que é adequado e suficiente para a criança ou o adolescente. Quantos médicos sabem realmente como se dá o desenvolvimento físico, psíquico e sexual do ser humano? E como se passa às crianças os valores de si mesmo e do outro? A essa dificuldade acresce-se o fato de que é necessário estabelecer padrões para diferenciar o que é inabilidade ou impossibilidade e o que é falta de vontade dos pais ou responsáveis para prover a suas crianças e adolescentes as necessidades mínimas necessárias¹⁰.

Os Quadros 6.3 a 6.5 apresentam os principais sinais de alerta relacionados às três formas de negligência¹¹.

Quadro 6.3 Negligência física – descuido à saúde e ao desenvolvimento

- Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes.
- Prejuízo à saúde por irregularidade no acompanhamento de normas de prevenção, como calendário vacinal.
- Descaso com as doenças, como demora inexplicável na procura de recursos médicos, tratamentos inadequados, não seguimento de recomendações e acompanhamento irregular de portador de doença crônica.
- Alterações nutricionais, como desnutrição ou obesidade, sem doença de base que as determinem.
- Lesões de pele de origem infecciosa ou dermatite de fraldas de repetição.
- Quadros de atopia de difícil controle, como asma, dermatite atópica, rinites, com desencadeamento ou piora por situações de violência.
- *Deficits* de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifique.
- Atrasos de fala e de domínio da linguagem.
- Cáries dentárias.
- Descuido na guarda, preparo ou oferta de alimentos.
- Falta de proteção contra intempéries climáticas.
- Uso de vestimentas muito inferiores ou contrastantes com o padrão apresentado pelos pais ou oferecido a outros irmãos.
- Descuido com a higiene.
- Falta de proteção contra acidentes ou contra violência praticada por outros.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Quadro 6.4 Negligência educacional

- Pouco ou nenhum estímulo ao desenvolvimento psicomotor.
- Falta de acompanhamento da escolaridade.
- Desvalorização do aprendizado.
- Permissão, estímulo ou omissão do absenteísmo escolar.
- Impedimento à escolaridade, por cultura distorcida, ignorância, por uso da criança para trabalho ou encobrimento de outras violências.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Quadro 6.5 Negligência emocional

- Desatenção às necessidades de afeto, amor e proteção.
- Estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor fraco, ausente ou invertido.
- Colocação da criança como partícipe da violência doméstica contra outros membros da família, seja como testemunha, impotente ou participante.
- Permissão, estímulo ou omissão diante do uso de álcool ou outras drogas.
- Indução ao sedentarismo e inatividade como forma de não se ocupar da criança.
- Impedimentos à socialização e/ou ao lazer.
- Indiferença quanto aos hábitos, preferências e atividades diárias.
- Indiferença, permissão ou estímulo quanto aos vícios do mundo virtual.
- Manutenção sob a guarda ou cuidados de terceiros, sem preocupação com esta escolha, acompanhamento ou supervisão.
- Rejeição ou expulsão de moradia da família.
- Indiferença quanto a fugas da criança ou do adolescente e/ou recusa em acolhê-los quando do retorno.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Por decorrência da situação de miséria e extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência familiar, a identificação da negligência é difícil ao se deparar com o questionamento de sua intencionalidade. Uma boa referência é comparar os tratos dispensados a cada um dos filhos e a si mesmo, buscando identificar algum tratamento desigual^{12,13}, bem como os recursos de que a família dispõe com os oferecidos por outras do mesmo estrato social. Porém, mesmo ante a impossibilidade econômica no bem cuidar, é preciso que se institua todos os meios sociais e legais de proteção, incluindo notificação e acompanhamento, sempre obrigatórios para os profissionais das áreas da saúde e educação (art. 245 do ECA)¹⁴.

Nos serviços de saúde, os seguintes fatos devem chamar atenção: internações frequentes, acidentes repetitivos (com frequência acima do esperado), tratamentos adequados sem resultados, alterações comportamentais da criança ou do adolescente e existência de enfermidades passíveis de prevenção.

Cabe discutir quando os pais se recusam a aceitar uma conduta claramente benéfica para seus filhos, como vacinas. Nessa circunstância, o melhor interesse da criança deve prevalecer, e a responsabilidade do médico e da instituição hospitalar existe independente da dos pais¹⁵. Portanto, diante da suspeita de omissão do cuidar, havendo ou não culpa direta ou facilmente evidenciável dos pais ou responsáveis, faz-se necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção desse menor que está sofrendo situação de desamparo¹³⁻¹⁶.

Por ocasião do atendimento médico, alguns padrões de comportamento podem evidenciar uma criança negligenciada, como os apresentados no Quadro 6.6.

Quadro 6.6 Padrões de comportamento da criança sugestivos de omissão do cuidar

- Criança e pais raramente se olham ou se tocam como forma de atenção e carinho.
- Apreensão e desconfiança ou apatia e sonolência em relação ao meio e às pessoas.
- Dores e queixas psicossomáticas.
- Comportamentos extremos: agressivos, destrutivos, tímidos, passivos, submissos, retraídos.
- Irritabilidade frequente, choro excessivo ou desmotivado.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Consequências

As consequências desses maus-tratos podem apresentar uma gama de variações e intensidades, como danos à saúde física e mental, à educação, afetividade e coletividade¹¹.

Danos à saúde física:

- Desnutrição.
- Anemia.
- Carências vitamínicas.
- Obesidade.
- Hipercolesterolemia.
- *Deficits* metabólicos, como baixa de cálcio, ferro, vitamina D e outros.
- Erros posturais, hipotrofias musculares e encurtamentos de tendões pelo sedentarismo e vícios virtuais.

- *Deficits* visuais pelo excesso do uso de telas de aparelhos eletrônicos.
- Aumento da incidência de doenças.
- *Deficit* de crescimento.

Danos à saúde mental:

- Atraso no desenvolvimento psicomotor.
- Atraso na aquisição da linguagem, que se seguirá de atrasos na leitura e escrita, com prejuízo da aprendizagem.
- Baixo valor de si mesmo.
- Dificuldade de sociabilização.
- Distúrbios de comportamento:
 - Ansiedades, angústias, fobias.
 - Comportamentos compulsivos e obsessivos.
 - Deslocamento de atenção.
 - Hiper ou hipoatividade.
- Prejuízos na estruturação da personalidade.
- Doenças mentais.
- Destrutividade ou delinquência.
- Autodestrutividade: drogadição/alcoolismo, atitudes masoquistas, suicídio.

Danos à educação:

- Atraso no desenvolvimento.
- Dificuldades de aprendizagem.
- Fracasso escolar.
- Redução das possibilidades de um futuro sucesso pessoal e profissional.

Danos à afetividade:

- Sentimento de culpa, por não se sentir merecedor do amor dos pais ou responsáveis.
- Busca de castigo constante pela culpa de sua existência sem lugar.
- Busca de isolamento.
- Sentimento de “*minus valia*”.
- Dificuldades relacionais, com submissão ao desejo do outro (revitimização) ou se colocando no papel do agressor (agressividade consigo mesmo e/ou com o outro).
- Sociopatias.

Danos à coletividade:

- Delinquência e criminalidade juvenil se relacionam à negligência emocional, com significativa repercussão na disciplina desses jovens nas escolas e na segurança pública¹⁶.
- *Bullying*.

O profissional de saúde no atendimento às vítimas de negligência

“Toda pessoa deve agir de forma a tratar a humanidade, seja em sua própria pessoa ou em qualquer outra, sempre e ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como um meio.”

Immanuel Kant, citado por Richard Dean¹⁷

Recomendações a respeito do atendimento

Não raro os responsáveis tentam evitar contato com os profissionais que manifestam dúvidas, suspeitas ou questionamentos

quanto à forma como lidam com suas crianças ou adolescentes e, quando confrontados abertamente com a hipótese de maus-tratos, tornam-se agressivos e ameaçadores. Por isso é importante considerar, no atendimento a essas vítimas, alguns aspectos éticos (ver Capítulo 14), como: o melhor interesse do menor deve prevalecer; a responsabilidade ética e legal do médico/instituição hospitalar existe independente da dos pais; são necessárias a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção da criança e do adolescente.

É dever da família, da sociedade e do Estado manter as crianças e adolescentes a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, como enunciado do art. 227 da Constituição Federal Brasileira¹⁸. Compete à equipe de saúde atender e acompanhar uma suposta vítima de violência, e sua participação ativa é imprescindível no desenvolvimento das estratégias de atuação coletiva contra a violência.

O profissional de saúde é obrigado a agir em prol do maior interesse do paciente, fazendo o melhor em relação a essa pessoa, de forma intransferível e inalienável, e promover integralmente seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, viabilizando o desabrochar de seu potencial como ser humano. Deve, também, agir com justiça, garantindo a qualquer criança ou adolescente o acesso aos meios disponíveis de cuidados e de proteção que viabilizem sua existência, assegurando-lhes os direitos previstos nos artigos 5º e 227 da Constituição Federal¹⁸.

Dessa forma, o atendimento às vítimas deve obedecer às seguintes recomendações:

- Proteger a criança, não ignorando que sua expectativa, em grande parte dos casos, é de transformação da dinâmica familiar, e não de afastamento da família.

- Ouvir e compreender o que se passa com aquele grupo familiar, evitando confrontos e julgamentos.
- Não contaminar o atendimento com os próprios preconceitos e emoções pessoais.
- Não competir com a família, agindo como “pais melhores” para a criança – o objetivo é diagnosticar a violência e seu nível de gravidade, e proteger a criança.
- Identificar o papel profissional de cada um da equipe, evitando a onipotência.
- Lembrar que a remoção pura e simples da criança do seio familiar dá margem para que os pais encubram e neguem seus próprios problemas emocionais e conjugais – as crianças ficam duplamente vitimizadas, e a confusão e o conflito não são esclarecidos no contexto familiar.
- Diagnosticar, tratar, encaminhar e acompanhar a vítima, o responsável e o agressor(a), este quando passível de tratamento, até que a violência esteja contida, e a criança, protegida e tratada.

Prevenção

Identificar comportamentos de risco é uma importante estratégia de prevenção. Exemplos de indicadores de risco no atendimento pré-natal, perinatal e puerperal estão listados nos Quadros 6.7 e 6.8.

Quadro 6.7 Indicadores de risco no atendimento pré-natal

- Gravidez indesejada e não aceita.
- Abandono paterno e/ou familiar.
- Ocultação de gravidez.
- Tentativa de aborto.
- Desejo de dar o filho.

- Responsável único sem suporte emocional ou financeiro mínimo.
- Desajustes sérios entre os genitores; conflitos familiares.
- História de doença mental ou distúrbios emocionais.
- Abuso de substâncias lícitas e ilícitas.
- Antecedentes de comportamentos violentos de um ou ambos os genitores.
- Histórico pessoal de vitimização.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Quadro 6.8 Indicadores de risco no atendimento perinatal e puerperal

- Sinais de tristeza, depressão, insegurança extrema ou apatia materna.
- Comentários depreciativos acerca do bebê.
- Indiferença, frieza e distanciamento do bebê.
- Evitar segurar, alimentar ou acariciar o bebê.
- Repulsa pelas secreções e excrementos do filho.
- Indiferença ou recusa do aleitamento.
- Desinteresse pelas orientações sobre o cuidar do bebê e seu desenvolvimento.
- Falta de visitas pelos pais e/ou familiares ao recém-nascido hospitalizado.
- Criança que não evolui bem apesar de ter condições de nascimento para tal.

Fonte: Adaptado do *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*¹¹.

Com relação à negligência de cuidados de saúde, é importante, tanto para reconhecer quanto para abordar a situação, identificar os motivos que levaram a família a não oferecer o tratamento adequado, conforme o Quadro 6.9⁷:

Quadro 6.9 Motivos que levam a família a não oferecer tratamento adequado
Fatores familiares
<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade financeira.• Falta de acesso ao atendimento de saúde.• Desorganização e/ou violência familiar.• Falta de consciência ou conhecimento do cuidar.• Descrédito nos profissionais de saúde.• Atitudes e comportamentos normais das crianças que podem ser interpretados como desrespeito, desafio etc.
Fatores ligados aos profissionais
<ul style="list-style-type: none">• Desconhecimento de outras culturas.• Falha na comunicação com a família.

Embora não seja o objetivo deste texto discutir a prevenção detalhada da criminalidade juvenil, é óbvio que um dos caminhos é desenvolver estratégias para reduzir a prevalência da violência intrafamiliar, incluindo a negligência.

Considerações finais

A sociedade precisa entender que os maiores investimentos devem se destinar às crianças e buscar, antes de qualquer coisa, o bem-estar e todas as condições de um bom desenvolvimento para aqueles que as sustentarão, tanto crianças quanto adolescentes.

Toda criança deveria ter o direito de nascer de pais que as criassem com satisfação e orgulho, incentivando sua cultura, costumes, modo de viver e força de lutar pela vida.

A criança se desenvolve por meio dos cuidados e estímulos que recebe. Cada faixa etária corresponde a uma série de aquisições evolutivas, tanto na área motora como psíquica e relacional. São aquisições que se sucedem, cada uma na dependência da anterior, e das quais se formarão os alicerces e estruturas que sustentarão não só seu crescimento em peso e altura, mas também no seu desenvolvimento intelectual, cognitivo, social e emocional².

Apesar de crescerem sob o manto da percepção direta ou indireta de que não deveriam ter nascido, deveria ser considerada a extrema capacidade de recuperação dessas crianças quando lhes é dada uma oportunidade de vida com respeito e afeto. Esse processo terá mais chances de ocorrer com um atendimento precoce e adequado que inclua não apenas o tratamento das “feridas” físicas e emocionais, mas também a assistência familiar, apoiado pelos meios de proteção legal, que muitas vezes têm falhado pela ausência de critérios claros de avaliação, ignorando características especiais do ser em desenvolvimento².

Reconhecendo a possibilidade de omissão do cuidar (ou negligência) em famílias de todos os padrões socioculturais, procurando diferenciar a forma intencional (consciente ou não) da sociocultural, é possível planejar uma abordagem adequada para cada situação e lutar por uma melhor qualidade de vida para as gerações atuais e futuras, e por uma sociedade mais justa.

Referências

1. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Arts. 133, 134 e 136 [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/1Hvh4Vo

2. Pfeiffer L, Cardon L. Violência contra crianças e adolescentes: do direito à vida. Os vários olhares do direito da criança e do adolescente. Coleção Comissões. Curitiba: Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná; 2006. p. 105-13.
3. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/1Q0Bf3f
4. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema de Informação para Infância e Adolescência (Sipia). Dados sobre a violência contra crianças e adolescentes. 2014 [citado em 2017 set. 17]. Disponível em: <http://www.sipia.gov.br>
5. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Educação em Saúde (CES). Violência contra crianças e adolescentes: perfil dos casos notificados em 2015. Curitiba, 2016 [citado em 2017 set. 16]. Disponível em: bit.ly/2GAYrIX
6. Fortin K. et al. Characteristics of Children Reported to Child Protective Services for Medical Neglect. *Hosp Pediatr.* 2016;6(4):204-10.
7. Jenny C. Recognizing and Responding to Medical Neglect. *Pediatrics.* 2007;120(6):1385-9.
8. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DAR, Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, organizadores. *Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria*. 4. ed. Barueri, SP: Manole; 2017. p. 92-9.
9. Focus Adolescent Services [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: www.focusas.com/Abuse.html#CHILD%20NEGLECT

10. Pfeiffer L, Cardon L. Visão atual da violência contra crianças e adolescentes. *Revista OAB, OAB Paraná*; 2006;12.
11. Waksman RD, Hirschheimer MR, organizadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência/Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Brasília, DF: CFM, SPSP; 2011. 172 p.
12. Cardoso ACA. Maus-tratos infantis: estudos clínico, social e psicológico de um grupo de crianças internadas no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
13. Alexander RC. Current and emerging concepts in child abuse. *Compr Ther*. 1995;21:726-30.
14. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Art. 245 [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/1MzICIG
15. Loch JA. Aspectos éticos em imunização infantil, caso clínico. *Bioética*. 1996;4(2):229-32.
16. Oselka G, Constantino CF, Hirschheimer MR. Aspectos éticos do relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente pediátrico. In: Segre M, editor. *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.101-4.
17. Dean R. The formula of humanity as an end in itself. In: Dean R, editor. *The value of humanity in Kant's moral theory*. Oxford: Clarendon Press; 2006. p.127-51.
18. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de dezembro de 1988 [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/2wro7QU

Capítulo 7. Violência psicológica

*Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello
Gislene do Carmo Jardim*

Definição

Este Capítulo trata da violência psicológica contra crianças e adolescentes, modalidade de violência que acontece nas relações interpessoais, de modo direto ou indireto, no ambiente familiar/doméstico ou fora dele (na escola, na instituição ou em outros espaços frequentados por essa faixa etária)^{1,2}. É a forma de violência contra crianças mais prevalente no mundo, bem como a de mais difícil diagnóstico e rara notificação.

Trata-se de palavras, atitudes, comportamentos e/ou ambientes negativos criados por adultos ou por outras crianças e adolescentes em torno destes, de caráter repetido, extensivo e deliberado. Seu impacto sobre o psiquismo em desenvolvimento ultrapassa a capacidade de elaboração psicológica desses infantes e resulta em sérios prejuízos para seu desenvolvimento psicoafetivo, relacional e social. Certo grau de violência psicológica sempre acompanha as outras formas de violência ou de negligência^{2,3}.

Formas de violência psicológica por ação²

- **Rejeição afetiva:** depreciação ativa da criança e do adolescente, ataque direto à sua autoestima (dizer ou sugerir que não tem valor e que não pode ser amado), desencorajamento das expressões de apego (recusar ou rejeitar o afago, carinho ou aproximação que a criança procura), tratamento negativo diferenciado, ameaças de perda de amor e de interesse e até de abandono, agressividade verbal, depreciação da imagem, humilhações

verbais ou não verbais, utilização de apelidos ou adjetivos que ridicularizam e inferiorizam, além de comparações maldosas e degradantes.

- **Alto grau de expectativa e de exigência:** atribuição de tarefas em excesso ou não adaptadas às possibilidades de crianças e adolescentes, que prejudicam o estudo, o descanso e o lazer; responsabilidades e expectativas inadequadas à idade e à condição da criança ou do adolescente; imposição de exigências irrealistas ou inconsistentes.
- **Terrorismo:** clima ameaçador, hostil e/ou imprevisível; estímulo de medos intensos na criança ou no adolescente, com ameaças diretas de morte, de abandono, de punições extremas ou sinistras, ou ameaças por meio de pessoas ou objetos amados; submissão a acessos de raiva excessivos.
- **Isolamento ou confinamento:** ação de cortar os contatos usuais da criança ou do adolescente, levando-o a acreditar que está só no mundo e que não pode contar com ninguém; limitação dos movimentos da criança ou do adolescente, fechando-o, isolando-o ou mesmo prendendo-o em domicílio, proibindo-o de ter atividades fora de casa e/ou da escola.
- **Corrupção e/ou exploração:** indução ou imposição de comportamentos impróprios, antissociais ou desviantes, motivando a criança ou o adolescente à agressão verbal ou física, a atos delinquentes, ao consumo de álcool, drogas e outras substâncias nocivas, ou explorando-o comercialmente para o sexo.

Violência psicológica por omissão²

Define-se pela omissão, moderada ou severa, de provimento das necessidades emocionais de crianças e adolescentes. Sua forma extrema é o abandono total.

Trata-se de falta de responsabilidade, de calor humano, de afeto, de sensibilidade e de interesse para com as necessidades e manifestações da criança ou do adolescente. É também a indiferença diante das demandas afetivas; bem como a falta de disponibilidade emocional, concretizada em atitude de desprezo, interações limitadas e frias, ausência de escuta, de atenção e de manifestações de apego ao infante.

Sinais de alerta

São sinais que podem estar associados à ocorrência da violência psicológica:

- Hipotrofias de estatura e de peso não orgânicas (estagnação do desenvolvimento) ou nanismo de origem psicossocial. A reversibilidade desse sintoma, com a hospitalização da criança e o afastamento dos pais, confirma a suspeita de violência psicológica, isto é, quando retirada de seu meio, a criança apresenta rápida e considerável aceleração do crescimento e ganho de peso.
- Atrasos psicomotores diversos.
- Distúrbios alimentares: perda ou falta de apetite, bulimia, anorexia, obesidade.
- Distúrbios da excreção: enurese, encoprese.
- Distúrbios cognitivos: dificuldades de aprendizado, desinteresse pelo conhecimento, pelo saber, atraso intelectual.
- Distúrbios do comportamento:
 - No lactente: condutas de rechaço do bebê em relação aos pais; vigilância gelada (atitude de vigiar os movimentos dos pais com os olhos sem esboçar movimentos corporais próprios) ou controle dos afetos e movimentos em razão do estado emocional dos pais; avidez ou voracidade afetiva (querer afeto demais ou buscá-lo a todo tempo,

no desamparo das funções maternas e paternas mal exercidas); depressão com falta de interesse por brinquedos ou por outra estimulação; atitude de intensa e prolongada introspecção, semelhante à que ocorre no espectro autista; excesso de movimentação e agitação; distúrbios do sono, da alimentação e esfinterianos.

- Na criança: grande inibição e passividade, de um lado, ou hiperatividade e instabilidade psicomotoras, de outro, associadas à agressividade contra os outros ou contra si própria.
- No pré-adolescente e no adolescente: fugas; dificuldades escolares ou investimento excessivo na escolaridade; rebeldia e/ou irritação exacerbadas e tentativas de suicídio.
- Sofrimento depressivo exteriorizado muitas vezes por meio de tristeza e choro; excesso de emotividade ou transbordamento emocional; sentimento de não ser compreendido, de culpa, de desvalorização e de impotência; sentimento permanente de inferioridade que corta toda sua motivação.
- Submissão alienante à autoridade em virtude de uma má interiorização da lei; adaptação submissa ou, ao contrário, sentimento e atitude de superioridade abusiva.
- Desconfiança paranoica.
- Incapacidade de reconhecer as necessidades, os sentimentos e o referencial do outro.
- Relação permeada de ansiedade e conflitos com mãe, pai ou ambos, e com figuras que os representam.
- Pouca comunicação ou comunicação feita sempre de modo destrutivo.
- Hiper-reatividade de caráter passivo ou agressivo^{2,4}.

Consequências

As consequências da violência psicológica, embora devastadoras, nem sempre são fáceis de reconhecer e incluem:

- Prejuízo duradouro da constituição e da mobilização do sentimento de autoestima e de autoconfiança.
- Vulnerabilidade na constituição e na preservação da saúde física e mental.
- Dificuldade de formar relações interpessoais satisfatórias.
- Descrédito quanto à possibilidade de amar e ser amado.
- Sentimento de culpa e de desamparo.
- Visão pessimista de mundo.
- Grande dificuldade de se comunicar verbalmente de maneira construtiva.
- Comportamentos autodestrutivos, hostis ou antissociais em direção aos outros.
- Dependência, sentimentos depressivos, retraimento.
- Sintomas de ansiedade excessiva.
- Atitudes antissociais.
- Desejo de fuga ou fuga consumada.
- Tentativas de suicídio ou suicídio consumado^{2,4}.

Avaliação clínica

- Apresenta dificuldades de medida e de objetivação.
- É mais eficaz que a médico-legal.
- Constata que a violência psicológica acompanha todas as outras formas de violência.

- Verifica que as consequências da violência psicológica estão ligadas exclusivamente a sua natureza e intensidade.
- A gravidade está ligada à frequência, à duração do ato/omissão, à idade e ao desenvolvimento da criança/adolescente.
- Quanto maior o laço de dependência e afetividade com o autor da violência psicológica, maior o risco e o dano psíquico na criança/adolescente.

Desafio diagnóstico

Nos casos de violência psicológica, há uma dificuldade particular de medida dos atos e omissões subjetivos, de objetivação dessa realidade e dos impactos que ela de fato tem sobre a criança ou adolescente, seu desenvolvimento, seus comportamentos e sua saúde. Assim, uma avaliação clínica, tanto médica quanto psicológica, é mais eficaz em termos diagnósticos que uma avaliação médico-legal, ainda que esta possa ser realizada, se necessária e factível, em um segundo momento.

Ademais, não somente sua constatação e avaliação se revelarão difíceis, mas a relação de causalidade direta e exclusiva entre a violência psicológica perpetrada ou suposta e o sofrimento da criança ou adolescente pode ser até impossível de estabelecer. Por exemplo, o fato de não se encontrarem consequências emocionais visíveis em uma criança ou em um adolescente não quer dizer que não tenha sofrido ou esteja sofrendo violência psicológica. Em contrapartida, isso pode atestar a existência na criança de eficientes recursos internos (psíquicos) ou externos (de apoio psicológico efetivo, oferecido no momento propício), não obstante ela ter sido vítima.

Diferentemente das outras modalidades de violência, nem os estudos nem a prática indicam um perfil exato das características de vítimas, autores, natureza dos vínculos e

situações ou circunstâncias em que ocorre. Há um consenso em se considerar que a violência psicológica acompanha todas as outras formas de violência. Além disso, acredita-se que o ato ou a omissão psicológica em si não são ligados exclusivamente à sua natureza e intensidade, mas sim à sua frequência e duração no tempo, bem como à idade e ao nível de desenvolvimento da criança/adolescente. Nesse contexto, a apresentação de um modelo de caso pode ser arriscada².

Modalidades especiais da violência psicológica

Alienação parental

Termo proposto por Richard Gardner (1985), a síndrome de alienação parental (SAP) consiste em um conjunto de ações realizadas pelos pais após a separação do casal, em que um dos ex-cônjuges toma o filho como um objeto, com o objetivo maior de promover uma ruptura afetiva entre o filho e o outro genitor, gerando um clima de ansiedade, medo, raiva e fragilização da criança/adolescente. Com claras evidências intencionais, tal ação pode ser entendida como um desvio perverso da função materna e/ou paterna⁵.

A SAP ocorre em famílias cujo casal parental tem dificuldades em compreender a diferença entre casal afetivo e casal de pais. A relação amorosa entre um homem e uma mulher (ou entre parceiros do mesmo sexo) não pode nem deve ser confundida com a relação eternizada do casal parental, sendo esta constituída para sempre após o nascimento de um filho. Ou seja, a função materna e a paterna se perpetuam mesmo após a separação do casal afetivo, e a relação do filho com cada progenitor deve ser garantida por eles, com o objetivo comum de preservar a saúde psíquica e física do filho⁶.

Nesse cenário, o genitor dito alienante encarrega-se de decompor a imagem do outro genitor, de modo a desqualificá-lo

ou, ainda, fazendo a criança temê-lo, podendo provocar no filho um quadro de ansiedade, desinteresse e medo de que o genitor o reencontre, podendo chegar ao pânico ou à repulsa total. O genitor alienante se arma de palavras e ações que, muitas vezes, não correspondem à realidade do genitor atacado. Por exemplo, um dos genitores critica o desinteresse do outro pela escola ou outras atividades do filho, não declarando ao filho que excluiu aquele de participar de tais eventos. Ou, ainda, o genitor alienante compete com o outro, no que tange a bens materiais, passeios organizados em dias de visita etc. Em outros casos, o genitor alienante intencionalmente traz à memória do filho situações de colocação de limites e imposições feitas pelo genitor alienado, de modo a eternizar um conflito entre eles. Ou mais: o genitor alienante desvaloriza, ridiculariza, quebra ou oculta objetos presenteados pelo genitor ausente. Uma ou mais dessas atitudes caracterizam uma postura alienadora de um dos genitores sobre o outro, muitas vezes estendida aos familiares deste último. Existem também casos em que o genitor alienante imagina e convence o filho de que o outro genitor não poderá garantir sua integridade física, sexual e psicológica ou trará prejuízo a esta.

É consenso entre os profissionais da infância e adolescência que tal cenário é absolutamente desfavorável ao desenvolvimento físico e à estruturação psíquica razoáveis de um sujeito. À medida que o exercício das funções materna e paterna beneficia um dos genitores, tais funções perdem o valor de serem referenciadas uma à outra com o objetivo comum de fazer valer o desenvolvimento integral da criança ou adolescente. Na SAP, o exercício alienante de um dos genitores denuncia sua execução perversa, considerando-se a perda do objetivo comum, que é o bem-estar físico e psicológico de um terceiro, o filho. Ao tomar lugar central, com a produção de “suas próprias verdades”, em relação à realidade da criança, o progenitor alienante gera um ambiente de ansiedade, raiva, ódio e angústia, que repercutirá na formação dos seus laços na vida adulta, bem como na formação de sintomas mais complexos como depressão, pânico, dependência

química e suicídio. É por tais razões que esse fenômeno configura uma forma corrente de violência psicológica.

Os casos de SAP são comuns – sobretudo nas situações de disputa de guarda entre genitores separados/divorciados –, mas de difícil e complexa detecção, bem como de delicado manejo. São regrados pela Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010, que dispõe sobre a alienação parental e alterou o artigo 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considerando:

ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.⁷

Diante de indícios da prática de alienação parental, o juiz poderá solicitar perícia psicológica ou biopsicossocial, que será elaborada a partir de entrevistas pessoais com as partes envolvidas, exame de documentos, histórico do relacionamento do casal e da separação, cronologia de incidentes, testes de personalidade dos envolvidos e avaliação geral da situação familiar e interdisciplinar da saúde física e mental – com exame da forma como a criança/adolescente se manifesta acerca de eventual acusação contra o genitor. Tal perícia será realizada por profissional ou equipe multidisciplinar habilitados, que terão um prazo para apresentação do laudo. Uma vez caracterizados atos típicos de alienação parental:

(ou qualquer conduta que dificulte a convivência de criança ou adolescente com genitor, em ação autônoma ou incidental), o

juiz poderá, cumulativamente ou não, sem prejuízo da decorrente responsabilidade civil ou criminal e da ampla utilização de instrumentos processuais aptos a inibir ou atenuar seus efeitos, segundo a gravidade do caso: declarar a ocorrência de alienação parental e advertir o alienador; ampliar o regime de convivência familiar em favor do genitor alienado; estipular multa ao alienador; determinar acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial; determinar a alteração da guarda para guarda compartilhada ou sua inversão; determinar a fixação cautelar do domicílio da criança ou adolescente, ou, por fim, declarar a suspensão da autoridade parental.⁷

Além dos atos declarados pelo juiz a partir da perícia, quando esta ocorrer, outros compõem a prática da alienação parental, como: realização de campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; dificultação do exercício da autoridade parental, bem como do contato da criança ou adolescente com genitor ou do exercício do direito regulamentado de convivência familiar; omissão deliberada ao genitor de informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e de alterações de endereço; apresentação de falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar sua convivência com a criança/adolescente; ou, ainda, a mudança de domicílio para local distante, sem justificativa, visando dificultar a convivência da criança/adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós.

É fundamental que os profissionais da saúde e educação se preparem adequadamente para detectar, intervir e tratar as sérias consequências psicológicas e sociais da SAP em crianças e adolescentes, entendendo ser esta uma forma específica de violência psicológica, muitas vezes acompanhada de

negligência e de violência sexual indireta, quando se traz para a criança conteúdos e avaliações de cunho sexual diante de uma falsa denúncia.

Implantação de falsas memórias^{1,5}

Nesse contexto de conflitos conjugais/familiares, não é rara a ocorrência de falsas alegações de crimes (abuso sexual, negligência, violência psicológica e/ou física) contra a criança, na forma de implantação de falsas memórias, como tentativa ou parte do processo de influenciar, suggestionar ou alterar suas lembranças, recurso em geral empreendido por pessoas próximas, sendo esta igualmente uma forma cruel de violência psicológica. O mais comum é que um dos genitores ou familiares denuncie o outro genitor ou seu familiar com o objetivo de afastá-lo de vez do contato e convívio com o(a) filho(a).

Autores revelam que nesse contexto é possível produzir falsas memórias em crianças por estas serem mais suggestionáveis e em decorrência da dependência psíquica e cognitiva que mantêm em relação aos adultos, o que é bastante comum em casos de alienação parental¹. Resultados de estudos científicos indicam que o desempenho da memória melhora em crianças em idade escolar e evolui à medida que o desenvolvimento moral avança, sendo as crianças em idade pré-escolar as mais suscetíveis aos processos de alienação que produzem falsas memórias⁸.

Diante dessa realidade, os tribunais têm sido cada vez mais cuidadosos ao determinar suspensão de visitas ou o afastamento de um dos pais, preferindo estabelecer a visitação acompanhada, de modo a aprofundar a avaliação do caso¹. Casos de alienação parental e de implantação de falsas alegações são muito complexos e exigem cautela por parte da equipe interdisciplinar. As avaliações médica e psicológica podem contribuir muito para o melhor esclarecimento das pressões familiares sofridas pela criança/adolescente, além de serem valorizadas nos meios cíveis e criminais.

Referências

1. Baisch VM. Alienação parental, sugestões falsas e falsas memórias. Canal Ciências Criminais [Internet]. 2015 abr. 30 [citado em 2017 jul. 3]. Disponível em: <http://bit.ly/2EVPdTW>
2. Mello ACC. Kit respeitar: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: queremos respeito: guia para crianças, adolescentes e quem lida com eles [Internet]. São Paulo: Fundação Orsa; 2008 [citado em 2017 jul. 3]. Disponível em: <https://goo.gl/rCkjZx>
3. Durning P, Fortin A. La maltraitance psychologique: quatrième modalité ou dimension essentielle de tout mauvais traitement? Lecture critique de la littérature étrangère. In: Gabel M, Lebovici S, Mazet PH, editores. Maltraitance psychologique. Paris: Fleurus-Tardy; 1996. p. 53-76.
4. Gosset D, Hédouin V, Revuelta E, Desurmont M. Les sévices psychologiques. In: Gosset D, Hédouin V, Revuelta E, Desurmont M. La maltraitance à enfants. Paris: Masson; 1996. p. 61-78.
5. Alemão KA. Síndrome da alienação parental (SAP). In: Âmbito Jurídico [Internet]. 2012 [citado em 2017 maio 22];15(99). Disponível em: <http://bit.ly/2ERolzg>
6. Jardim GC. Prevenção de problemas psíquicos na primeira infância. *Pediatr Mod.* 2000;36(7):470-2.
7. Brasil. Lei nº 12.318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2010 ago. 27 [citado em 2017 jul. 3];1:3. Disponível em: <http://bit.ly/1IdFD5U>
8. Neufeld CB, Brust PG, Silva MTG. Investigação da memória em crianças em idades escolar e pré-escolar. *Psicol Estud.* 2011;16(1):123-30. Disponível em: <http://bit.ly/2CAsG9Z>

Capítulo 8. Síndrome de Munchausen por transferência ou procuração (causada por terceiro)

Antonio Carlos Alves Cardoso

Mário Roberto Hirschheimer

Luci Pfeiffer

Conceito

O nome dessa síndrome é uma referência ao barão Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (1720-1797), militar que lutou pela cavalaria russa contra o exército turco no século XVIII e costumava contar histórias elaboradas sobre batalhas sempre com um tom bastante fantasioso, com grandes atos heroicos, exagerados e cheios de humor. Acabou por ser conhecido como o símbolo da mentira.

Asher, em 1951, descreveu casos de pacientes que procuravam hospitais de Londres apresentando fantasiosas histórias clínicas, resistentes às terapias comuns, apenas para estar em contato com o sistema de saúde¹.

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a síndrome de Munchausen é definida como transtorno autoinduzido, caracterizado pela apresentação frequente ao tratamento hospitalar de uma doença aparentemente aguda, que o paciente explica com uma história plausível e dramática, mas completamente falsa, com a nota explicativa de sintomas de doença inventados por uma pessoa que repetidamente busca hospitalização². Porém, nem sempre a queixa é de doença aguda, e muitas vezes a pessoa busca unidades ou centros de saúde diversos, com relatos de sintomas crônicos, certas vezes compatíveis com doenças conhecidas e de investigação laboratorial normal.

Inicialmente, este termo era utilizado somente para desordens fictícias; todavia, atualmente é considerado um amplo grupo de doenças também factícias, até a forma mais grave, na qual fingir ou produzir sintomas de doença e desafiar profissionais da saúde torna-se a atividade central da vida do indivíduo.

É, portanto, uma doença psiquiátrica em que o paciente, de forma compulsiva e deliberada, inventa, simula ou causa sintomas de doenças sem uma vantagem óbvia para tal atitude que não seja a de obter cuidados e desafiar o saber de médicos e outros profissionais da saúde. Costumam ser pessoas que buscam a compaixão da família e da sociedade para receber tratamento diferenciado e um destaque pela capacidade de suportar o sofrimento.

Meadow, em 1977, observou que alguns pais adotavam a mesma postura, porém utilizavam crianças para atingir seus objetivos³.

Foi então acrescentado o termo “*by proxy*” ao nome da síndrome (traduzida para o português como “por transferência” ou “por procuração”) quando aquele que cria ou inventa a doença não é o próprio paciente, mas um cuidador que, persistente ou intermitentemente, produz (inventa, simula ou provoca), de forma intencional, sintomas no outro, geralmente criança ou adolescente. O agressor coloca a vítima em risco e numa situação de constante sofrimento, levando o médico a participar das agressões com exames invasivos ou tratamentos desnecessários.

Os registros e dados estatísticos são poucos, visto o número reduzido de diagnóstico. Estima-se que de 90 a 98% dos casos o agressor seja mulher, sendo a mãe em aproximadamente 85% de todas as agressões; e o restante, outras pessoas do sexo feminino, como avós, cuidadoras ou enfermeiras⁴⁻⁸. Aproximadamente 10% dos agressores são os pais^{8,9}.

Esse agravo é denominado no DeCS como “síndrome de Munchausen causada por terceiro”, tendo como sinônimo “síndrome de Munchausen por procuração”, definida como fenômeno em que os sintomas de uma moléstia são causados por outro indivíduo que não o paciente, levando à indicação, pelo profissional médico, de exames e tratamentos desnecessários e muitas vezes dolorosos.

A síndrome é considerada uma forma de maus-tratos infantis, uma vez que o agressor, geralmente um dos pais, é a fonte da invenção ou criação dos sintomas¹⁰ e da indução do médico ao erro diagnóstico e de tratamento desnecessário. As vítimas podem crescer doentes e ficar incapazes, à margem das atividades normais de outras crianças, impedidos de frequentar a escola e, muitas vezes, até de brincar.

É possível identificar em alguns casos o objetivo de obter alguma vantagem para o responsável agressor, como conseguir atenção do outro genitor para si, se afastar de uma casa conturbada pela violência ou obter benesses e reconhecimento da comunidade. Nas formas clássicas, parece uma necessidade intrínseca e incoercível de assumir o papel de doente para si mesmo (chamada de “*by self*”) ou para a pessoa sob seus cuidados (na forma por transferência). O comportamento de inventar ou provocar sinais e sintomas de doença na criança ou adolescente é compulsivo, mesmo que o agressor conheça os riscos e danos para a vítima, devendo ser considerado uma grave perturbação da personalidade, de tratamento difícil e prognóstico reservado. Esses atos são descritos nos tratados de Psiquiatria (DSM-5 300.19) como “transtorno factício” e classificados no Código Internacional de Doenças (CID10) como “F68.1” – produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas.

Classificação e formas de expressão

A síndrome de Munchausen causada por terceiro pode expressar-se de três formas, de acordo com a gravidade da condição clínica:

- **Mentira:** o responsável agressor relata sinais ou sintomas de enfermidade inexistentes, como convulsão, vômitos, febre, intolerância ou alergia alimentar, justificando a privação de uma série de alimentos e atividades de lazer, bem como a procura do médico para indicar exames invasivos e prescrever medicamentos desnecessários.
- **Simulação:** o responsável agressor apresenta queixas e falsas comprovações de sinais e sintomas inexistentes, sem agressão direta à criança, como aquecer o termômetro para simular febre, acrescentar sangue (geralmente do próprio responsável) à urina ou fezes para simular hemorragia, fraudar anotações de enfermagem ou resultados de exames.
- **Indução:** o responsável agressor cria sinais e sintomas na criança ou adolescente, como dar catárticos para provocar diarreia, dar soníferos para simular estado pós-*-crise convulsiva*, atritar a pele para provocar erupções ou aquecer a criança para elevar sua temperatura. Trata-se de uma violência que pode levar ao risco de morte, como induzir vômitos e diarreia para provocar desidratação, aplicar anticoagulante que pode desencadear síndrome hemorrágica, dar medicação sedativa levando ao coma, provocar envenenamentos progressivos e outros^{3,5,11,12}.

Estima-se que 50% dos casos são de indução, 25% de mentira e 25% de simulação e indução juntas.

Essa doença é uma forma complexa de violência contra a criança, composta por violência física e psíquica, causada pelo desencadeamento de sintomas e pelas investigações laboratoriais, tratamentos e internações hospitalares invasivas e desnecessárias,

privando a criança de um cotidiano normal, além de submetê-la à sensação contínua de fragilidade e vulnerabilidade, por ser portadora de uma suposta doença crônica ou cíclica.

Ao contrário das outras formas de abuso ou violência contra crianças, as mães agressoras na síndrome de Munchausen por procuração costumam se mostrar extremamente interessadas no bem-estar do filho e incansáveis no cuidar. Agem de forma sedutora com pessoas que entendem como de maior autoridade na saúde, como médicos graduados ou líderes de equipes, e são intolerantes e grosseiras com outras pessoas menos graduadas. Costumam trazer queixas dos atendimentos anteriores por outros profissionais, mas se tornam extremamente agressivas quando são colocadas dúvidas sobre suas queixas ou mesmo sobre as doenças nas quais ela quer fazer todos crerem.

Frequentemente, quando a suspeita ou diagnóstico é feito, descobre-se que havia uma história com longo tempo de evolução e que os eventos, apesar de grosseiros, não foram devidamente considerados. Em relação à família, observa-se que em mais de 40% dos casos os irmãos já sofreram esse abuso, e muitas vezes inclusive o agressor manifesta a síndrome de Munchausen *by self*.

É importante não confundir a síndrome de Munchausen com situações que podemos chamar de “por conveniência”, nas quais a doença é simulada de modo fraudulento para obter vantagens, como afastamento do trabalho, receber o valor de um seguro ou outros benefícios. Nesses casos o diagnóstico é “simulação” (CID10: Z76.5) e “outras formas de maus-tratos” (CID10: T74.8) para o agredido.

Incidência e prognóstico

A incidência da síndrome é difícil de avaliar em virtude da dificuldade do diagnóstico. Meninas e meninos sofrem esse tipo de agressão na mesma proporção⁹.

A idade dos casos descritos varia de menos de 1 mês a 21 anos de idade. A maioria dos casos ocorre antes dos 5 anos de idade, sendo a média de 20 meses. Existe um subdiagnóstico e uma subnotificação, mas se estima que a prevalência da doença seja de 0,5/100 mil crianças com menos de 16 anos, de 12/100 mil em crianças com menos de 5 anos e 2,8/100 mil em crianças com menos de 1 ano – mas é provável que estes números sejam maiores.

Existem vários relatos de casos fatais. A mortalidade pode chegar a 9%¹³. Crianças submetidas à asfixia (com sacos plásticos, travesseiros, mãos), intoxicações e envenenamentos podem evoluir para encefalopatia crônica e retardo mental.

Manifestações

- Neurológicas.
- Gastrointestinais.
- “*Rashes* cutâneos” ou sintomas alérgicos variados e progressivos.
- Transtornos de comportamento ou outros sintomas psiquiátricos, muitas vezes assumidos pela vítima.
- Referência à febre.
- Sangramentos simulados ou provocados.
- Evento aparentemente fatal (*apparent life-threatening event* – Alte), eventos inexplicáveis resolvidos (*brief resolved unexplained event* – Brue), até síndrome da morte súbita.
- Acréscimo de sintomas ou aumento da frequência de eventos relacionados a uma doença preexistente.

As queixas referentes ao sistema nervoso central são as mais comuns e representam 45% do total, incluindo convulsões, hiperatividade, *deficit* de atenção, apneia e surtos alucinatórios.

As queixas gastrointestinais também são habituais e observadas em aproximadamente 10% dos casos, por vômitos induzidos mecanicamente ou com o auxílio de drogas, vômitos com aspecto fecaloide, sugerindo obstrução intestinal, mas simulada com a adição de fezes ao material do vômito, diarreias causadas pela administração de laxativos etc.

As erupções ou “*rashes*” cutâneos, observados em 10% dos casos, podem ser induzidos pela aplicação de substâncias cáusticas e tinturas na pele ou, algumas vezes, por meio de atrito e escoriações, ou ainda pela administração de produtos que podem desencadear quadros alérgicos¹⁴.

As queixas de febre são referidas em 10% das ocorrências. A elevação da temperatura pode ser por aquecimento do termômetro, aquecimento da própria criança ou por injeção de substâncias pirógenas no paciente¹⁵. Estima-se que 3 a 9% das queixas de febre investigadas sem sinais de localização ou de etiologia indeterminada são causadas por essa síndrome.

Os sangramentos são também queixas comuns, sendo a hematúria a mais frequente, seguida por melena, hematêmese e outros sangramentos orificiais. Os sangramentos podem ser simulados com sangue de outra pessoa ou com substâncias coloridas que aparentem ser sangue. Podem ainda ser induzidos pela administração de medicamentos anticoagulantes.

As manifestações por indução, provocando um evento que aparenta ser de risco de morte, podem ser responsáveis por casos da síndrome da morte súbita infantil¹⁶. Nos Estados Unidos, estima-se que 2,7/1.000 recém-nascidos e lactentes jovens monitorados por apneia são vítimas dessa síndrome.

Nem sempre os sintomas são “fabricados primariamente”. Podem ocorrer acréscimos de sintomas às manifestações de uma doença real ou o aumento da frequência de um evento que ocorre

espontaneamente. Sintomas reais de convulsões ou epistaxes esporádicas na criança podem servir para que a responsável invente uma série de outras crises, dando a impressão de que a doença é mais grave ou não responde ao tratamento indicado pelo profissional médico, colocando-o na posição de impotência diante da doença criada.

À medida que a criança cresce, há uma tendência de que ela passe a participar da fraude ou dos maus-tratos, associando-se à mãe como cúmplice e, a partir da adolescência, se tornar portadora da síndrome de Munchausen *by self*, em que os sintomas passam a ser inventados, simulados ou produzidos por ela mesma. Uma teoria desse fenômeno é que a criança ficaria condicionada a um relacionamento em que o amor e o afeto são vinculados a estar doente. Só é e se sente amada e cuidada quando se está doente; quando fica sadia, decepciona seu agressor, sentindo-se negligenciada (como verdadeiramente o é).

Sinais de alerta

Muitas vezes o que a responsável pela criança quer é apenas despertar e obter atenção da equipe da saúde, de forma doentia; outras vezes, problemas sociais associados ou períodos de crise familiar criam uma situação em que ela usa a internação para permanecer afastada de casa ou manipular outros parentes.

Crianças sem malformações, problemas genéticos ou doenças crônicas que apresentarem prontuário volumoso, sendo atendidas por diversas especialidades ou em centros de saúde diferentes, devem ser avaliadas pela possibilidade de serem vítimas dessa síndrome.

Com uma avaliação detalhada, é possível evidenciar históricos de situações variadas de violência, incluindo traumas psicológicos intensos na infância, tanto do portador da síndrome de Munchausen como no polo agressor da síndrome

de Munchausen por procuração. Antecedentes de submissão a privações na infância, rejeição dos pais ou de outros familiares, abandono em instituições, violência física, negligência grave, violência sexual ou presença de outros fatores ambientais estressantes também são frequentemente encontrados¹².

Não é raro o agressor (geralmente a mãe) ter algum relacionamento com a área da saúde ou cuidados a crianças^{5,17} (em 35 a 40% dos casos o agressor atua na área de enfermagem e em 5% na de assistência social) ou tem antecedente pessoal de internação hospitalar prolongada¹⁸.

Habitualmente as intervenções médicas são baseadas nas informações fornecidas pelo paciente e seus familiares, cuja veracidade é considerada absolutamente essencial. Quando essa premissa falha, os procedimentos ao paciente, alguns podendo ser bastante agressivos mesmo que motivados pela ação de seus responsáveis, são provocados pelos profissionais de saúde, causando dor e sofrimento. Este fato justifica a classificação de alguns autores quando afirmam que nessa síndrome há três entidades: a vítima (paciente), o vitimizador (agressor/a) e o enganado (equipe de saúde).

Algumas características da mãe e da família devem levantar a suspeita^{5,7-9,17}:

- Geralmente a responsável (quase sempre a mãe) é inteligente, articulada, simpática, comunicativa, parecendo ser muito dedicada e cuidadosa com a criança. Não se afasta da cabeceira do leito e tem grande aptidão teatral, usando a sedução como forma de acesso supostamente diferenciado para os mais graduados da equipe.
- Utiliza vocabulário médico adequado e faz perguntas a todos sobre as causas, evolução provável, planos de investigação e de tratamento, exigindo respostas. De forma aberta ou dissimulada, sugere condutas, manifestando entusiasmo com novos exames e esquemas terapêuticos.

- Comporta-se como uma cuidadora experiente, assume funções e tende a ultrapassar os limites impostos pelas normas e regulamentos do serviço, criando confusões para conseguir atenção e desafiar o saber da equipe de saúde.
- Apesar de não querer se afastar da criança e parecer esmerada em cuidar dela, a agressora não demonstra preocupação com a gravidade da doença nem com seu prognóstico, apresentando-se contente e confortável com a função de mãe de doente. Mesmo quando as consequências do evento são graves, nunca parece sentir compaixão pela vítima nem culpa pelo dano provocado.
- A agressora é particularmente cordial com o pessoal médico e de enfermagem que ela identifica como chefes, mas evita o contato com os profissionais que manifestam dúvidas, suspeitas ou questionam os sintomas e sua falta de consistência. Quando confrontadas abertamente com a hipótese, tornam-se agressivas, ameaçadoras e arrogantes.
- Históricos familiares podem revelar várias doenças graves em outros membros da família, inclusive com mortes súbitas e inexplicáveis.
- O pai geralmente é omissivo ou ausente e acredita que a mãe é cuidadosa e incapaz de fazer qualquer mal à criança.
- As visitas de outros parentes ao hospital são raras. Geralmente a mãe mantém a família afastada sob diversas desculpas.

Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome de Munchausen e da síndrome de Munchausen por procuração é especialmente clínico, pela observação das incoerências entre as queixas do cuidador, os sintomas apresentados e os exames clínicos e laboratoriais¹⁹. Muitas vezes é necessária uma equipe interdisciplinar experiente, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Os sinais e sintomas podem persistir, mesmo com a criança internada, em 75 a 95% das vezes, quando o responsável permanece ao lado dela. O que chama atenção é que os sinais podem desaparecer durante o dia (período de maior observação) ou quando o responsável se afasta da criança¹².

O tempo para o diagnóstico varia de 3 a 6 meses, e algumas situações devem levantar a suspeita³:

- Doença prolongada inexplicável, tão extraordinária que mesmo médicos experientes manifestam que “nunca viram nada parecido com isso antes”, gerando uma expectativa da família por procedimentos diagnósticos cada vez mais sofisticados e frequentemente mais invasivos.
- Quadros repetitivos, cíclicos ou contínuos, difíceis de caracterizar, com história, evolução, resultados de exames e respostas terapêuticas estranhas, incomuns ou inconsistentes, que parecem insolúveis apesar do uso extenso de recursos diagnósticos que resultam negativos ou com resultados pouco consistentes.
- Sintomas que parecem impróprios, inverossímeis e incongruentes, que só ocorrem na presença da agressora e predominam à noite, quando a supervisão por outras pessoas é menor.
- O tratamento é ineficaz, não tolerado ou deixa de funcionar após algum tempo.
- A doença piora quando se cogita alta hospitalar.
- Inconsistências do tipo “sangra mas não causa anemia” ou febre sem aumento concomitante da frequência cardíaca e respiratória.

Geralmente, a impressão de que a doença e os sintomas prolongados da criança estejam sendo fabricados tende a se consolidar de forma gradual e lenta. A possibilidade, mesmo quando levantada no início, não é explorada sistematicamente em razão de:

- Desconhecimento da maioria dos profissionais de saúde (de todas as áreas e especialidades) de que essa doença existe, tem características próprias e não é tão rara.
- Dificuldade em admitir que as investigações e os tratamentos anteriores, caros e invasivos, não deveriam ou não precisariam ter sido feitos, e que durante muito tempo todas as hipóteses diagnósticas estavam erradas.
- Acreditar que, se a mãe estivesse provocando os sintomas, a vítima a denunciaria. É importante saber que não é raro a criança auxiliar a mãe na fabricação dos sintomas.
- Testes psiquiátricos frequentemente não revelarem distúrbios graves de saúde mental ou mesmo alguma desordem psiquiátrica aparente no agressor. Essas famílias são sempre de tratamento difícil, estressante e desgastante.

Embora relativamente rara nas denúncias de abuso infantil, os pediatras precisam ter um alto índice de suspeita quando confrontados com resultados aparentemente inexplicáveis, falhas de tratamento ou crianças nascidas normais em acompanhamento em mais de três especialidades. Além disso, o número de casos deve ser bem maior, pois muitos profissionais evitam notificar casos com pequeno nível de certeza para evitar constrangimentos ou envolvimento em ações judiciais³.

Condutas diante da suspeita de síndrome de Munchausen por procuração

- Buscar sequência de queixas e atendimentos, inicialmente sem questionamentos da veracidade, mas estimulando o desejo de atenção do suspeito agressor, sustentando o “delírio” dos sintomas da vítima e da dedicação incondicional do agressor.

- Internamento hospitalar com afastamento do possível agressor, para observação da existência real dos sintomas.
- Investigação laboratorial de possíveis intoxicações, envenenamentos ou uso de substâncias ou distorções alimentares que induzam sintomas ditos ou observados.
- Observação de indiferença quanto à evolução do quadro da doença pretendida, com preocupação desviada para a confirmação do diagnóstico trazido pelo agressor e não pelo bem-estar do filho ou criança cuidada.
- Avaliação do histórico de infância e adolescência do agressor, buscando possíveis antecedentes de violência sofrida ou de violência contra outros.
- Levantamento dos atendimentos médicos ambulatoriais e hospitalares da criança desde o início das queixas do responsável agressor.
- Depois de todos os dados obtidos, deve-se questionar o possível agressor diante de testemunhas da equipe de saúde – preferencialmente interdisciplinar –, evidenciando incoerências e impossibilidades das queixas e diagnósticos sugeridos. Uma resposta excessivamente agressiva ou tentativa de fuga como reação imediata podem confirmar o diagnóstico.
- Fazer boletim de ocorrência em delegacias especializadas, especialmente em casos de risco de morte, como intoxicações e envenenamentos.
- Denunciar e enviar relatório do diagnóstico ao Conselho Tutelar e Ministério Público.
- Solicitar medidas de proteção legal em casos graves ou de risco de morte²⁰.

Considerações finais

Na síndrome de Munchausen por procuração, o cuidador (geralmente a mãe, mas também pode ser outro familiar ou apenas cuidador) provoca doenças na criança sob sua tutela através dos mais diversos meios, mesmo com o risco de colocar a vida desta em perigo, num claro ato de violência física e psicológica aliada à negligência¹⁹.

É preciso cuidado ao interpretar essa síndrome, pois apesar de parecer apenas uma mentira, é um transtorno muito mais complexo. Tem-se, na verdade, um comportamento cruel e perverso do agressor que, além de sua capacidade de causar dano real, escraviza a vítima com seu discurso de doença e fragilidade. O quadro se mostra ainda mais danoso quando esse comportamento vem da mãe ou responsável, pelo laço de afeto e pela dívida imposta pelo falso cuidar¹⁹.

Referências

1. Asher R. Münchhausen's syndrome. *Lancet*. 1951;1(6):339-41.
2. Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciência da Saúde. Disponível em: bit.ly/1qlclzg.
3. Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2(8033):343-5.
4. Fraser MJ. A mother's investment in maintaining illness in her child: a perversion of mothering and of women's role of 'caring'? *J Soc Work Practice*. 2008;22(1):169-80.
5. Fulton D. Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurs Q*. 2000;23:35-42.

6. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*.1996;75:57-61.
7. Schreier H. On the importance of motivation in Munchausen by proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse Negl*. 2002;26:537-49.
8. Shaw RJ, Dayal D, Hartman JK, DeMaso D. Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:215-24.
9. Malatack JJ, Consolini D, Mann K, Raab C. Taking on the parent to save a child: Munchausen syndrome by proxy. *Contemp Pediatr*. 2006;23:50-63.
10. Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciência da Saúde. Síndrome de Munchausen Causada por Terceiro. [citado em 2017 out. 2017]. Disponível em: <https://goo.gl/caABZs>
11. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. 2001;37:240-3.
12. Pfeiffer L, Waksman R. Síndrome de Munchausen por transferência ou procuração: diagnóstico da apresentação da violência na infância e adolescência. In: Campos Júnior D, Burns DAR. *Tratado de Pediatria*. 3ª ed. Barueri: Manole; 2014. p.152.
13. Berkowitz CD. Pediatric abuse. New patterns of injury. *Emerg Med Clin North Am*. 1995;13(2),321-41.
14. Zitelli BJ, Seltman MF, Shannon RM. Münchhausen's syndrome by proxy and its professional participants. *Am J Dis Child*. 1987;141(10):1099-102.

15. Moldavasky M, Stein D. Munchausen syndrome by proxy: two case reports and an update of the literature. *Int J Psych Med.* 2003;33:411-23.
16. Craft AW, Hall DMB. Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *Br Med J.* 2004;328:1309-12.
17. Beard KV. Protect the children: be on the lookout for Munchausen syndrome by proxy. *RN.* 2007;70:33-7.
18. MacGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Münchhausen syndrome by proxy. *Pediatrics.* 1989;83(2):289-92.
19. Pfeiffer L. Síndrome de Munchausen por procuração. Pronap. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri: Manole; 2014.
20. Cardoso AA, Hirshheimer MR. Incidência: síndrome de Munchausen por transferência. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2011. p. 67.

Capítulo 9. Violência sexual

Théo Lerner
Mônica López Vázquez

Introdução

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência por seu forte conteúdo moral. Apesar de não ser a forma mais frequente, situações de violência sexual geralmente apresentam ambiguidades e incertezas que afetam de maneira intensa todos os envolvidos, incluindo a equipe de saúde.

Definição

Violência sexual pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desprezita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido:

- Por coação.
- Por ascendência.
- Por imaturidade.

O uso da violência física associada à violência sexual está presente apenas em uma pequena parte dos casos identificados. A maioria das situações de violência sexual, especialmente contra crianças e adolescentes, é praticada por pessoas próximas, que contam com a confiança da criança, e ocorrem de maneira progressiva por longos períodos de tempo.

O contato genital não é condição obrigatória para que uma situação seja considerada abusiva. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto as situações que envolvam o contato genital.

A aceitação ou participação da criança em atividades de natureza sexual com adultos também deve ser caracterizada como abusiva. As sensações físicas do contato sexual geralmente são prazerosas, e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente busquem a repetição desses estímulos, seja com adultos, seja com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais sobre diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados^{1,2,3}.

Abuso sexual

- O abuso é uma das formas de violência sexual, caracterizado por ter como objeto crianças e adolescentes, ou seja, sujeitos de direitos, imaturos sexualmente e que necessitam de proteção especial por parte da sociedade.
- Pode envolver práticas distintas do contato genital, como carícias, beijos, exposição à pornografia ou a situações sexualizadas.
- Sua incidência apresenta distribuição homogênea por gênero, raça, classe social e idade.

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. É um processo dinâmico que não se restringe a seus participantes diretos, mas abrange todo o núcleo familiar, e é permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação para a maioria dos envolvidos. A sua revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições^{2,3}.

Violência sexual

De maneira esquemática, pode-se dividir as situações de violência sexual em agudas e crônicas, de acordo com as demandas específicas de cada uma das categorias em relação aos serviços de saúde.

Violência aguda

- Acomete mais frequentemente mulheres adultas e adolescentes.
- O agressor geralmente é desconhecido.
- É mais frequente a associação com ameaças ou violência física.
- Demanda atendimento em serviço médico de urgência.

As situações de violência sexual aguda correspondem, em sua grande maioria, aos “assaltos sexuais”, correlacionados intimamente com a violência urbana, e ocorrem principalmente no espaço público. São mais frequentes nos períodos de trânsito entre casa/escola/trabalho/lazer. As ameaças à vida ou à integridade física são bastante explícitas. Estão fortemente associadas à violência física e acometem, principalmente, adolescentes e mulheres adultas. O agressor geralmente é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O atendimento a esse tipo de situação deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pela necessidade de avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gestação indesejada.

Violência crônica

- Acomete mais frequentemente crianças.
- O agressor é próximo da criança, em geral dentro da família.
- Atos sexuais aumentam de intensidade com o passar do tempo.
- É mais frequente a associação com sedução, gerando sentimento de culpa na criança.
- Raramente demanda atendimento em pronto-socorro.

As situações de violência sexual crônica são situações que ocorrem por períodos de tempo mais extensos, de maneira progressiva, cometidas principalmente contra crianças de ambos os sexos por pessoas próximas, que contam com a confiança das vítimas e de suas famílias. As ameaças são geralmente mais veladas, e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por DSTs ou de gestação, mas lacerações e lesões físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço ambulatorial.

Atuação profissional

- Multidisciplinar – nenhuma área do conhecimento dá conta de todas as particularidades de uma situação de abuso sexual.
- Em equipe – integração profissional é fundamental para a compreensão e o encaminhamento de cada caso.
- Institucionalizada – proteção aos profissionais no contato com outras instituições.
- Clareza de papéis – a invasão da área de atuação de outros profissionais pode ser mais prejudicial que benéfica ao paciente.
- Em rede: relacionada a outras instituições – especialmente das áreas jurídica e social.

A complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprios. A comunicação entre esses diversos especialistas é fundamental para que sejam compreendidas as peculiaridades de cada caso, evitando-se redundância ou contradição entre os múltiplos procedimentos. As equipes devem estar atentas para a dinâmica das famílias abusivas, que tende

a contaminar o atendimento, sendo frequentes a confusão de papéis e as tentativas de manter a situação em segredo, que repercutem especialmente com relação a profissionais que atuam de forma isolada, o que não é recomendado. A institucionalização do atendimento favorece o esclarecimento de informações contraditórias e protege os profissionais, assim como o registro completo das informações de história e exame físico do paciente em prontuário.

Embora as situações de violência sexual também sejam alvo da atenção de setores investigativos, jurídicos e sociais, a prioridade do atendimento em qualquer ocasião é sempre do setor de saúde, em especial da área médica. A preservação da vida e da integridade física dos envolvidos precede qualquer outro tipo de intervenção – logo, o atendimento médico deve ser prestado imediatamente, independentemente de confirmação de violência ou do acionamento prévio de autoridade policial ou judicial.

Atendimento

Não há hipótese em que se possa negar o atendimento médico em situações de violência sexual.

- História e exame físico devem ser cuidadosamente descritos e registrados no Prontuário do Paciente:
 - Proteção profissional.
 - Fornecimento de subsídios para a elaboração do laudo indireto de exame de corpo de delito.
 - Confidencialidade e sigilo devem ser preservados.
- Acolhimento:
 - Disponibilidade do profissional e atitude isenta de julgamento.

- Privacidade:
 - Dispor de espaço físico adequado e evitar exposição desnecessária.
- Histórico:
 - Relatar a fala do entrevistado, evitando traduzir tecnicamente o que foi relatado. Não fechar o diagnóstico nesse momento.
- Registro dos dados:
 - Anotar o relato o mais fielmente possível, transcrevendo aquilo que foi dito, da forma como foi dito e registrando quem o disse. Evitar ser sintético.

Ao atender uma situação em que haja suspeita de violência sexual, o profissional deve evitar fazer julgamentos ou emitir diagnósticos precipitados. É importante se lembrar do papel de autoridade exercido pelo médico e do valor que os conceitos emitidos por ele têm sobre os pacientes. A escuta deve ser aberta, atenciosa, acolhedora e em espaço físico que preserve a privacidade dos envolvidos, registrando de maneira imparcial a história contada. O registro deve ser o mais próximo possível do que foi relatado, de maneira extensa e com a identificação dos diferentes relatores, a fim de permitir a análise posterior de possíveis contradições e omissões. Deve-se anotar as observações sobre o comportamento dos envolvidos antes, durante e depois da anamnese^{4,5}.

O roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento é descrito com mais detalhes no Capítulo 15.

Exame físico

- Examinar o corpo inteiro da vítima – procurar por lesões ou cicatrizes indicativas de violência física: hematomas, marcas de mordidas, queimaduras etc.

- Em crianças muito pequenas é difícil avaliar sinais de irritação peritoneal – buscar apoio em outros métodos diagnósticos.
- Na urgência, sempre observar a diurese. A anatomia genital da criança torna mais prováveis as lesões de trato urinário. Excluir hematúria.

O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e abrangente. Todo o corpo da criança deve ser examinado para a identificação de lesões indicativas de violência física. Embora seja obrigatório, o exame físico não deve constituir uma nova experiência traumática para a criança. O profissional que atende deve ser paciente e compreensivo com as angústias do paciente. Se necessário, o exame deverá ser realizado sob narcose, em centro cirúrgico.

A gravidade das lesões internas nem sempre está correlacionada às lesões visíveis externamente. Pacientes com pequenas roturas perineais podem apresentar grandes lacerações em fundo de saco vaginal, com conseqüente hemorragia para a cavidade abdominal. Os sinais de irritação peritoneal podem ser difíceis de avaliar em crianças muito pequenas, sendo necessária a complementação diagnóstica com métodos de imagem.

A vagina da menina posiciona-se de maneira mais horizontalizada em relação à da mulher adulta, o que facilita as lesões de parede vaginal anterior em caso de traumatismo. As estruturas do trato urinário inferior, por suas relações com a vagina, têm grande chance de serem lesadas pelo agente traumático. A paciente não deve ser liberada do atendimento de urgência até que se tenha descartado a possibilidade de hematúria.

Exame ginecológico (obrigatório na urgência)

- Evitar novo trauma com o exame ginecológico. Se necessário, realizar o exame sob narcose, em centro cirúrgico.

- Excluir lesões sangrantes: a avaliação de fundo de saco vaginal em crianças deve ser feita por profissional experiente.
- Avaliar secreções, DSTs ou a presença de gestação.
- Avaliação de rotura himenal recente. O diâmetro himenal não é um indicador confiável.
- Avaliar região anal.

O exame ginecológico visa detectar a presença de lacerações sangrantes, que demandam intervenção cirúrgica imediata, e diagnosticar eventuais DSTs ou gestação. A colpovirgoscopia deve ser realizada apenas por profissional com experiência nesse tipo de procedimento.

A avaliação himenal tem importância apenas do ponto de vista médico-legal. Hímen de diâmetro alargado ou de bordas finas não tem significado diagnóstico. Mesmo para as roturas himenais ou lacerações perineais recentes deve ser feito o diagnóstico diferencial com traumatismos acidentais. O exame da região anal também deve ser realizado em todos os casos, seguindo-se os mesmos cuidados com o bem-estar do paciente observados no exame ginecológico.

Procedimentos cirúrgicos

- Hemostasia rigorosa:
 - Suturar lesões com fio fino absorvível para evitar novo trauma com a retirada dos pontos.
 - Não utilizar tampões vaginais.

Os objetivos do tratamento cirúrgico, quando indicado, são a interrupção dos sangramentos e a reconstrução anatômica das estruturas lesadas. A hemostasia deve ser realizada com fios absorvíveis, para evitar o desconforto do procedimento de retirada destes. O tamponamento de sangramentos vaginais

deve ser evitado, pois os tampões vaginais tendem a aumentar de tamanho à medida que acumulam sangue, e sua retirada pode ser bastante traumática para uma pessoa submetida à violência sexual.

Procedimentos diagnósticos

- Ultrassonografia pélvica e abdominal total – afastar sangramentos intracavitários.
- Hemograma completo, sorologias (HIV, sífilis e hepatites B e C) e urina I.
- Caso sejam utilizados antirretrovirais, acrescentar provas de função hepática e renal.

Em termos laboratoriais, além dos exames de imagem já citados e da urinálise, devem ser colhidos na urgência um hemograma completo e as sorologias para as principais DSTs, a fim de determinar o status sorológico no momento do primeiro atendimento. Nos casos em que forem empregados medicamentos antirretrovirais, é necessário o monitoramento das funções renal e hepática.

Coleta de provas forenses³

Do ponto de vista médico-legal, o registro acurado do prontuário médico, com histórico e exame físico detalhados, é fundamental para a análise do caso pelos setores de proteção e responsabilização. A norma técnica do Ministério da Saúde de 2012, *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes⁴*, preconiza ainda a coleta de material para a identificação forense de possíveis autores do delito.

Já a norma técnica *Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de*

*vestígios*⁵, de 2015, estabelece os procedimentos detalhados para a realização dessa coleta, que são resumidamente apresentados a seguir:

- Colher material em papel filtro estéril.
- Secar e colocar em envelope lacrado (não utilizar sacos plásticos, pelo risco de transpiração e contaminação do material, e não utilizar fixadores).
- Guardar sob refrigeração para eventual uso pela autoridade judicial.
- Arquivar em condições adequadas à disposição da Justiça, preservando a cadeia de custódia do material.

Profilaxias

Entre os procedimentos realizados incluem-se as diversas profilaxias indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, que devem ser adotadas o mais precocemente possível, sendo consideradas ineficientes após esse período ou em casos de abusos repetidos.

O Ministério da Saúde atualiza periodicamente os procedimentos profiláticos relacionados a agravos consequentes à violência sexual. O documento mais recente foi publicado na norma técnica *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, 3ª edição⁴, que é resumidamente apresentada a seguir:

Profilaxia de emergência da gestação (em pacientes que já menstruam)⁴

Pacientes na menacma têm indicação de anticoncepção de emergência (levonorgestrel, via oral, em uma única tomada).

Profilaxia das DSTs não virais³

Sífilis, clamidiose, cancro mole, gonorreia e tricomoníase podem ser prevenidas pelo uso de: penicilina benzatina intramuscular em dose única (para alérgicos a esta medicação: eritromicina por 15 dias); azitromicina via oral em dose única; ceftriaxona intramuscular em dose única; e metronidazol via oral por 7 dias.

Profilaxia da hepatite B⁴

Pacientes que não foram vacinadas contra hepatite B ou com situação vacinal desconhecida devem receber imunoglobulina específica anti-hepatite B, além da complementação do esquema vacinal.

Quimioprofilaxia antirretroviral⁴

As medicações antirretrovirais devem ser utilizadas criteriosamente, pois devem ser tomadas por um período relativamente longo (28 dias) e não são isentas de efeitos colaterais. Os critérios para a administração de antirretrovirais incluem:

- A forma de exposição – somente em casos agudos com penetração anal ou vaginal.
- Que o intervalo entre a exposição e o início da tomada da medicação seja inferior a 72 horas.
- O status sorológico do agressor, quando conhecido.

O esquema de escolha inclui mais de uma droga, podendo ser adaptado individualmente e acompanhado de perto para evitar abandono do tratamento.

Acompanhamento

O seguimento da saúde do paciente deve prosseguir independentemente das medidas legais adotadas, incluindo seguimento sorológico, social e de saúde mental, e abrange:

- Avaliação e condutas definidas pela equipe multidisciplinar;
- Garantia de seguimento ambulatorial após atendimento de urgência:
 - DSTs/aids.
 - Seguimento sorológico.
 - Saúde psicosssexual.
 - Saúde reprodutiva.
 - Estresse pós-trauma.
- Orientação da família sobre medidas legais;
- Notificação às autoridades competentes (ver Capítulo 15: Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento):
 - Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude⁶.
 - Boletim de ocorrência (é um direito exclusivo da vítima ou de seu responsável legal, exceto quando o agressor possui poder familiar sobre a vítima, caso em que o boletim de ocorrência pode ser feito pela equipe de saúde).
 - Serviços de vigilância epidemiológica⁷.

Abortamento legal^{4,5}

Caso seja constatada gestação em decorrência de violência sexual, a legislação brasileira permite a realização de aborto, o qual deve sempre ser discutido em equipe, respeitando-se o desejo da paciente ou de seus responsáveis legais.

Caso constatada gestação:

- Correlacionar dados de idade gestacional com histórico de violência.
- Orientar para a possibilidade de realização de abortamento legal, com ênfase nos aspectos clínicos (riscos e consequências do procedimento).
- Discutir em equipe o encaminhamento.
- Oferecer acompanhamento pré-natal se essa for a escolha da paciente.
- Garantir seguimento ambulatorial após a realização do abortamento.

Referências

1. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. Glaser D. Abuso sexual de niños. Argentina: Paidós; 1997.
3. Minayo MCS. O impacto da violência social sobre a saúde. Rio de Janeiro: ENSP; 1994.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

6. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 jul. 16 [citado em 2017 out. 30];1:13563. Disponível em: <http://bit.ly/1MzICIG>
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 fev. 18 [citado em 2017 out. 30];1:23. Disponível em: <http://bit.ly/2onJFHP>

Capítulo 10. Autoagressão: das lesões factícias ao suicídio

Luci Pfeiffer

Definição

Autoagressão é a apresentação da violência de maior risco para aquele que a pratica, sendo vítima de si mesmo. É sintoma frequente na infância e na adolescência, como consequência de violências anteriores, praticadas na maioria das vezes por aqueles que deveriam zelar pela saúde física e psíquica da criança ou adolescente – ou seja, seus responsáveis.

Define-se “autoagressão” ou “violência autoinfligida” como a busca, de forma frequente ou constante, objetiva, inconsequente e progressiva, de causar danos e dor a si mesmo. São crianças e adolescentes que se colocam em situações de risco, executando atividades rotineiras de maneira a correr perigo ou indo a seu encontro, ou ainda causando lesões a si mesmo, sendo o suicídio seu grau máximo.

Deve sempre ser enfrentada como doença grave, de mau prognóstico, se não for identificada e tratada adequadamente desde suas raízes, muitas vezes vindas da infância, o que se prolonga à adolescência e idade adulta, podendo levar à falta de sentido no viver.

Autoagressão e a lei

Os sinais e sintomas de autoagressão costumam ser interpretados na infância e na adolescência com frequente minimização das razões que sustentam essas atitudes, nunca originárias da vítima. Muitas crianças e adolescentes são tratadas como se estivessem a praticar atos lesivos a si mesmos, das mais variadas intensidades e frequências, com finalidades banais, como chamar atenção.

Com frequência, suas ações danosas são interpretadas como delinquentes ou consequência de desvios mentais com origem unicamente em si mesmos, como transtornos obsessivos-compulsivos ou factícios. Não se costuma levar em conta a realidade de uma violência primária, na maioria das vezes intrafamiliar, que faz o desejo de autodestruição ser superior à força de lutar pela vida, tão própria do ser humano em desenvolvimento.

A violência contra crianças ou adolescentes de forma plena é definida como “toda ação, seja por atos, seja por atitudes, ou omissão, que lhes provoque dor física ou psíquica, nos mais variados graus”¹. Quando praticada por pessoa adulta responsável ou cuidador da criança ou do adolescente, tem-se o crime de maus-tratos, descrito no art. 136 do Código Penal Brasileiro².

A autoagressão não consta na lei brasileira, nem mesmo a tentativa ou passagem ao ato suicida. Passam à margem da lei, pela regra de constituir-se em crime somente os atos ou atitudes de lesividade ao outro. Aquele que decide pelo mal a si mesmo não se enquadra neste princípio, a não ser quando existe a implicação de um terceiro na indução ou favorecimento ao suicídio. Superficialmente, é possível que não seja avaliado o papel dos responsáveis e cuidadores envolvidos na autoagressão, bem como do meio adulto que envolve a criança ou adolescente e o faz chegar a esse ponto.

No entanto, o diagnóstico e o tratamento de qualquer forma de autoagressão devem passar pela avaliação dos responsáveis ou cuidadores, na busca de atos e atitudes que caracterizem a indução ou favorecimento à violência autoinfligida. Este diagnóstico enquadraria o adulto indutor ou favorecedor da autoagressão no art. 122 do Código Penal Brasileiro como praticante de crime, conforme descrito²:

- Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena: reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão de 1 (um) a 3 (três)

anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

- Parágrafo único: a pena é duplicada:
 - I – Se o crime é praticado por motivo egoístico;
 - II – Se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Apresentações

A autoagressão esconde três desejos ou motivações principais, inconscientes em suas razões:

- Pagamento de culpas em relação aos pais ou responsáveis quando trazem para si, muitas vezes inconscientemente, a razão de violência imposta por eles, como rejeição e abandono, sentidos mas não racionalizados pela criança ou adolescente.
- Satisfação do desejo do outro, como na síndrome de Munchausen por procuração (ver Capítulo 8), onde as crianças assumem papel de doente e simulam ou produzem sinais e sintomas criados ou induzidos pelo adulto cuidador, aceitando todos os exames e tratamentos invasivos impostos pelos profissionais de saúde desavisados.
- Tentativa de vingança ao mundo adulto próximo, onde a busca por sofrimento tem endereço certo, até nas passagens ao ato suicida, com a idealização de uma falta que finalmente será sentida por aqueles que os rejeitam em vida.

Como forma de exteriorizar a necessidade, compulsiva e além da razão, de causar dano a si mesmo, tem-se como as mais comuns na infância e adolescência: comportamento de risco, embotamento ou bloqueio das capacidades físicas e intelectuais, distorções e fracassos nas relações interpessoais, delinquência e autodestrutividade direta.

Comportamento de risco

É possível definir “comportamento de risco” como um conjunto de atitudes ou práticas adotadas pela criança ou adolescente que determinam uma frequência aumentada de traumas ou outros danos, sem que demonstrem se importar com o sofrimento ou prejuízo que poderão causar em seu desenvolvimento físico, psíquico, social e moral.

São frequentemente diagnosticadas como portadoras de distúrbio desafiador e de oposição (CID F91.3)³, de transtorno hipercinético de conduta (CID F90.1)³ ou de bipolares, quando não se percebe a intencionalidade, nem sempre consciente, dos atos de autoagressão.

Com o passar do tempo, passam a ser vistos como sujeitos de azar, para os quais tudo de mal parece acontecer, e os responsáveis costumam descrevê-los como se não sentissem dor.

Embotamento ou bloqueio das capacidades físicas e intelectuais

Como forma de obediência aos oráculos materno e paterno de desígnios de fracasso e incompetência, é possível encontrar crianças e adolescentes que não se sentem capazes de lutar pela vida. Crescem com o destino marcado para o insucesso, em seus desempenhos tanto escolares como pessoais. Eles entram num círculo onde as tentativas de evolução seguem o fracasso, habitualmente tratado pelos responsáveis violadores como seu único ou principal valor.

Distorções e fracassos nas relações interpessoais

São os pais que apresentam o mundo ao filho e este ao mundo. É um universo a ser descoberto pela criança e usado para seu bem, e o filho deveria ser apresentado a ele como uma pessoa bem-vinda, que terá qualidades suficientes para crescer saudável

e feliz em meio aos outros. É esperado que seus responsáveis desenvolvam os instrumentos psíquicos necessários para que a criança aprenda a conviver com o outro e consigo mesma de forma saudável e digna, em meio a tudo de bom e ruim que a vida lhe trará.

As dificuldades de relacionamentos interpessoais na infância e adolescência devem ser interpretadas como desvios do desenvolvimento, e suas causas precisam ser encontradas e tratadas. Elas podem surgir tanto pela falta como pelo excesso, seja pelo isolamento ou dependência, fatores que podem apagar a individualidade da pessoa.

Delinquência

A sequência do caminho de autoagressão é a busca de castigo, como se, para alguns, seu lugar estivesse à margem dos seus direitos e do mundo em que vivem as outras pessoas.

A busca dos delitos, em todos os padrões sociais, como desrespeito ou desafio às normas e leis, demanda um diagnóstico diferencial entre aqueles adolescentes para os quais a lei nunca foi internalizada, por ter sido inexistente em sua infância, e os outros, que cometem erros buscando o castigo posterior. Para estes, a punição é procurada como forma de diminuir a culpa inconsciente por situações de rupturas familiares ou interpessoais que acompanham seu desenvolvimento, mesmo sendo independentes de sua ação ou vontade.

Autodestrutividade direta

O fracasso no aprendizado, nas relações interpessoais e nas metas para enfrentar a vida são formas destrutivas de viver. Entretanto, a destrutividade pode aparecer não apenas em seu entorno, mas de forma direta, causando mal a si mesmo por suas próprias mãos, levando a transtornos e lesões que podem chegar à morte. Aqui se

dará ênfase às lesões diretas e objetivas, como as lesões factícias e tentativas de suicídio.

Lesões factícias e outras mutilações

Sempre que nos depararmos com crianças e adolescentes que produzem em si mesmos, compulsivamente e sem motivação inicial clara, pequenas lesões no corpo por coçaduras intensas, retirada da crosta de ferimentos superficiais em fase de cicatrização, escarificações variadas, unhas roídas até sangrarem e outras, temos que avaliar a que excesso eles estão sendo expostos. Fica evidente, nestes casos, que a compulsão pelo ato que levará à dor, prováveis infecções e cicatrizes, se sobrepõe ao sofrimento e, na verdade, atingirá o objetivo não elaborado da criança ou adolescente. Estes atos precisam ser interpretados como sinais de ansiedade ou de angústia descontrolada, que necessitam de maior atenção, pois a busca pela dor não é natural do psiquismo humano.

Em graus mais severos desse tipo de autoagressão, é possível identificar crianças e adolescentes que se cortam, escarificam sua pele, provocam queimaduras ou outras lesões, sendo classificadas pelo CID10 como dermatite factícia, com o código L98.1³, e pelo DSM-5 como transtornos factícios, com os seguintes critérios diagnósticos⁴:

- Escarificar a pele resultando em lesões recorrentes.
- Tentativas repetidas de diminuir ou parar de lesar a pele.
- Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes de relacionamento.
- As lesões de pele não são atribuíveis a outra condição, como sarna ou outra desordem mental.

A estes critérios trazidos pelo DSM-5, é preciso acrescentar os sinais mostrados no Quadro 10.1.

Quadro 10.1 Sinais de lesão factícia

Distribuição e forma das lesões

- Lesões distribuídas principalmente na parte anterior do corpo e membros, onde a vítima/agressora pode vê-las mais facilmente.
- Lesões em áreas onde as mãos alcançam (o sinal mais importante no diagnóstico).
- Lesões com formato de objeto perfurocortante, como giletes, estiletos, pontas de apontador, pedaços de metal etc.

Necessidade de ocultar ou exibir lesões

- Lesões em áreas do corpo passíveis de ocultamento por roupas, bonés, luvas e meias, características na forma de castigo para si mesmo ou busca de dor maior para aplacar outros sofrimentos.

ou

- Lesões deixadas em áreas aparentes para “dar a ver” a todos, sem preocupação de ocultamento, seja para chamar a atenção para seu sofrimento como forma de vingança ou pedido de socorro, seja para satisfazer o desejo do outro. Neste último caso, a origem será omitida, bem como a autoria e o mecanismo responsável pela lesão. Tem-se, nestes casos, o diagnóstico de síndrome de Munchausen para crianças ou adolescentes e síndrome de Munchausen por procuração para aquele que os induz a essa autoagressão.

Na necessidade de ocultar ou exibir as lesões, é possível identificar a origem ou razão dos sintomas:

Ocultação

Trata-se de autoagressões mantidas em segredo, visto que são produzidas como forma de castigo, de culpa, cujos motivos são conhecidos apenas pela vítima, ou para encobrir a dor principal originada por outras violências.

São comuns declarações de vítimas/agressores de que a dor produzida na lesão factícia é menor que o sofrimento que carregam dentro deles e acaba por diminuir ou desviar a atenção do que realmente dói.

Essas pessoas costumam tirar fotos da lesão e de seus efeitos para “curtir” a dor em outros momentos, mas em segredo com os que lhes provocam o desejo de sofrimento. Usam roupas de manga longa, capuz, calças compridas, independente do clima, para esconder as marcas e cicatrizes.

Muitos se ligam a grupos sadomasoquistas, trocando as imagens de seus cortes com outras pessoas, em uma competição fantasiosa daquele que é capaz de suportar a maior dor. Na verdade, procuram iguais, que se sentem insuficientes para o amor de seus responsáveis ou carregam sofrimentos cuja angústia é minimizada pela dor objetiva da lesão provocada.

Exibição

Nesta apresentação, as lesões factícias e outros tipos de lesões autoprovocadas, como a tricotilomania, produzidas pela própria vítima, têm outro objetivo: mostrar o que conseguem fazer com o corpo. Essa necessidade de exibição do que são capazes pode ter como origens mais frequentes:

- Pedido de socorro: nas situações de violência grave ou gravíssima, a autoagressão surge como forma de chamar a atenção para o sofrimento que são capazes de provocar, na tentativa de fazer os outros entenderem que existe em suas vidas uma violência maior que aquela.
- Tentativa de vingança: em um patamar de ausência de perspectivas de cessar outras formas de violência vindas habitualmente do mundo adulto cuidador ou de alguém de convivência direta com a vítima, o indivíduo exhibe lesões autoprovocadas com a intenção de fazer o outro sentir-se mal com seus ferimentos.

Autoagressões não assumidas

Caracterizam uma forma de síndrome de Munchausen, conseqüente à síndrome de Munchausen por procuração, em que, ao contrário das anteriores, as lesões não são nem visíveis nem assumidas como autoprovocadas, como alguma doença rara a ser esclarecida. São fabricadas pela própria vítima, pelo seu entendimento de que o agressor primário, habitualmente a mãe ou pessoa cuidadora, necessita desse sintoma, que dá à criança ou adolescente lugar de destaque.

Existe um primeiro agressor, com maior frequência as responsáveis ou cuidadoras, as quais utilizam a criança para estar em meio a profissionais e sistemas de saúde, buscando a atenção para si e se colocando como uma pessoa dedicada àquela criança, mas na verdade a negligencia e violenta de muitas outras formas. Costumam apresentar a criança como portadora de doença estranha, classificada como de difícil diagnóstico pelos profissionais de saúde que ainda não dominam as formas de autoagressão. Para a criança, há o lucro do tempo e da atenção materna/cuidadora, além da percepção de que seria a causa da satisfação do desejo da mãe estar cercada de cuidados dos profissionais da saúde, especialmente do médico.

Outras formas de autoagressão direta, com prejuízo ou alteração da imagem, muitas vezes buscadas como forma de castigo por culpas trazidas da relação com os pais ou responsáveis, são as tatuagens e/ou *piercings*, que alteram sua imagem. A tricotilomania (F 63.2)³, arrancamento de cabelos que pode provocar falsa calvície, a escravidão aos tiques ou manias, os transtornos alimentares, de excreção, como enurese e encoprese, também devem ser pensados como formas de autoagressão.

Suicídio: das tentativas ao ato

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define suicídio como o ato humano de causar a interrupção da própria vida⁵. Cada

vez mais comum e ocorrendo cada vez mais cedo, o desejo de morte, contrário à pulsão de vida que deveria acompanhar toda a existência do ser humano, pode ser encontrado já na infância. Qualquer anunciação desse desejo deve sempre ser levada a sério, e a ignorância desses avisos ou a interpretação de que as tentativas de suicídio malsucedidas são apenas para chamar a atenção dos responsáveis são enganosas.

O suicídio está entre as principais causas de morte em todo o mundo: chega a ocupar a terceira posição entre os óbitos da faixa etária de 15 a 35 anos. De 2002 a 2012 houve um crescimento de 40% da taxa de suicídio entre crianças e pré-adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento foi de 33,5%⁵. Segundo a OMS, em 2012 ocorreram 9.754 suicídios no Brasil⁶. Há poucos dados sobre as tentativas, mas é estimado que superam o número de suicídios em pelo menos dez vezes⁷.

Existe uma subnotificação dos suicídios na infância e adolescência, tanto pelos desvios diagnósticos como pela dificuldade de registrá-los, como se a autoagressão nessa faixa etária precisasse ser encoberta. Revendo a história de vida e de relacionamentos dessas crianças e adolescentes que não veem mais razões para viver nem força para se sustentar psiquicamente, é comum haver uma sequência de abandono e rejeição velada ou mesmo bastante clara ou outras formas de violência e, com isso, o desejo de morte.

Todo ato de autoagressão tem suas próprias razões, nem sempre conscientes para aquele que se violenta. A culpa, a insatisfação insaciável com a vida ou consigo mesmo, as exigências acima do possível ou o sofrer por outras formas de violência são as causas mais frequentes.

Muitos pais e cuidadores não avaliam o peso das palavras quando dizem, por exemplo: “Não sei por que você nasceu!”, “Você é o inferno da minha vida – veio só para me atrapalhar!”, “Sacrifiquei toda a minha vida por você!”, “Você é um aborto

malsucedido!”, “Filho da pílula de farinha – eu não queria que você tivesse nascido!”, “Para seu pai, você já nasceu morto – ele nunca quis você!”, “Casei com sua mãe por sua causa e minha vida foi sempre uma desgraça por sua culpa!”.

É preciso que, diante de uma tentativa de suicídio na infância ou adolescência, se tenha conta de que o desejo de morte não se origina na criança ou adolescente. Outras situações de violência, especialmente intrafamiliares, devem ser investigadas, e medidas de proteção imediata precisam ser tomadas.

Nessas situações, a possibilidade de participação dos responsáveis ou outros adultos como indutores ou favorecedores do suicídio deve ser amplamente avaliada, pois pode ser considerada crime, como já apontado no início do texto. Os meios de justiça e proteção legais devem ser acionados diante dessa suspeita⁸ (art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente).

Considerações finais

A tentativa de suicídio não é resultado de um impulso momentâneo na vida de uma pessoa. Habitualmente esse comportamento surge como saída para situações de sofrimento para as quais a criança ou adolescente não consegue encontrar soluções, a não ser abandonando a luta pela vida ou satisfazendo o desejo entendido do outro, que seria deixar de existir, de ser causa da dor deste outro. Os suicidas costumam dar avisos de seus intentos, seja para a família, amigos próximos ou para outros de seus relacionamentos. Esses avisos sempre devem ser levados a sério. Qualquer um que fale em acabar com a própria vida como forma de saída para suas angústias já pensou seriamente nisso, mesmo que fale apenas em brincadeiras ou ambientes descontraídos.

Nas tentativas de suicídio melancólico, existe o desejo de vingança pela culpa que supostamente será sentida por aqueles

que o suicida considera causadores da decisão, muitas vezes marcadas por avisos e cartas que apontam para uma ameaça real. Muitas vezes, são apenas repetidores de violências já vivenciadas, escolhidos para uma relação condenada ao fracasso.

A cada tentativa de suicídio, dobra-se a chance de êxito na próxima vez. Acompanhamentos pediátricos contínuos e psicoterapêuticos são necessários, como também a avaliação familiar e o tratamento de seus responsáveis. É preciso chegar ao diagnóstico da razão do desejo de sofrer. É fundamental rever a história de cada um da relação familiar, sem reservas ou preconceitos, buscando o que faltou ou sobrou nesse relacionamento e a possibilidade de encontrar soluções. O acompanhamento dedicado e prolongado de especialistas na infância e adolescência, como o pediatra, além do psicólogo ou psicanalista e psiquiatra, é indispensável, tanto para a vítima como para seus pais e responsáveis poderem encontrar um novo bom caminho, sem violências de nenhuma parte.

Referências

1. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DAR, Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, organizadores. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole; 2017. p. 92-9.
2. Brasil. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [citado em 2017 nov 2]. Código Penal. Disponível em: bit.ly/2CBXN50
3. Brasil. Datasus CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Versão: 1.6c. Data da versão: 30/9/1998 [citado em 2017 nov. 2]. Disponível em: bit.ly/2fZ7tjj

4. American Psychiatric Association. Excoriation (skin-picking) disorder. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Arlington: APA; 2013. p. 254-6.
5. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS; 2006 [citado em 2017 nov. 2]. Disponível em: bit.ly/2HBRrqe
6. Organização Mundial de Saúde. Suicide rates [citado em 2017 nov. 2]. Disponível em: bit.ly/2ofaXAK
7. Waiselfisz JJ. Homicídios e juventude no Brasil: atualização 15 a 29 anos. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República/Secretaria Nacional de Juventude Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2014 [citado em 2017 nov. 2]. 140 p. Disponível em: bit.ly/1MgsJpP
8. Brasil. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [citado em 2017 nov. 2]. Disponível em: bit.ly/1TYdQOX

Capítulo 11. *Bullying, cyberbullying* e outros crimes virtuais

Claudio Barsanti
Marco Antonio C. Gama
Ulysses Doria Filho

Introdução

Bullying é uma forma de agressão física ou psicológica, intencional, feita de maneira repetitiva, de forma individual ou coletiva também por crianças e adolescentes, por um ou mais alunos contra um ou mais colegas, geralmente em escolas, mas pode ocorrer em outros locais, como no trabalho, na família, na comunidade, no esporte, nos centros de detenção, entre outros. A palavra “*bullying*” tem origem na palavra inglesa “*bully*”, que significa intimidar, amedrontar, tripudiar.

Constitui prática bastante comum, com ocorrência secular, porém esta denominação só foi utilizada a partir da década de 1980, quando Dan Olweus, professor de Psicologia da Universidade de Bergen, na Noruega, investigando tendências suicidas entre adolescentes, verificou que muitos desses jovens sofriam algum tipo de ameaça (*bullying*) que, portanto, era um problema a ser investigado e combatido.

O inimaginável desenvolvimento da tecnologia dos últimos anos trouxe à sociedade inúmeros benefícios, mas facilitou a ocorrência dessas intimidações. A comunicação imediata on-line entre pessoas dos mais distantes pontos do planeta, das mais diferentes culturas e de todas as idades, é uma realidade. A internet permite, de forma incessante e contínua, a busca imediata de informações e respostas às diversas dúvidas e anseios das pessoas, mostrando-se uma importante – para alguns, obrigatória e única – ferramenta do dia a dia.

Essas agressões são muito mais frequentes do que se imagina e, desde o surgimento dos novos meios eletrônicos de comunicação, como internet, SMS, WhatsApp, Facebook e FaceTime, a evolução da mídia e da telefonia tomou grande impulso, constituindo hoje a forma mais comum de violência entre crianças e adolescentes, não raramente causando danos importantes, afetando tanto o agressor quanto o agredido.

Em geral, as vítimas são crianças e jovens que apresentam algumas diferenças em relação ao grupo no qual estão inseridos, com autoestima baixa, retraídos tanto na escola quanto em casa, o que pode ser um aspecto da personalidade ou eventualmente ser causado por uma doença preexistente, como alergia alimentar, síndrome de Down, obesidade, autismo, transtorno de *deficit* de atenção com hiperatividade (TDAH), entre outras, que limitam a performance física, intelectual ou social^{1,2}. Por sua vulnerabilidade, passividade, falta de recursos ou habilidade para reagir, são os alvos mais visados.

O agressor sente-se importante ao atingir o colega com repetidas humilhações ou depreciações. Trata-se de alguém que frequentemente já sofreu alguma forma de abuso e não aprendeu a transformar sua raiva em diálogo e para quem o sofrimento do outro não tem importância; a tendência é que ele assim permaneça por toda a vida, a menos que seu comportamento seja identificado e tratado³.

Além de uma eventual queda do rendimento escolar, crianças e adolescentes vítimas de *bullying* podem apresentar doenças físicas e psicossomáticas, piora de condições preexistentes e, em casos extremos, optar por atitudes extremas, como o suicídio. Os resultados do desequilíbrio emocional que passam a viver os tornam inseguros e impedidos de pedir ajuda, chegando a interiorizar os “castigos” recebidos, julgando-se merecedores deles. Às vezes simulam doenças que podem se perpetuar, entram em estado depressivo grave e perdem o prazer

de viver⁴. Estudos recentes feitos com estudantes do ensino médio mostram que cerca de 8% dos que sofreram *bullying* levam armas (facas, revólveres) escondidas na mochila.

Cyberbullying

Uma forma particularmente importante de *bullying* é o chamado *cyberbullying*, que compreende o uso de ferramentas tecnológicas como a internet e outras relacionadas para executá-lo. Os recursos mais utilizados são e-mails, mensagens de texto, divulgação de fotos e vídeos ofensivos, manipulação de imagens, insultos em salas de bate-papo ou em redes sociais, que podem ser anônimos e atingir um grande público em pouco tempo⁵.

Nessa forma de agressão, as vítimas são, em sua maioria, identificadas como frágeis, com pouco ou nenhum recurso de enfrentamento, e os atos de agressão costumam envolver linguagem depreciativa, com conotações sexuais, de ódio e ameaças. As motivações dos agressores para sua prática costumam ser as mais fúteis, como o rompimento de um relacionamento, inveja ou um dissabor entre o agressor e a vítima. Uma característica grave desses ataques permanentes é que usuários no mundo inteiro podem, a qualquer tempo, assistir, compartilhar e salvar em seus computadores o motivo do ato e quem foi a vítima⁶.

Alguns trabalhos mostram que atualmente o *cyberbullying* pode ser mais prevalente que o *bullying* tradicional. Muitos agressores não têm a mínima noção da dimensão que seus atos podem tomar na vida das vítimas, até pelo fato de não terem uma resposta imediata, o que contribui para o desenvolvimento de uma frieza ainda maior em suas ações virtuais. Os adolescentes vítimas do *cyberbullying* podem estar mais propensos a tentar suicídio que aqueles que não passaram por essa agressão. Quanto ao sexo, não há diferença de percentual entre os agressores e vítimas, segundo pesquisa de Schoffstall e Cohen em 2011⁷. Existe uma relação

entre exposição ao *cyberbullying* e o tempo gasto na internet: quanto mais tempo o adolescente permanece conectado, maior é a chance de ele se tornar vítima⁸. Muitas vítimas passam a usar celulares, segundo Mesch, para a comunicação com seus pares⁹.

Os sintomas causados pelo *cyberbullying* (alteração do sono, queixas gastrointestinais, transtornos alimentares, dores de cabeça, irritabilidade, queda brusca no rendimento escolar, automutilação, transtorno de ansiedade e depressão, pensamentos destrutivos como desejo de morrer) são similares aos apresentados pelas vítimas de outras formas de *bullying*.

Algumas características diferenciam o *cyberbullying*:

- Anonimato – o agressor muitas vezes não pode ser identificado.
- Acessibilidade – pode ocorrer a qualquer hora do dia.
- Medo de punição – as vítimas ficam com medo de perder o acesso ao celular ou à internet como forma de controle ou castigo dos responsáveis.
- Público – o número de pessoas que têm acesso pode ser muito grande, e elas podem também se tornar agressoras ao replicar os conteúdos publicados.
- Formas frequentes – injúria, difamação, ofensa, falsa identidade, calúnia, ameaça, racismo, constrangimento ilegal e incitação ao suicídio.

Uma pesquisa australiana analisou 7.418 alunos e verificou que o *cyberbullying* aumenta proporcionalmente com a idade. Crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade foram vítimas de *cyberbullying* em um percentual menor que os alunos de 15 a 17 anos. Pesquisa do SaferNet e Cetic.br mostrou que muitos pais têm pouco conhecimento da violência sofrida pelos filhos. Os pais com esse conhecimento foram somente 6%, enquanto 38% dos filhos declaram ter sofrido *cyberbullying*¹⁰.

League of Legends é o jogo atualmente mais jogado no mundo, com 30 milhões de jogadores registrados. A empresa Riot Games, que detém os direitos do jogo, tem um tribunal que analisa o comportamento dos jogadores e detectou *bullying* durante as partidas. Vários jogadores foram expulsos e não podem mais participar do jogo. Foi feito um estudo com vítimas desses ataques, e um total de 33% dos participantes declaram ter sido afetados por *cyberbullying*.

A organização não governamental (ONG) SaferNet e a operadora de telecomunicações GVT fizeram uma pesquisa com 2.834 crianças e adolescentes com idade de 9 a 23 anos em todo o Brasil, constatando que 62% utilizam a rede todos os dias, 35% deles têm um amigo que já sofreu *cyberbullying* e 12% admitem já ter sofrido agressão por meio das mídias sociais¹⁰.

Com o manejo cada vez mais precoce de instrumentos tecnológicos e o domínio impressionante obtido por algumas crianças e adolescentes, crimes têm sido praticados sem a real percepção da inadequação de suas condutas. Contudo, a responsabilização e as sanções decorrentes não admitem esse desconhecimento, podendo trazer repercussões, nas esferas penal e cível, a seus pais e responsáveis, além de prejuízos pessoais e de sua vida cotidiana, social e escolar¹¹.

Algumas leis têm ajudado a prevenir o problema e punir os agressores:

- Lei nº 12.965, de 2014 (Marco Civil da Internet): nos termos de uso do Facebook, Twitter e Instagram, é proibido o uso dessas mídias por menores de 13 anos. Segundo seu art. 21, a vítima pode pedir ao provedor a retirada de conteúdo de nudez da própria pessoa, sem a necessidade de advogado nem de recorrer ao Judiciário. Este artigo deu mais agilidade para as vítimas.

- Art. 307 (Código Penal): crime de “falsa identidade”. Pena de detenção – 3 meses a 1 ano, ou multa, se o fato não constituir elemento de crime mais grave. É uma forma que os pais têm para fazer educação digital, limitando o uso de equipamentos e sites determinados por lei.
- Lei nº 13.185, de 2015: institui o programa de combate à intimidação sistemática e fatos ou imagens que promovam ou incitem a violência, como adulteração de fotos ou dados pessoais com o intuito de criar meios de constrangimento psicossocial (*bullying*) ou por meio da rede mundial de internet (*cyberbullying*), pois isso vem se tornando frequente, com consequências perigosas.

A denúncia a ONGs e institutos oficiais do Estado, como delegacias de polícia, varas da infância e da juventude e conselhos tutelares, quando da simples suspeita de que possa existir agressão aos direitos, ou ainda situação de risco das crianças e dos adolescentes, é imposição legal e compreende todos os que tenham acesso àquelas informações, obrigando-os à denúncia.

As vítimas do *cyberbullying* e seus familiares muitas vezes vão necessitar de tratamento com equipe multidisciplinar e, em alguns casos, usar medicamentos individualizados; cerca de 25% delas não procuram tratamento especializado, podendo levar a situações extremas, como suicídios, homicídios e massacres em escolas.

Nas famílias que apresentam disfunção principalmente nas áreas envolvidas com afeto e estabelecimento de limites, o adolescente entende que deve lidar sozinho com suas angústias e seus problemas emocionais. Dessa forma, o mundo digital passa a ser sua referência, às vezes com excesso de exposição e, em caso de *cyberbullying*, muitas vezes demoram a pedir ajuda.

Sexting e grooming

É importante que os jovens sejam alertados quanto aos perigos envolvendo dois crimes frequentemente praticados com meios eletrônicos conhecidos como *sexting* e *grooming*.

Sexting consiste na veiculação de mensagens de conotação sexual.

Grooming é caracterizado pelo estabelecimento de uma conexão emocional com a criança ou adolescente, geralmente novatos na rede, e, algumas vezes, com sua família, baixando suas defesas com o objetivo de abuso sexual, prostituição, produção de pornografia infantil e chantagem.

A presença de uma *webcam* ou da câmera do celular é necessária na veiculação de imagens envolvendo sexo; os praticantes estudam a vítima para planejar uma estratégia de aproximação adequada, às vezes se fazendo passar por uma pessoa da mesma idade.

Prevenção

A família tem papel fundamental na prevenção, acolhimento e enfrentamento do problema, devendo conversar sobre seus valores e regras de proteção social para o uso saudável, crítico, ético, construtivo e pró-social das tecnologias.

O crescimento do *cyberbullying* evidencia que as escolas e as famílias têm necessidade de desenvolver novas competências e demandar políticas públicas para intervir no problema. A prevenção é muito importante, e um ambiente onde os professores expressem apoio emocional e orientem o uso digital pode ser muito eficaz no combate do *cyberbullying* e do comportamento suicida. Além disso, os indicativos de proteção dos jovens incluem, necessariamente, uma atitude proativa e vigilante por parte de pais e responsáveis.

A prevenção é a melhor atitude e pode ser tentada com a instalação de softwares de controle parental nos computadores domésticos; buscar orientação sobre o uso seguro da internet na ONG SaferNet pode ajudar.

A educação digital desde os primeiros anos de vida é muito importante, evitando problemas no desenvolvimento de crianças e adolescentes, conforme orientação divulgada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), assim como o cumprimento das leis relacionadas ao problema. O importante é que crianças e adolescentes usem a internet de maneira saudável e ética, para não se tornarem vítimas de seu uso inadequado⁹.

Papel do pediatra

A participação do pediatra é muito importante, tanto na identificação do problema quanto em sua condução. Ele deve suspeitar da sua possível ocorrência em crianças e adolescentes que apresentem:

- Falta de vontade de ir à escola ou sentir-se mal na hora de sair de casa.
- Solicitação de troca de escola sem justificativa adequada.
- Aparente medo de ir ou voltar da escola.
- Mudanças frequentes no trajeto de ida ou de volta.
- Queda abrupta do rendimento escolar.
- Machucados inexplicáveis ou autoinfligidos.
- Roupas ou livros/cadernos rasgados ao voltar da escola.
- Pesadelos frequentes ou eventualmente falar durante o sono expressões como “me larga”, “socorro” ou equivalentes.
- Mudanças abruptas de comportamento.
- Perda repetida de pertences levados à escola.

- Desenhos mórbidos, sem o colorido vivo dos desenhos infantis, com imagens riscadas.
- Tendências suicidas (manifestações mostrando desencanto pela vida ou pelo futuro).

A criança e o adolescente identificados como possíveis vítimas dessa agressão frequentemente têm vergonha ou medo de confessar o fato. Todos precisam ser ensinados a sempre procurar auxílio de um adulto, como os pais ou algum professor/diretor da escola envolvida. A família deve ser orientada a procurar a escola para efetiva identificação do agressor, a ser encaminhado para avaliação psicológica^{12,13}.

Em se tratando de *bullying* contra alunos com deficiência, é preciso lembrar que essa atitude costuma ser estimulada pela falta de conhecimento sobre as deficiências, sejam elas físicas ou intelectuais, e em boa parte pelo preconceito trazido de casa. Cabe aos educadores buscar erradicá-lo, não pela imposição, mas por meio da conscientização e do esclarecimento.

Os profissionais devem estar atentos aos riscos deste novo mundo cibernético, orientando as crianças e adolescentes sobre como utilizar, de maneira correta, as ferramentas tecnológicas em benefício do conhecimento, da diversão saudável e da correta comunicação entre amigos e conhecidos.

Destaque-se que essa atribuição deve ser compartilhada entre todos aqueles que participam e convivem com crianças e adolescentes, incluindo-se neste rol pais e responsáveis, professores e profissionais de saúde^{13,14}.

Muitas vezes, impelidos pela curiosidade ou pelo estímulo de deter e poder encaminhar notícias, imagens e fatos em primeira mão que, em sua percepção, causem alvoroço e status em seus diversos grupos, crianças e adolescentes divulgam informações por celular, *smartphone*, *tablet* ou *notebook*, atingindo muitas pessoas e trazendo efeitos desastrosos, muitas vezes irreversíveis.

São muito importantes os questionamentos, as dúvidas e os anseios das crianças e dos adolescentes em relação a assuntos polêmicos, à temática de distribuição de fotos e vídeos pessoais ou de indivíduos com quem convivem, ressaltando-se os valores éticos, morais, legais e, sobretudo, humanos, envolvidos nas questões.

Medidas legais para o agressor

Muitas vezes há o desconhecimento, por parte de crianças e adolescentes, de que os conteúdos compartilhados pelas redes sociais podem lhes gerar sérios danos, uma vez que as informações podem agredir direitos de outros, tornando-os potenciais autores ou vítimas de ações infracionais, com riscos reais a eles próprios e a seus responsáveis.

Os pais e responsáveis destes adolescentes que se colocam em conflito com a lei, por sua vez, se questionados na esfera cível, respondem pelos danos patrimoniais e extrapatrimoniais causados, como estabelecido no Código Civil vigente (art. 932, inciso I). Ainda pelo Código de Processo Penal, uma vez estabelecida e julgada como definitiva a culpa dos infratores na esfera criminal, poderá ser proposta, pelos agredidos, ação de execução no juízo cível que não mais questionará os fatos, mas somente determinará o *quantum* indenizatório devido aos ofendidos (Código de Processo Penal, art. 63).

Deslizes no universo virtual praticados por crianças e adolescentes, como divulgação de imagens íntimas, ofensa à imagem ou moral de um indivíduo, ameaças por meio de “brigas virtuais” e marcação de confrontos presenciais entre “grupos inimigos”, além da invasão de redes e computadores pessoais, com a divulgação de seus conteúdos, mostram-se como atitudes reprováveis e tipificadas em diversos diplomas legais¹¹.

Enquanto agentes, menores de 18 anos, ao desrespeitarem o ordenamento legal vigente ou agredirem a ordem pública

e os direitos de seus próximos, praticam os chamados “atos infracionais”, tipificados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nessas situações, podem lhes ser impingidas medidas socioeducativas que caminham desde uma advertência até sua internação em estabelecimentos especiais.

Considerações finais

A participação de toda a sociedade, ativa e preventivamente, constitui a mais efetiva arma contra os criminosos cibernéticos. Família, amigos, escola e grupos sociais e de convívio, como clubes e associações culturais e esportivas, entre outros, detêm papel fundamental na informação e prevenção de situações de risco que podem expor crianças e adolescentes a perigos iminentes e sequelas indelévels.

Apresentar e discutir histórias reais e desastrosas decorrentes de interações virtuais inadequadas, obviamente com a devida cautela e com a aplicação dos filtros necessários, é uma efetiva forma de informação e prevenção de casos nefastos.

O Estado não pode se furtar à sua obrigação de defesa da sociedade, em especial dos mais fracos e vulneráveis, como é o caso de crianças e adolescentes, indivíduos em fase de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento que podem não se atentar aos riscos apresentados no mundo virtual. Atuação contínua, pesquisa ativa e rigor extremo contra sites de pornografia infantil, com caça e prisão de todos os envolvidos, devem fazer parte da rotina diária das forças policiais de nosso País.

Por outro lado, são indispensáveis a participação e a ajuda de todos aqueles próximos das crianças e dos adolescentes, quando do conhecimento da inadequação de uma conduta por parte desses, sem a aplicação de agressões ou castigos, mas com o aconselhamento devido e a participação conjunta para remediar essa situação.

Leis relacionadas ao tema

- Decreto-Lei nº 2.848/1940 – Código Penal.
- Decreto-Lei nº 3.689/1941 – Código de Processo Penal.
- Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Lei nº 11.829/2008 – altera a Lei do ECA.
- Lei nº 10.406/2002 – Código Civil.
- Lei nº 13.105/2015 – Código de Processo Civil.

Referências

1. Lieberman JA, Weiss C, Furlong TJ, Sicherer M, Sicherer SH. Bullying among pediatric patients with food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010;105(4):282-6.
2. Montes G, Halterman JS. Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: a population-based study. *Ambul Pediatr.* 2007;7(3):253-7.
3. Bender D, Lösel F. Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Crim Behav Ment Health.* 2011;21(2):99-106.
4. Brito CC, Oliveira MT. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(6):601-7.
5. Shariff S. Ciberbullying: questões e soluções para a escola, a sala de aula e a família. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
6. Smith PK. Cyberbullying and cyber aggression. In: Jimerson SR, Nickerson AB, Mayer MJ, Furlong MJ, organizadores. *Handbook of school violence and school safety: international research and practice* New York: Routledge; 2012. p. 93-103.

7. Schoffstall CL, Cohen R. Cyber aggression: the relation between online offenders and offline social competence. *Social Development*. 2011;20(3):587-604.
8. Juvonen J, Gross EF. Extending the school grounds? Bullying experiences in cyberspace. *J Sch Health*. 2008;78(9):496-505.
9. Mesch GS. Parental mediation, online activities, and cyberbullying. *Cyberpsychol Behav*. 2009;12(4):387-93.
10. SaferNet [citado em 2017 maio 30]. Disponível em: www.new.safernet.org.br
11. Fiorillo CAP, Conte CP. Crimes no meio ambiente digital. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2016.
12. Lisboa CSM, Ebert G. Violência na escola: reflexões sobre as causas e propostas de ações preventivas focais. In: Habigzang LF, Koller H, organizadores. *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: ArtMed; 2012. p. 190-202.
13. Berger C, Lisboa C. *Violencia escolar: estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica*. Santiago: Editorial Universitária; 2009.
14. Esse Mundo Digital. Ética, segurança, saúde e educação para crianças, adolescentes e famílias [citado em 2017 maio 30]. Disponível em: www.essemundodigital.com.br

Capítulo 12. Abuso de substâncias

Introdução

A exposição de crianças e adolescentes a drogas, tanto lícitas (álcool e tabaco) como ilícitas, constitui grave risco à integridade física, psíquica e social. Negligenciar esse problema pode ser uma forma terrível de violência, tanto das famílias como da sociedade e do Estado, e uma desconsideração ao art. 227 da Constituição Federal^[1]. Nessa tarefa, a prevenção é a melhor abordagem, pois uma vez instalado o problema, sua solução é muito difícil.

Exposição de crianças e adolescentes ao tabaco, drogas e álcool

João Paulo Becker Lotufo

Trabalho publicado em 2005 comprovou a presença de cotinina urinária em 23,8% em crianças de 0 a 5 anos que frequentaram um pronto-socorro na zona oeste da cidade de São Paulo. Cinquenta e um por cento das crianças eram fumantes passivas antes da Lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco (2009), e os filhos de mães fumantes apresentaram maiores níveis de cotinina urinária, sendo ainda mais elevados quando pai e mãe eram fumantes¹.

O mundo acordou para a questão do tabaco, mas o álcool e a maconha ainda passam despercebidos como prejudiciais à saúde. A propaganda do cigarro foi omitida da televisão e do rádio, mas as bebidas alcoólicas ocupam e sustentam a mídia esportiva,

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

assistida por crianças e jovens. E a maconha tem marketing na internet e nas mídias digitais².

O tabagismo já é considerado uma doença pediátrica. Hoje consideramos também álcool e maconha como doenças pediátricas, pois seu consumo começa muito cedo, quando os adolescentes ainda estão sob os cuidados dos pais e pediatras. O tabaco já deixou de ser a primeira droga em muitas situações, com a maconha ocupando seu lugar^{3,4}.

As Figuras 12.1 a 12.4 mostram o resultado de uma pesquisa na qual se entrevistaram 3.500 alunos de escolas públicas de ensino fundamental e médio de 10 escolas públicas na zona oeste da cidade de São Paulo, levando em conta a experimentação de drogas entre os jovens⁵. O quinto ano do ensino fundamental corresponde a crianças de 10 anos, e o último ano do ensino médio, a jovens de 17/18 anos. As cores roxo e azul-claro já mostram os dependentes, pois indicam jovens que fazem uso diário de drogas.

Figura 12.1 Frequência do uso de cigarro por ano escolar

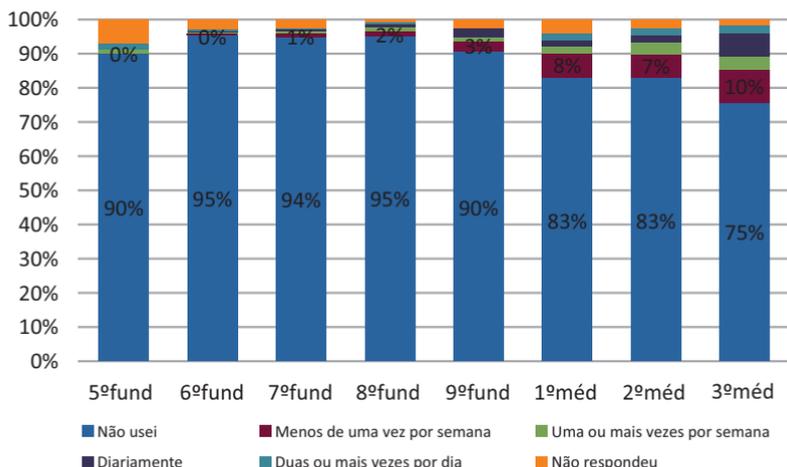


Figura 12.2 Frequência do uso de álcool por ano escolar

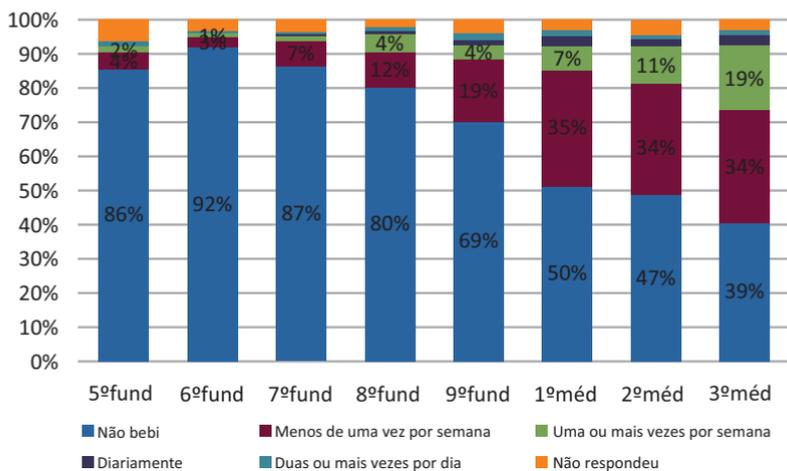


Figura 12.3 Frequência do uso de maconha ou haxixe por ano escolar

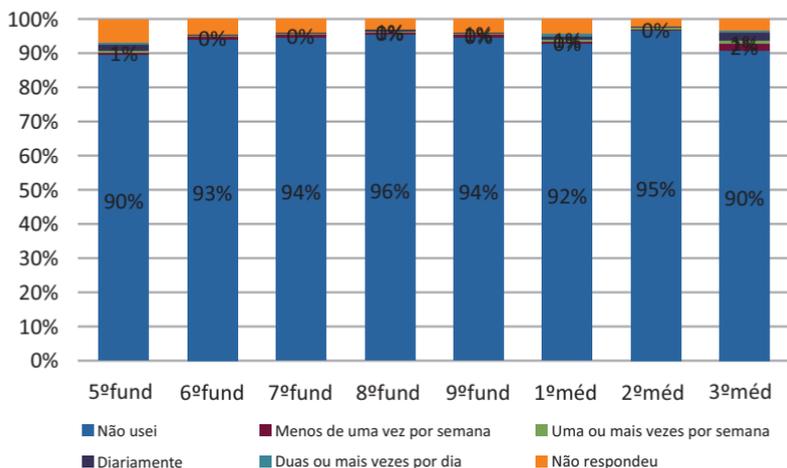
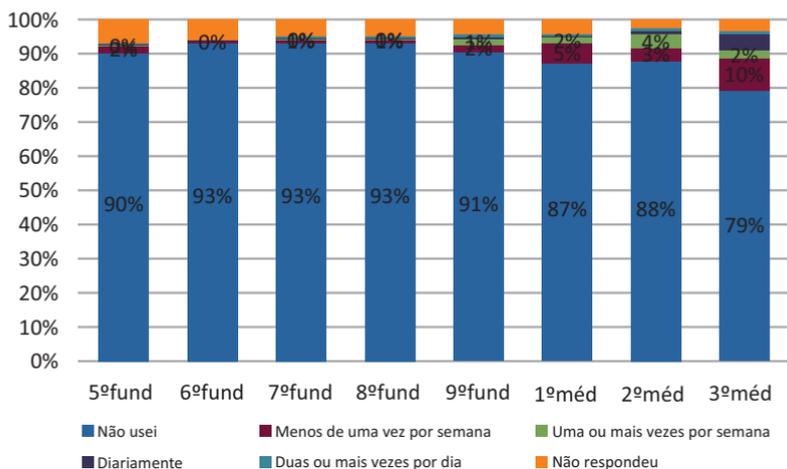


Figura 12.4 Frequência do uso de crack por ano escolar



Das 3.500 entrevistas, dados de suas situações pessoais preocupam, pois demonstram uma situação familiar frágil, muitas vezes responsável pelo início precoce do uso de drogas: 38% dos jovens tinham pais separados; 4% eram filhos de pai ou mãe falecidos; 93% não tinham nenhuma atividade cultural fora do período escolar e 91% não consideravam ter religião⁵.

O início do uso de drogas é bastante precoce. Aos 10 anos de idade (5º ano do ensino fundamental) já se verifica o início de uso de todas as drogas lícitas e de algumas ilícitas. Dos 13 aos 15 anos, há uma diferença progressiva no início do uso de drogas e, ao final do ensino médio, 25% já fumaram, 59% ingeriram álcool, 20% já experimentaram maconha, e 6%, o crack⁵.

Chama atenção o fato de que o álcool é a droga mais consumida entre todas as faixas etárias. Em relação ao tabaco, 25% dos jovens de 17 anos já o haviam experimentado, algo superior ao índice de fumantes na população maior de 18 anos (10,8%), segundo as últimas pesquisas nacionais⁶. Ou seja, a

experimentação do tabaco entre os jovens é bem superior aos dados de consumo do tabaco pelos adultos. Se não for feita a prevenção, os dados de fumantes no País podem voltar a subir.

Entre os jovens, o consumo de tabaco, narguilé, maconha e álcool não é encarado como nocivo à saúde. Sobre o narguilé, os usuários dizem utilizar apenas a essência, desconhecendo que a substância é colocada junto ao tabaco para facilitar o vício e a dependência, mascarando o gosto ruim das primeiras tragadas, aumentando o consumo. A retirada da essência do tabaco está sendo julgada no Supremo Tribunal Federal (STF). Sempre lembramos que uma hora de narguilé ou cachimbo d'água equivale a 100 cigarros consumidos. O álcool é consumido por metade da população, mas 20% do consumo ocorre em episódios de *binge drinking*, ou seja, em excesso. Tem sido visto o alto número de mortes de adolescentes por abuso de álcool. Deve-se lembrar que o álcool é o principal gatilho do cigarro^{7,8}.

Sobre a maconha, a descriminalização da droga que ronda os Estados Unidos, Holanda e Uruguai e se inicia na Argentina diminui o medo da droga e aumenta seu uso. A Holanda está fechando seus *coffee shops*, onde o consumo de maconha é livre. A noção de que o tabaco faz mal já está se incorporando na cabeça do jovem, embora a experimentação ainda seja muito alta. Porém, a maconha é envolvida por certo glamour, ocupando o espaço deixado pelo tabaco, e o álcool é livremente consumido por menores de idade, apesar de sua venda ser proibida até os 18 anos no Brasil. Qualquer droga, inclusive o tabaco, apresenta maior chance de dependência se consumida antes da formação completa do cérebro (21 anos).

O índice de ingestão excessiva de álcool aos 17 anos traduz a omissão da sociedade em relação à venda de álcool ao menor de idade no Brasil. Frequentemente, aborda-se em consultórios a questão controversa de pais que ensinam seus filhos de 13-14 anos a beber. É necessário ressaltar a ilegalidade e o risco dessa

prática. Este pai que goza do status de “amigão” se esquece que, ao estimular seu filho a beber, transmite-lhe a mensagem de que a bebida não é problemática, além de seu filho provavelmente não ter maturidade psicológica para discernir doses “mais ou menos toleráveis” aos 13 ou 14 anos de idade. Futuramente, esse adolescente beberá com os amigos, e a quantidade e os riscos serão maiores. Se a família fuma, como falar sobre os malefícios do cigarro? Tudo isso vem em um só pacote.

Muitos jovens de 14 anos já usuários de drogas têm se iniciado diretamente na maconha, pulando o tradicional estágio do cigarro. Esquecem-se de que a maconha, apesar de ser consumida em menor quantidade que tabaco, apresenta 50% mais substâncias cancerígenas e quatro vezes mais alcatrão que o tabaco, não tem filtro e provoca prejuízos ao pulmão tanto quanto o tabaco.

Investir em prevenção é fundamental. Essa ação parte de dentro de casa com a postura dos pais, nas escolas e no consultório pediátrico. A melhor maneira de diminuir a experimentação de tabaco, álcool e maconha entre os adolescentes é o aconselhamento breve, ou seja, “gastar” alguns minutos da consulta médica tratando sobre a questão das drogas, bem como da prevenção para não usuários.

Intervenção breve já é uma conversa mais dirigida aos usuários de tabaco ou outras drogas. Esta é um pouco mais elaborada e requer um pouco mais de tempo e dedicação.

O diagnóstico das possíveis drogas lícitas ou ilícitas presentes nas famílias é fundamental para preparar o plano de atendimento sobre essas questões em todas as consultas do paciente. Inicialmente se investiga se há pais fumantes, alcoólatras, usuários de maconha ou crack na família. A partir daí, há uma conversa, “gastando” minutos suficientes para informar e aprimorar a discussão em casa sobre as drogas, reverberando a mensagem do aconselhamento.

Se há fumantes ou usuários de drogas dentro de casa, é necessário fazer o aconselhamento breve sobre o tema, que deve já começar no pré-natal.

Quanto mais intenso e repetitivo o aconselhamento, maior o alcance do objetivo: tolerância zero para o tabaco, tolerância zero para a maconha e tolerância zero para bebidas alcoólicas até os 18 anos (seria preferível até os 21 anos).

A presença de problemas respiratórios nas famílias de 64,1% dos entrevistados (44,5% relataram asma, 21,7% bronquite e 2,2% enfisema) mostra a importância da prevenção do tabagismo ativo e passivo, a fim de evitar exacerbações e piora dos quadros respiratórios. Vale lembrar que a maconha produz os mesmos malefícios do cigarro em nível respiratório.

Abuso de drogas

Tania Maria R. Zamataro

O uso de drogas por adolescentes frequentemente se sobrepõe a outros problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, *deficit* de atenção, entre outros. O diagnóstico e o tratamento dessas comorbidades são fundamentais.

Drogas são produtos lícitos ou ilícitos que afetam o funcionamento mental ou corporal do indivíduo e podem causar intoxicação ou dependência⁹. Classificam-se em:

- **Depressores do SNC:** barbitúricos, ansiolíticos, opioides naturais (morfina, ópio, codeína), sintéticos e semissintéticos (heroína, metadona).
- **Estimulantes do SNC:** anfetaminas, cocaína, cafeína.
- **Alucinógenos vegetais:** mescalina, maconha, psilocibina, trombeteira.

- **Alucinógenos sintéticos:** LSD, ecstasy, anticolinérgicos.

Segundo o World Drug Report de 2016¹⁰, uma em cada 20 pessoas entre 15 e 64 anos (250 milhões) usou pelo menos uma droga em 2014. Apesar de o montante ser equivalente à população de países como França, Alemanha, Itália e Reino Unido, não parece ter havido crescimento em relação aos últimos quatro anos. Entretanto, 29 milhões de usuários de drogas sofrem de transtornos relacionados ao uso, e cerca de 207 mil pessoas morreram em decorrência direta do uso em 2014, sendo overdose a responsável por quase metade desses óbitos.

O início cada vez mais precoce tem sido observado em todo o mundo, o que causa, entre outros problemas, o aumento do risco de dependência¹¹. Os fatores relacionados ao consumo de álcool, tabaco e drogas por adolescentes podem ser vistos no Quadro 12.1.

Quadro 12.1 Fatores envolvidos no uso de substâncias psicoativas entre adolescentes

- Consumo de outras drogas.
- Alcoolismo paterno, materno ou entre irmãos.
- Histórico familiar de alcoolismo.
- Consumo de álcool, tabaco ou drogas pelos pais.
- Histórico familiar de comportamento antissocial.
- Crianças vítimas de abuso ou maus-tratos.
- Pais com pouca “paternagem”.
- Relacionamento pobre com os pais.
- Consumo de droga pelo irmão, melhor amigo ou colegas.
- Mau rendimento escolar, pouco interesse pela escola.
- Rebeldia e alienação.
- Autoestima baixa.

- Comportamento antissocial precoce.
- Psicopatologias, depressão em particular.
- Traços característicos negativos (falta de empatia, mentiras) para com os outros, favorecendo gratificação imediata.
- Necessidade de procurar sensações, insensibilidade a castigos.
- Experiência precoce de tabaco e álcool.
- Dependência prévia de álcool ou outras drogas.
- Desorganização comunitária.
- Comportamento delinquente.
- Baixa religiosidade.
- Atividade sexual precoce.

No Brasil, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras mostrou que a exposição dos estudantes às drogas em geral também acontece muito cedo, em idades inferiores a 10 anos, sendo álcool e tabaco as drogas de maior prevalência, seguidas pelos inalantes¹².

Outras drogas utilizadas são maconha, opioides, cocaína e anfetamina. Juntas, foram responsáveis por 12 milhões de mortes prematuras ou incapacidades em 2013¹⁰.

Solventes e inalantes¹³⁻¹⁶

Constituem um vasto grupo de produtos usados licitamente em várias atividades industriais, comerciais e domésticas, aspirados com o objetivo de produzir alterações mentais: solventes, colas, tintas, vernizes, *thinner*, removedores de pintura, alguns agentes de limpeza a seco, spray de pintura, removedores de esmalte, além do “cheirinho de loló” (mistura de álcool etílico ou benzina, clorofórmio, éter e essências de frutas) e o “*popper*” (alquil-

nitritos utilizados em festas, vendidos em pequenos frascos de vidro para serem abertos e cheirados periodicamente, facilmente sintetizados a partir de álcool, nitrito sódico e solução de ácido sulfúrico). Como levam à dilatação da musculatura lisa, incluindo anal e vaginal, são utilizados durante o ato sexual com a promessa de potencializar o prazer)^{13,14}.

- **Efeitos desejados:** euforia, agitação, tonturas e alterações auditivas e visuais.
- **Efeitos colaterais:** agressividade, sonolência, confusão, perda do autocontrole, impulsividade, inquietação, perda da coordenação motora, vertigem, distorção do tempo e das cores, fraqueza muscular, tremores, delírios, paralisia dos nervos cranianos e periféricos, perda de consciência, lesão cardíaca e hepática, coma, convulsões e outros.
- **Janela de detecção:** depende do produto mas, de forma geral, são de difícil detecção no sangue e na urina uma hora depois de seu uso¹⁴.

Maconha

Droga alucinógena, considerada a droga ilícita mais utilizada por maiores de 12 anos de idade. Originária da planta *Cannabis sativa*, cujo metabólito ativo mais potente é o THC (delta 9-tetra-hidrocanabinol), pode ser preparada a partir de folhas secas (marijuana, maconha), resina da planta (haxixe, potencialmente mais tóxica) ou da mistura de resina com solvente (acetona, álcool, gasolina), originando uma mistura viscosa com alta concentração de THC (óleo de *cannabis* ou óleo de haxixe). Essas substâncias podem ser inaladas ou ingeridas. O *skank* (ou *skunk*) é uma variedade da planta com maior nível de THC.

- **Efeitos desejados:** euforia, prazer, maior sensibilidade aos estímulos externos, sonolência, relaxamento, alteração na memória imediata, aceleração do tempo subjetivo, confusão entre passado, presente e futuro. O indivíduo tem

menor equilíbrio e força muscular, com *deficit* na aptidão motora, hiperemia conjuntival, taquicardia, hipotensão postural, desejo de comer doces, boca seca, fotofobia, broncodilatação, tosse e diminuição do lacrimejamento e da pressão intraocular.

- **Efeitos colaterais:** ansiedade, ataques de pânico, alucinações, paranoia, caracterizando a psicose tóxica (“má viagem”). O uso crônico pode gerar a síndrome amotivacional (apatia, isolamento social, perda do interesse em novas aquisições), diminuição da capacidade de concentração e memorização, diminuição da testosterona, ginecomastia, inibição da espermatogênese (reversível) e supressão do LH plasmático, o que provoca ciclos anovulatórios em mulheres.
- **Janela de detecção:** no sangue, até 2 semanas; na urina, até 4 semanas, dependendo do uso; no cabelo, em até 90 dias.

Cocaína

Extraída das folhas do arbusto da coca (*Erythroxylon coca*), é comercializada sob a forma de um pó branco, inodoro, de sabor amargo, solúvel em água (cloridrato de cocaína). Geralmente é inalada, mas pode ser absorvida ao ser esfregada em mucosas (gengiva) ou injetada. Pode se apresentar sob a forma de uma base, o crack, que é pouco solúvel em água, fumada em “cachimbos”, ou a merla, também fumada.

- **Efeitos desejados:** sensação de euforia, intenso bem-estar, segurança, hiperatividade, insônia, perda da sensação de cansaço, falta de apetite.
- **Efeitos colaterais:** ansiedade, ira, diminuição da capacidade de julgamento, insônia, labilidade emocional, desânimo, depressão, alucinações e psicose. Quando a cocaína é ingerida com álcool, o metabólito (cocaetileno)

aumenta o risco de morte súbita. O uso crônico ocasiona sangramento nasal, ulcerações gengivais, perda do septo nasal, sinusites, pneumonias, cardites, hiperprolactinemia, danos cerebrais irreversíveis, perda de capacidade analítica, de concentração, de memória, distúrbios dos nervos periféricos, taquicardia, hipertensão, arritmias, infarto e morte súbita.

- **Janela de detecção:** no sangue, de 1 a 2 dias; na urina, até 4 dias; no cabelo, até 90 dias.

Ecstasy

Denominado farmacologicamente como 3,4-metilenodioximetanfetamina e abreviado por "MDMA", o ecstasy é uma substância fortemente psicoativa. Duas outras substâncias psicoativas e farmacologicamente semelhantes podem ser encontradas no mercado ilegal como ecstasy: a Eve e a MDA. O ecstasy pode ser ingerido, inalado e injetado.

- **Efeitos desejados:** aumento do estado de alerta, maior interesse sexual, sensação de bem-estar com grande capacidade física e mental, euforia, aguçamento sensorio-perceptivo, aumento da sociabilização e extroversão, aumento da sensação de estar próximo às pessoas (no sentido de intimidade) e da tolerabilidade e autoconfiança.
- **Efeitos colaterais:** trismo, taquicardia, hipertensão, dilatação das pupilas, câibras, tremores, transpiração, aumento da tensão muscular, da atividade motora, da temperatura corporal, enrijecimento e dores na musculatura dos membros inferiores e coluna lombar, dores de cabeça, náuseas, perda de apetite, visão borrada, boca seca, insônia, hiperatividade, fuga de ideias, alucinações, despersonalização, ansiedade, agitação, comportamento bizarro e pânico. A longo prazo, pode provocar esgotamento físico e mental, sonolência, despersonalização, depressão, psicose, irritabilidade,

insônia, arritmias, AVC, hipertermia, hepatotoxicidade e insuficiência renal aguda.

- **Janela de detecção:** no sangue, de 1 a 2 dias; na urina, até 4 dias; no cabelo, até 90 dias.

GHB

Poderoso depressor do sistema nervoso central, produzido em pequenas doses pelo organismo. A partir de 1997, passou a ser conhecido como droga de violação sexual (“boa-noite, Cinderela”), pelos efeitos de perda de controle, desorientação e relaxamento muscular. É comercializado na forma de líquido incolor, com um sabor levemente salgado. Embora seja incomum, também existe o GHB em forma de pó branco.

- **Efeitos desejados:** bem-estar, euforia, socialização e grande energia após sua utilização. O GHB também aumenta a produção do hormônio de crescimento, sendo usado para aumentar a massa muscular.
- **Efeitos colaterais:** náuseas, vômitos, sedação, desmaios, hipotonia, espasmos musculares, alucinações, perda do controle dos esfíncteres, convulsões, cefaleia, enxaqueca, sonolência e inconsciência, confusão mental, agitação, insônia, ansiedade, tremor, fraqueza, diminuição do ritmo respiratório e do ritmo cardíaco. Coma e morte súbita podem ocorrer.
- **Janela de detecção:** no sangue, até 8 horas; na urina, até 12 horas; na saliva, até 6 horas; no cabelo, até 90 dias.

Heroína

É uma droga do grupo dos opioides, derivada da morfina, que por sua vez é derivada do ópio. Depressora do sistema nervoso central, é capaz de alterar as sensações de prazer e dor. Em sua forma pura, é encontrada como pó branco facilmente solúvel em água. Pode ser injetada, inalada ou fumada.

- **Efeito desejado:** sensação de intenso prazer, bem-estar e euforia. Logo após injetar a droga, o usuário fica em estado sonolento, fora da realidade, conhecido como “cabeceio”. As pupilas ficam muito contraídas, e as primeiras sensações são de euforia e conforto, diminuição de sensações como dor, fome, tosse e desejo sexual. Em seguida, o usuário entra em depressão profunda, o que o leva a buscar novas e maiores doses para conseguir repetir o efeito.
- **Efeitos colaterais:** surdez, cegueira, delírios, inflamação das válvulas cardíacas, coma e até a morte podem ocorrer, além dos resultantes da administração intravenosa (necrose local, HIV, hepatite B etc.). Com o uso crônico, emagrecimento extremo, infecções intestinais, amenorreia, anorgasmia, impotência, apatia, letargia, depressão.
- **Janela de detecção:** no sangue, 12 horas; na urina, até 3 dias; nos cabelos, até 90 dias.

Quetamina e PCP

Poderosos anestésicos dissociativos usados inicialmente com fins veterinários, encontrados sob forma de pó branco, líquido ou tablete, podendo ser ingeridos, inalados ou injetados.

- **Efeitos desejados:** sensação de intensificação de cores e sons, delírio, excitação (*k-land*), sensação de não pertencer ao corpo, entorpecimento, alucinações profundas, dificuldade de controlar movimentos e sentimentos, distorção dos sentidos de tempo e identidade.
- **Efeitos colaterais:** dormência, perda de coordenação motora, sensação de invulnerabilidade, rigidez muscular, depressão respiratória, agressividade, fala arrastada, exagerada sensação de força e olhar fixo ao vazio, prejuízo da memória de curto prazo. Baixas dosagens podem produzir efeitos psicodélicos rapidamente. Doses altas podem produzir vômitos e convulsões, e um grama da

substância pode causar a morte. Os chamados flashbacks (retorno às sensações vivenciadas com a droga) podem ocorrer até um ano após sua utilização. Ocorrem ainda comportamentos violentos e bizarros, alucinações (*k-role*), agitação, rigidez catatônica, desorientação, falta de coordenação, nistagmo, sialorreia, vômitos, convulsões, dormência, hipertensão, taquicardia e, raramente, depressão cardiovascular. Pode ainda ocorrer hiperpirexia com rabdomiólise, provocando insuficiência renal.

- **Janela de detecção:** no sangue, 1 a 4 horas; na urina, até 14 dias; no cabelo, até 90 dias.

LSD

A dietilamida do ácido lisérgico é uma droga intensamente alucinógena, sintetizada clandestinamente a partir da cravagem de um fungo do centeio (*Claviceps purpurea*). Pode se apresentar sob forma de barras, cápsulas, tiras de gelatina, líquida, em micropontos ou folhas de papel secante (como selos ou autocolantes). É consumida por via oral, absorção sublingual, injetada ou inalada.

- **Efeitos desejados:** fenômenos alucinatórios e sinestesia. As sensações são “reais”, provocando dor, prazer, medo, ansiedade e outras. Além disso, provoca uma modificação na percepção de tempo, da sensação de espaço e despersonalização. O usuário pode ter “uma viagem boa” e ver formas coloridas, sentindo euforia e experiências místicas, ou “uma viagem ruim”, com crises depressivas.
- **Efeitos colaterais:** psicose, esquizofrenia, depressão profunda, flashbacks semanas ou meses após o uso, ansiedade, midríase, hipertensão, taquicardia, piloereção, agitação, pânico e hipertermia.
- **Janela de detecção:** no sangue, até 12 horas; na urina, até 3 dias.

Anfetaminas, metanfetamina e dextroanfetamina

São drogas sintéticas estimulantes do sistema nervoso central. As vias de administração são oral, intranasal, intravenosa, através da pele, retal e intravaginal. Podem ainda ser mascaradas (gomas), dissolvidas em bebidas ou fumadas (metanfetamina conhecida como *ice*).

- **Efeitos desejados:** estimulam o sistema nervoso central por meio da intensificação da noradrenalina. Ao agir sobre os centros de controle do hipotálamo, reduzem a atividade gastrointestinal e inibem o apetite, efeito que pode durar de 4 a 14 horas. Em doses maiores, causam estado de grande excitação e sensação de poder, aumento do estado de alerta, redução da fadiga e aumento da competitividade, estímulo do humor e aumento da potência sexual.
- **Efeitos colaterais:** nervosismo, irritações, vertigens, tremores, loquacidade, manias, alucinações, delírios, excitações psicomotoras, insônia, convulsões (rara), anorexia, midríase, coma, analgesia, agitações, hiperatividade, confusões, hemorragia cerebral, morte, delírios.
- **Janela de detecção:** no sangue, 1 a 2 dias; na urina, até 4 dias; nos cabelos, até 90 dias.

Designer drugs

As "*designer drugs*" são produzidas com o intuito de ressintetizar drogas já existentes, a fim de obter os mesmos efeitos psicoativos com moléculas quimicamente diferentes da droga original. Busca-se a produção de drogas mais potentes, burlando a legislação vigente¹⁷. Numerosas drogas apareceram nos últimos anos, dentre elas:

- *Spice*, K2, Hi-5 ou incenso do diabo: maconha sintética (mais potente).

- “Sais de banho”: grande variabilidade de substâncias semelhantes à catinona, um poderoso estimulante: *salt baths, vanilla sky, flakka, miaumiau*.
- *NBOMe*: alucinógeno potente, semelhante ao LSD.
- *Krokodil*: heroína sintética (mais barata).

Diagnóstico¹⁶

Segundo a Academia Americana de Pediatria^{18,19}, existem seis estágios de envolvimento do adolescente com substâncias psicoativas:

1. Abstinência.
2. Uso experimental e/ou recreativo (em geral limitado ao álcool).
3. Abuso inicial.
4. Abuso.
5. Dependência.
6. Recuperação.

Essa classificação permite o diagnóstico de abuso inicial quando pequenos prejuízos começam a emergir, como um pior desempenho escolar por estar sofrendo os efeitos posteriores ao abuso de álcool. Mas com uma doença de desenvolvimento lento como o alcoolismo, seria improvável que os sintomas de abstinência já se encontrassem evidentes com poucos anos de uso na adolescência^{17,18}.

Avaliação clínica e laboratorial

O histórico clínico, realizado com o adolescente, deverá conter dados como: tipo de substância utilizada, tempo de uso, frequência, quantidade e efeitos.

O exame físico deve ser realizado habitualmente, procurando sinais de uso de drogas, como lesão em aba nasal (cocaína), lesões perfurantes (heroína) ou sinais indiretos que classifiquem uma toxíndrome. Em geral, os testes devem ser realizados com o consentimento do paciente, com exceção das situações de razão legal ou médica, estado mental alterado, julgamento comprometido, ou quando os exames de rotina são necessários para tratamento e manutenção no caso de abstinência⁹.

Tratamento¹⁶

O tratamento divide-se em:

- Urgência/emergência clínica, em que o indivíduo pode se apresentar com risco de vida imediato.
- Fase de manutenção, que visa ajudar a pessoa a parar de usar drogas, manter um estilo de vida sem elas e conseguir um desempenho produtivo na família, na escola, no trabalho e na sociedade.

A escolha do tratamento adequado dependerá de tipo, tempo e frequência de uso da substância, podendo variar entre incentivo à abertura de canais de comunicação entre criança/adolescente, médico e família, terapia psicológica e medicamentosa ou até tratamento intra-hospitalar de desintoxicação no caso de abuso severo. Os pais devem prover suporte e encorajamento antes, durante e depois do tratamento, uma vez que o uso de substâncias psicoativas afeta todos os membros da família. Grupos de apoio e aconselhamento para todos da família são úteis para prevenir que o adolescente retorne ao uso da substância após o tratamento.

Consumo de álcool

Renata D. Waksman

O álcool é considerado a substância psicoativa mais consumida no mundo, e seu consumo geralmente começa na adolescência²⁰⁻²².

Aproximadamente 50% dos jovens com idade entre 12 e 17 anos já ingeriram bebida alcoólica na vida²³, sendo 14 anos a idade de experimentação e 15 anos a idade de início do consumo regular²³.

Quanto à forma de beber, estudos apontam que 90% do álcool consumido por adolescentes nos Estados Unidos ocorre de forma abusiva (*binge drinking*), ou seja, a ingestão de cinco ou mais doses na mesma ocasião, como ocorre com muitos adultos²⁴. Metade dos adolescentes norte-americanos de 15 anos já bebeu pelo menos uma vez; entre 15 e 18 anos, este percentual atinge 80%, e um quarto dos jovens com 15 anos pelo menos em uma ocasião consumiu 5 ou mais doses de uma só vez²⁵⁻²⁷.

Dados fornecidos pelo VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras¹² indicam características regionais quanto ao consumo de álcool entre adolescentes: seu consumo frequente foi de 11,7% no conjunto das 27 capitais, sendo Porto Alegre a capital que apresentou a maior porcentagem (14,8%). O consumo pesado (20 vezes ou mais no mês que precedeu à pesquisa) foi registrado em 6,7% dos estudantes, sendo Salvador a capital com maior porcentagem (8,8%). O consumo frequente de álcool (seis vezes ou mais no mês que precedeu a pesquisa) aumentou para o sexo masculino no Rio de Janeiro e em São Paulo, e para o feminino em Belo Horizonte, Brasília (DF), Recife e São Paulo.

O consumo de álcool foi avaliado em 50.890 estudantes da rede pública e privada do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras por meio da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015²⁸. Entre estudantes de 13 a 15 anos de idade, 54,3% já experimentaram alguma bebida alcoólica, e 21% já tiveram algum episódio de embriaguez na vida²².

A amostra 1 da PeNSE 2015 mostrou que 55,5% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental responderam que já ingeriram uma dose de bebida alcoólica, sendo essa experimentação mais comum entre os alunos de escolas públicas (56,2%) que entre os de escolas privadas (51,2%). O Rio Grande do Sul responde pelo maior percentual dos que já experimentaram uma dose de bebida alcoólica (68%), e o Amapá responde pelo menor (43,8%). O consumo atual de bebida alcoólica pelos escolares nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi de 23,8%, com consumo maior entre as meninas (25,1%) do que os meninos (22,5%)²⁸.

As formas mais comuns de obter bebida foram: em festas (43,8%), com amigos (17,8%), comprando no mercado, loja, bar ou supermercado (14,4%), com alguém da família (9,4%) e em casa sem permissão (3,8%).

Quanto à embriaguez, 21,4% dos escolares (região Sul, 30,1%; Centro-Oeste, 24,1%) informaram que já sofreram algum episódio de embriaguez na vida. Entre os municípios das capitais, Porto Alegre (38,4%) e Macapá (15%) exibiram os valores extremos, e para os escolares que já experimentaram uma dose de bebida alcoólica, a ocorrência de embriaguez foi de 38,5%²⁸.

Na faixa etária de 16 a 17 anos, 73% dos escolares já experimentaram uma dose de bebida alcoólica. Nesse grupo, pouco mais de 21% dos escolares tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos, e cerca de 60% possuíam amigos que consumiam bebida alcoólica²⁸.

Quando analisado o consumo de bebida alcoólica pelos amigos, 43,8% dos escolares afirmaram possuir amigos que consumiam bebida alcoólica. Para as meninas, esse percentual foi de quase 48%, significativamente superior ao valor referido pelos meninos (39,8%)²⁸.

A fase da adolescência caracteriza-se por intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais, e muitos adolescentes passam por uma fase de provar bebidas alcoólicas, de beber muito ou de forma perigosa²².

Fatores de origem biológica, psicológica, sociocultural ou a interação entre todos podem estar relacionados; os principais estão listados no Quadro 13.1²⁹.

Quadro 13.1 Fatores relacionados à adolescência e ao consumo de álcool

- Comportamento de assumir riscos e testar limites: tendência de procurar situações novas e potencialmente perigosas, em geral de forma impulsiva, típica de adolescentes, pode incluir experiências com álcool.
- Expectativas: a forma como veem o álcool e seus efeitos influencia o comportamento de beber. Adolescentes que bebem para ter uma experiência positiva/agradável (como ficar mais comunicativo, ter mais sucesso na busca de parceiros, divertir-se mais) são mais propensos ao consumo.
- Traços da personalidade ou transtornos psiquiátricos: algumas características podem torná-los mais propensos a começar a beber, como agressividade, rebeldia, dificuldade em seguir regras, problemas de conduta, hiperatividade, ansiedade ou depressão.
- Fatores hereditários: o risco de desenvolver problemas com álcool é diretamente influenciado pela genética.
- Aceitação por amigos e pelo grupo: fazem parte dos fatores ambientais que podem influenciar no desenvolvimento do hábito de beber, assim como a referência de pais e familiares.

O estímulo precoce ao consumo de álcool tem grande influência da família que, ao introduzir o hábito da bebida, pode potencializar a interação dessas variáveis. Associado à condescendência e até estímulo da família, o fácil acesso, sistemas de consumação mínima, baixo preço, falta de fiscalização, acesso em festas (como “open bar, kit balada”), venda para consumo imediato, aceitação da sociedade e publicidade direcionada ao público jovem, podem ser responsabilizados pelo alto consumo em idades cada vez mais precoces^{24,29-31}.

Consequências do abuso

O consumo de álcool em menores de idade está mais associado à morte do que todas as outras substâncias psicoativas ilícitas em conjunto, podendo aumentar a frequência de comportamentos de risco, além da diminuição de inibições, com consequências sérias e variadas, como acidentes automobilísticos, suicídio, violência, acidentes por submersão, risco aumentado de gravidez e DSTs, atividade sexual sem proteção e aumento da chance de violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima^{27,29-32}.

O consumo de álcool na adolescência pode levar ao comprometimento na aprendizagem e rendimento escolar, que se manifesta por *deficit* de memória e prejuízo do pensamento^{33,34}.

Efeitos do álcool²⁷

Ao ser absorvido pelo estômago, segue pela corrente sanguínea e se distribui pelos tecidos, afetando, em graus variados, o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal).

Efeitos cerebrais consequentes ao consumo de álcool em adolescentes ocorrem em áreas ainda em desenvolvimento e associadas a habilidades cognitivo-comportamentais, que deveriam iniciar ou se firmar na adolescência.

Os prejuízos associados ao uso de álcool estendem-se ao longo da vida. Seus efeitos repercutem na neuroquímica cerebral, em pior ajustamento social e no retardo do desenvolvimento de suas habilidades, já que um adolescente ainda está se estruturando em termos biológicos, sociais, pessoais e emocionais.

Alterações relacionadas ao consumo de álcool na adolescência são: comportamentais e emocionais^{33,34}, ao interferir na neuroquímica cerebral, modificando o sistema dopaminérgico, nas vias do córtex pré-frontal e do sistema límbico e no aprendizado e memória – em decorrência de alterações no hipocampo³⁴.

Os efeitos do uso abusivo do álcool são expressivos e dependem do tempo de uso, quantidade, ação depressora, alteração do nível de consciência, bloqueio de informações, alteração da percepção, emoções, movimentos, visão e audição. Dependem também de uma série de fatores, como peso, altura, idade, sexo e quantidades consumidas de alimento e álcool³⁵.

Em pequenas quantidades, o álcool pode ajudar a pessoa a se sentir mais relaxada, mais desinibida ou menos ansiosa; quantidades moderadas podem causar tontura e inquietação. Porém, reações lentificadas, comprometimento de julgamento e coordenação, tonturas, confusão mental e desorientação podem ocorrer mesmo após a ingestão de pequenas quantidades.

Doses pequenas e moderadas podem levar a um comportamento amigável e falante ou agressivo e raivoso, além de “ressaca” (cefaleia, náuseas, sede, tontura e fadiga). Quantidades maiores, principalmente se consumidas em período curto, podem levar a grandes mudanças, resultado da intoxicação: resposta imediata de fala incontrolada, episódios violentos de vômito (como primeiro sintoma), seguidos de sonolência excessiva, inconsciência, dificuldade respiratória, queda importante de glicemia, convulsões e até morte.

Avaliação clínica e laboratorial

A investigação deve ser iniciada a partir do histórico clínico, realizado preferencialmente em particular com o adolescente. Constarão dados do uso de substâncias, tipo(s), tempo, quantidade e efeitos, os quais podem ou não confirmar a necessidade dos testes laboratoriais. Em geral os testes devem ser realizados com o consentimento do paciente, com exceção das situações de razão legal ou médica, estado mental alterado, julgamento comprometido, ou quando os exames de rotina são necessários para controle de tratamento e manutenção no caso de abstinência²².

Os testes podem ser de *screening* (técnica utilizada para avaliar grandes populações, como atletas que pretendem integrar uma equipe) ou específicos para detectar drogas (avaliação baseada na suspeita clínica). A investigação laboratorial de sangue, urina ou cabelo pode ser empregada, quando necessário, para determinar a causa de uma alteração de comportamento, mudanças no estado mental ou quando ocorre a suspeita na vigência dos achados clínicos.

Alguns fluxogramas, como o da Academia Americana de Pediatria³⁶, assim como os termos de consentimento e confidencialidade, devem ser seguidos quando se decide utilizar os exames de triagem para uso de álcool e drogas para o diagnóstico e tratamento do abuso de substâncias. Deve ser levada em consideração a capacidade do laboratório em testar determinadas substâncias, assim como eventuais contaminações, diluições acidentais da amostra ou sua troca. Os procedimentos laboratoriais devem ser feitos com acurácia e especificidade, uma vez solicitados. Algumas doenças psiquiátricas podem ser comuns em adolescentes que abusam de substâncias, tornando seu tratamento mais difícil, como *deficit* de atenção e hiperatividade, depressão, desordem distímica, ansiedade e estresse pós-traumático, devendo ser avaliadas e tratadas em conjunto.

Diagnóstico e classificação

Ao analisar algumas características da adolescência, como curiosidade e necessidade de experimentação, o uso de substâncias psicoativas, dentro de certos padrões, pode ser considerado até uma conduta normal dessa fase. O que seria, então, o uso normal? Por essa razão, esse tema gera controvérsias, e não se pode simplesmente transferir os dados obtidos de estudos em adultos para crianças e adolescentes.

Segundo o *Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais*, 5ª edição, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, na sigla em inglês), os transtornos relacionados ao consumo de álcool são definidos como a repetição de problemas decorrentes do consumo que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, cuja gravidade varia de acordo com o número de sintomas apresentados^{37,38}, conforme o Quadro 12.3.

Quadro 13.2 Critérios para transtornos relacionados ao uso de álcool – DSM-5

Padrão mal-adaptativo de uso de álcool manifestado por 2 ou mais dos 11 critérios abaixo, a qualquer momento, em 12 meses

1. O álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter e consumir álcool ou recuperar seus efeitos.
4. Fissura, desejo intenso ou urgência de consumir álcool (*craving*).
5. Uso recorrente de álcool resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes, relativas ao trabalho, escola ou em casa.
6. O consumo de álcool continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos.

7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do álcool.
8. Consumo de álcool recorrente em situações que representam perigo físico.
9. O consumo do álcool continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ele.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou efeito desejado; Acentuada redução do efeito com a mesma quantidade consumida.
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> Síndrome de abstinência característica para a substância; O álcool (ou substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
Classificação da gravidade do transtorno
Leve: presença de 2 a 3 sintomas
Moderada: presença de 4 a 5 sintomas
Grave: presença de 6 ou mais sintomas

Fonte: Adaptado de Cisa²².

A versão anterior do manual, DSM-4, permanece como referência e ainda é amplamente utilizada. No DSM-4 havia a distinção entre dois transtornos: abuso e dependência, com critérios específicos para cada um. Na quinta edição, as principais mudanças foram: união de abuso e dependência em um único diagnóstico, intitulado “transtornos relacionados ao uso de substâncias”, com classificação de gravidade em três níveis (leve, moderada e grave); foi excluído o critério de “problemas legais recorrentes relacionados ao uso da substância” e foi incluído o termo fissura (*craving*), que é o forte desejo ou urgência em consumir a substância^{37,38}.

O atendimento pediátrico

O pediatra deve abrir, desde a infância, um canal de comunicação entre ele e seu paciente, conversar sobre suas atitudes e fornecer esclarecimentos sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. As informações devem ser obtidas em uma atmosfera de confidencialidade, confiança e conforto, não ameaçadora, sem julgamentos e, de preferência, sem a presença dos pais. Informações a serem obtidas:

- Qual é a atitude do jovem em relação ao uso de substâncias psicoativas?
- Nos ambientes que frequenta e vive (casa, escola, amigos), alguém usa tais substâncias?
- História psicossocial (adequada para a idade): relacionamentos familiares e com seus pares, progresso na escola, atividades não acadêmicas, comportamento, aceitação de ordens e autoridade, grau de autoestima, episódios de maus-tratos intra e extrafamiliares.
- Questionamentos sobre comportamentos de risco: início de atividade sexual, se faz parte de grupos ou gangues e uso de armas.
- Uso de drogas específicas: tipo(s), tempo que está usando, frequência e local de uso.

O profissional deve se lembrar de que estas informações podem variar em grau de honestidade: minimizar ou exagerar o problema é característico de adolescentes. Deve-se ficar atento a outras pistas, como humor, roupas, sintomas físicos e comportamentais, comportamentos de risco, além de problemas em casa e na escola, que auxiliarão no diagnóstico²².

A atitude do médico, diferente da dos pais (de confronto, explosiva, agressiva, emotiva, crítica, intolerante e julgadora, contribuindo para isolar o adolescente da família), permite a oportunidade de prevenir o abuso de substâncias ou intervir

precocemente se necessário. Essa prevenção precoce é muito importante, pelo risco maior de a criança ou adolescente passar a ter outros comportamentos de risco.

Tratamento (segundo o CDC)³⁹

O tratamento depende do tipo, tempo de uso e nível da substância, podendo variar entre incentivo à abertura de canais de comunicação entre criança/adolescente, médico e família, terapia psicológica, medicamentosa ou até tratamento intra-hospitalar de desintoxicação, no caso de abuso severo.

Os pais devem prover suporte e encorajamento antes, durante e depois do tratamento, uma vez que o uso de substâncias psicoativas afeta todos os membros da família. Grupos de apoio e aconselhamento para todos da família são úteis em prevenir que o adolescente retorne ao uso da substância após o tratamento. É importante lembrar que é um processo difícil e demorado, e a recaída ou reincidência do uso da substância são comuns após o tratamento e não podem ser consideradas como falha do adolescente ou do programa de tratamento.

Referências

1. Lotufo JPB, Delfim CIG, Espósito A, Krakauer AM, Machado BM, Gruli JM, et al. Fumantes passivos: a cotinina urinária em crianças internadas. *Pediatria (São Paulo)*. 2005;27(1):19-24.
2. Bar-Sela G, Avisar A, Batash R, Schaffer M. Is the clinical use of cannabis by oncology patients advisable? *Curr Med Chem*. 2014 Jun;21(17):1923-30.
3. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort. *Cancer Causes Control*. 2013 Oct;24(1):1811-20.
4. Lotufo JPB. Tabagismo: uma doença pediátrica. São Paulo: Sarvier; 2007. 128 p.

5. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Observatório da política nacional de controle do tabaco. Prevalência de tabagismo. Atualizado em 14/6/2017 [citado em 2017 nov. 8]. Disponível em: bit.ly/2Gyhbm6
6. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [citado em 2017 nov. 8]. 170 p. Disponível em: bit.ly/1WU1Zpt
7. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):341-50.
8. Lotufo JPB, Delfim CIG, Espósito A, Krakauer AM, Machado BM, Gruli JM, et al. Fumantes passivos: a cotinina urinária em crianças internadas. *Pediatria (São Paulo)*. 2005;27(1):19-24.
9. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-third report. WHO technical report series nº 915. Genebra: WHO; 2002 [citado em 2017 nov. 3]. Disponível em: bit.ly/2ooAjkv
10. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales N.E.16.XI.7) [citado em 2017 nov. 3]. Disponível em: bit.ly/294OoGU
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health. Vol. I: Summary of National Findings [Publication N. SMA 10-4856]. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Office of Applied Studies; 2010.
12. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini A. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2010. São Paulo/Brasília: Centro Brasileiro de

Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Universidade Federal de São Paulo/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010 [citado em 2017 nov. 3]. 503 p. Disponível em: bit.ly/1TMenpO

13. Hernandez-Avila C, Pierucci-Lagha A. Inhalants. In: Kranzler HR, Ciraulo DA. Clinical manual of addiction psychopharmacology. Washington, DC/Londres: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 269-314.
14. Bucão R, Garcia S, Limberger R, Baierle M, Arbo MD, Chasin AA, et al. Designer drugs: aspectos analíticos e biológicos. Quim Nova. 2012;35(1):149-58.
15. Hogan MJ. Diagnosis and treatment of teen drug use. Med Clin North Am. 2000;84(4):927-66.
16. Brasil. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. 5ª ed., 2ª reimpr. São Paulo: Cebrid; 2011.
17. Levy S, Siqueira L; Committee on substance abuse. Testing for drugs of abuse in children and adolescents. Pediatrics. 2014;133(6).
18. American Academy of Pediatrics. The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1996.
19. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Policy Statement: Testing for drugs of abuse in children and adolescents. Pediatrics. 1996;98:305-7.
20. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Use of alcohol, cigarettes, and number of illicit drugs declines among US teens [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2ET1OaL

21. Squeglia LM, Tapert SF, Sullivan EV, Jacobus J, Meloy MJ, Rohlfing T, Pfefferbaum A. Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry*. 2015 Jun;172(6):531-42.
22. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (Cisa). Por que os jovens bebem? [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2CbEL9U
23. Laranjeira R, et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (Inpad), Unifesp; 2014.
24. Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente. Manual de Orientação Departamento Científico de Adolescência da SBP [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2u8Yymb
25. Johnston LD, Bachman JG, O'Malley PM. Drug survey. University of Michigan News and Information Services. Ann Arbor: University of Michigan; 1996. p. 11-12.
26. Office of the Surgeon General (US); National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (US); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US); 2007.
27. Zamataro T, Waksman R, Schwartsman C, Quiles R. Prevenção do uso de álcool, tabaco e drogadição. In: Escobar AMU, Valente MH, Grisi SJFE, Gomes FMSilva. A promoção da saúde na infância. 2ª ed. Barueri: Manole; 2013.
28. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: PeNSE 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2CB3FvD
29. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Why do adolescents drink, what are the risks, and how can

- underage drinking be prevented? Underage Drinking. 2006 [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2qGbAlZ
30. Alavarse GMA, Carvalho MDB. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Esc Anna Nery. 2006;10(3).
 31. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(suppl.1).
 32. Abbey A. Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. J Stud Alcohol Suppl. 2002;(14):118-28.
 33. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. Neurosci Biobehav Rev. 2000;24(4):417-63.
 34. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. Alcohol Clin Exp Res. 2000;24(2):164-71.
 35. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2CdwwKP
 36. American Academy of Pediatrics. The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1996.
 37. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas MS 2016 [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2sK8tiv
 38. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (Cisa). O que é alcoolismo? [citado em 2017 ago. 6]. Disponível em: bit.ly/2FIC7xl
 39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. MMWR Surveill Summ. 2004;53(2):1-96.

Capítulo 13A. Alertas dos especialistas: cirurgia pediátrica

José Roberto Baratella

A crescente violência que se observa na sociedade, dentro e fora dos domicílios, induz, sem dúvida, a um significativo número de casos de traumas infantis não acidentais, impondo que a suspeita de maus-tratos (MT) esteja presente no rol de hipóteses diagnósticas da equipe de saúde. Como esses MT tendem a ser recorrentes, urge diagnosticá-los precocemente, antes que se repitam e conduzam, eventualmente, a lesões sem possibilidade de regressão e até mesmo ao óbito de uma criança.

Em casos específicos, devem chamar atenção para eventual trauma intencional os seguintes aspectos¹⁻³:

- Período prolongado entre o aludido acidente e a procura do socorro médico.
- História inconsistente ou não condizente com os achados físicos.
- Idade inferior a 5 anos (acima de 80% dos casos de morte ocorrem nesse grupo de pacientes).
- Presença de lesões múltiplas, em vários órgãos ou em diferentes estágios de cicatrização/consolidação ou, ainda, inconsistentes com o grau de desenvolvimento da criança.
- Existência de traumas que raramente ocorrem de maneira não intencional: lesões superficiais no dorso, fraturas metafisárias etc.

Os traumas abdominais exibem características especiais no que tange às lesões intencionais pois, embora ocupem somente o quarto lugar de prevalência entre os casos de MT (4% das ocorrências), a mortalidade a eles associada chega a 45%,

constituindo a segunda causa mais frequente de morte associada às lesões intencionais^{3,4}. Ademais, a causa mais frequente de trauma abdominal fechado (TAF) em crianças com menos de 2 anos é a violência intencional³.

Uma característica importante do TAF associado a MT é a frequência maior de lesões pancreáticas e de vísceras ocas em relação às de outras causas. A propósito, o trauma duodenal (perfuração ou hematoma) em paciente com menos de 4 anos de idade é considerado altamente sugestivo de MT⁵.

Nesse contexto, e dada a importância do diagnóstico precoce, é imprescindível a consulta com o cirurgião pediátrico, como já ocorre nos traumas em geral⁶. É imperioso que se faça o quanto antes a identificação dos casos de MT a fim de cessar o mais rapidamente possível o sofrimento da criança e evitar a possibilidade de um evento fatal.

Nesse aspecto, é necessário ressaltar ainda que, dada a característica de lesões multissistêmicas provocadas por MT, a avaliação nos casos suspeitos de trauma não acidental deve incluir obrigatoriamente tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome, acrescentando-se radiografia de esqueleto nas seguintes circunstâncias⁶ (ver Capítulos 5 e 13H):

- Pacientes < 6 meses com contusões ou ferimentos.
- Crianças < 12 meses com lesão em áreas suspeitas (face, pescoço etc.) ou qualquer fratura.
- Crianças com idade entre 12 e 24 meses com fraturas suspeitas (metáfises, costelas).
- Pacientes com < 2 anos com suspeita de abuso.

É, portanto, necessário que todos os envolvidos no atendimento de crianças traumatizadas estejam alertas quanto à possibilidade de ocorrência de maus-tratos.

Referências

1. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e na adolescência. In: Campos Jr. D, Burns DAR, Lopez FA. Tratado de pediatria. 3ª ed. Barueri: Manole; 2014. p. 149-57.
2. Louwers ECFM, Korfage ID, Affourtit MJ, Ruige M, Elzen APM, Koning HJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl.* 2014;38(7):1275-81.
3. Kim PT, Falcone RA. Nonaccidental trauma in pediatric trauma. *Surg Clin North Am.* 2017;97(1):21-33.
4. Lane WG, Dubowitz H, Langenberg P, Dischinger P. Epidemiology of abusive abdominal trauma hospitalizations in United States children. *Child Abuse Negl.* 2012;36(2):142-8.
5. Gaines BA, Shultz BS, Morrison K, Ford HR. Duodenal injuries in children: beware of child abuse. *J Pediatr Surg.* 2004;39(4):600-2.
6. Larimer EL, Fallon SC, Westfall J, Frost M, Wesson DE, Naik-Mathuria BJ. The importance of surgeon involvement in the evaluation of non-accidental trauma patients. *J Pediatr Surg.* 2013;48(6):1357-62.

Capítulo 13B. Alertas dos especialistas: dermatologia

Silmara C. P. Cestari

A pele é o primeiro órgão a ser atingido e o mais frequentemente afetado nos casos de violência. Cerca de 90% das vítimas de abuso físico durante a infância e adolescência apresentam lesões cutâneas no exame clínico¹⁻³. As lesões de pele mais comumente encontradas são: lacerações, abrasões, cortes e perfurações, equimoses e hematomas, queimaduras, alopecias, marcas de mordidas ou cicatrizes.

As formas das lesões podem lembrar o objeto ou instrumento da agressão, como cinto, sola de sapato, ferro de passar, ponta de cigarro, arcada dentária. Lesões circulares no pescoço sugerem tentativa de enforcamento, e as de punho e tornozelo, de amarras.

Queimaduras envolvendo a mão ou o pé, como luva ou meia, todo o braço ou a região de períneo e nádegas sugerem imersão ou escaldadura. Queimaduras por cigarro são comuns e caracterizam-se por lesões medindo de 7 a 10 mm de diâmetro, bem delimitadas, com cratera central e que regridem, formando cicatriz arredondada, mais profunda na região central.

Hematomas ou equimoses em várias partes do corpo, com diferentes colorações, alertam para a síndrome da criança espancada, descrita por Kempe e colaboradores em 1962^{4,5}. Equimoses, hematomas, queimaduras e alopecias devem ser diferenciadas de lesões acidentais não intencionais e dermatoses, que podem ser confundidas com violência física (Quadro 13B.1).

Quadro 13B.1 Diferenças entre lesões acidentais, intencionais e dermatoses

Lesões cutâneas	Não intencionais (“acidentais”)	Maus-tratos	Dermatoses
<p>Equimoses e hematomas</p>	<p>Crianças > 1 ano.</p> <p>Lesões em pequeno número e tamanho.</p> <p>Locais: joelhos, face anterior da tíbia e proeminências ósseas.</p>	<p>Crianças < 1 ano.</p> <p>Várias lesões, lesões extensas em diferentes estágios de evolução.</p> <p>Formas específicas, reproduzindo formato do objeto utilizado na agressão.</p> <p>Local: regiões medial e posterior de braços e coxas, mãos, orelhas, pescoço, abdome*, genitália e regiões glúteas.</p>	<p>Mancha mongólica, coagulopatias, vasculites, colagenopatias, hemangioma, neuroblastoma, eritema perineal em crianças que usam fraldas, eritema polimorfo.</p>

<p>Queimaduras</p>	<p>Crianças > 3 anos.</p> <p>Lesões superficiais, mal delimitadas, únicas ou em pequeno número.</p> <p>Locais: tronco, cabeça e membros superiores.</p>	<p>Crianças < 3 anos.</p> <p>Lesões mais profundas, bem delimitadas, geralmente múltiplas, que identificam o objeto agressor.</p> <p>Local: face, mãos, pescoço, pernas, pés, períneo e região glútea.</p>	<p>Dermatite das fraldas, epidermólise bolhosa, síndrome de Stevens-Johnson, eritema pigmentar fixo.</p>
<p>Alopecia (perda de cabelos)</p>	<p>Consequente a traumatismos.</p>	<p>Por arrancamento dos cabelos.</p> <p>Áreas de contornos irregulares.</p> <p>Acompanham petéquias, edema do couro cabeludo, hematomas.</p>	<p><i>Tinea capitis</i>, tricotilomania, alopecia areata.</p>

* Equimoses e hematomas no abdome indicam forte impacto, e lesões internas devem ser investigadas⁶.

Os diagnósticos diferenciais se tornam mais importantes nos casos de abuso sexual. O exame físico da região genital pode mostrar eritema, equimoses, escoriações e lacerações. Diante da suspeita de abuso sexual, é preciso recordar que algumas afecções dermatológicas podem causar eritema, ulcerações, friabilidade ou sangramento na região genital⁷. Algumas

dermatoses, quando ocorrem nessa região, como o condiloma acuminado (verruga genital), devem levantar a suspeita de abuso sexual, que deve ser sempre considerado, ainda que a infecção por outros meios seja frequente.

Até os dois anos de idade é possível o surgimento de lesões causadas pelo HPV por transmissão vertical, embora, nesses casos, elas geralmente ocorram em qualquer mucosa, especialmente nas periorificiais, como pálpebras, mucosa oral e região genital. Após essa faixa etária, aumenta a possibilidade de que o abuso seja a causa de condiloma acuminado^{8,9}. Trauma genital ou doença sexualmente transmissível na criança (sífilis, infecção pelo HIV, gonococcia e infecção por *Chlamydia*), excluídas a transmissão por transfusão sanguínea nas duas primeiras e a transmissão pelo canal do parto nas duas últimas, são fortemente sugestivas de abuso sexual. A pesquisa pericial positiva e o achado de sêmen ou esperma na região genital confirmam contato sexual¹⁰, embora a ausência destes não invalide o diagnóstico.

O diagnóstico de maus-tratos na infância e adolescência depende principalmente da capacidade do médico para considerar o quadro clínico suspeito. Porém a exclusão de doenças dermatológicas deve preceder a denúncia às autoridades judiciais.

Referências

1. Mudd SS, Findlay JS. The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(3):123-9.
2. Saade DN, Simon HK, Greenwald M. Abused children: missed opportunities for recognition in the ED. *Acad Emerg Med*. 2002;9(5):524.
3. Lyden C. Caring of the victim of child abuse in the pediatric intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs*. 2009;28(2):61-6.

4. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
5. Kos L, Shwayder T. Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatr Dermatol*. 2006;23(4):311-20.
6. Wood J, Rubin DM, Nance ML, Chirstian CW. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma*. 2005;59(5):1203-8.
7. Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am*. 1990;37(4):791-814.
8. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(3):371-92.
9. Kearney CA, Wechsler A, Kaur H, Lemos-Miller A. Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(1):46-76.
10. Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):527-36.

Capítulo 13C. Alertas dos especialistas: hematologia

*Roberto Augusto Plaza Teixeira
Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira*

A presença em bebês ou crianças de equimoses e hematomas, associados ou não a outros tipos de sangramento, sempre levantam a suspeita de violência física, em contraponto à possibilidade de os pacientes serem portadores de distúrbios de coagulação¹.

Até prova em contrário, porém, a constatação de equimoses em um bebê ou criança deve levar o médico, particularmente o plantonista e o pediatra, a suspeitar de que se trata de vítima de violência física doméstica, hipótese muito negligenciada, posto que, obviamente, o médico costuma acreditar que os pais são sempre os protetores de seus filhos, quando em tais casos são os principais e mais frequentes agressores^{2,3}.

As lesões externas mais comuns apresentadas pelo bebê ou pela criança espancada são equimoses múltiplas e de cores distintas (espectro equimótico), indicando que resultaram de agressões repetidas, causadas em datas diferentes, associadas ou não a lesões “esquisitas” (queimaduras bem delimitadas em formato de luva ou meia, avulsões de dentes, “olho roxo”, lesões reprodutivas do instrumento lesivo etc.); e fraturas em diferentes graus de consolidação, observadas nas radiografias de corpo inteiro, que sempre deverão ser solicitadas nos casos suspeitos, conforme enfatizado por Teixeira e colaboradores^{3,4}.

Por razões óbvias, considere-se que o bebê é uma vítima incapaz de entender a razão da agressão, de se defender, de escapar e de denunciar, daí a crucial responsabilidade médica envolvida. Tais casos devem ser comunicados à autoridade policial com as inerentes implicações de responsabilidade para a pessoa

agressora, que precisa ser afastada da criança – pois *a próxima agressão pode ser fatal e aquele exame médico pode ter sido sua última chance de sobrevivência*^{3,4}.

Assim, na ausência de distúrbio hematológico que justifique tais equimoses e hematomas, ainda mais se houver explicações contraditórias ou não convincentes de quem cuida da criança, a possibilidade de espancamento deve ser seriamente considerada, sendo, porém, indispensável efetuar o diagnóstico diferencial com sangramentos decorrentes de doenças hematológicas. As características e a localização de equimoses e hematomas no diagnóstico diferencial entre diátese hemorrágica (menos suspeitas) e as causadas por agressão (mais suspeitas) estão resumidas no Quadro 13C.1^{1,5}.

Quadro 13C.1 Características de lesões na suspeita de violência

Características menos suspeitas	Características mais suspeitas
Localização	Localização – áreas protegidas ou cobertas do corpo
Fronte, abaixo do queixo, cotovelos, antebraços, pernas, tornozelos.	Pescoço, lateral do tronco, parte interna dos membros, genitália, nádegas e membros (braços e coxas) – embora nos espancamentos possam estar em qualquer localização.

Padrão	Padrão
Hematomas de mesma cor e diferentes tamanhos, principalmente associados a outros sinais de sangramento, como petéquias espalhadas pelo corpo ou grandes hematomas, principalmente nos joelhos e tornozelos.	Equimoses e hematomas de diferentes cores, demonstrando fases distintas de agressão (espectro equimótico). Lesões “esquisitas” (olho roxo, marcas de mordida, bofetada, marca de objetos usados na agressão, como se fosse um carimbo).

Fonte: adaptado de Jackson et al. ⁵.

Na presença de hemorragias intracranianas, exceto em casos nos quais comprovadamente houve trauma acidental, a possibilidade de violência deve ser sempre considerada, pois pequenas quedas (as sempre alegadas “quedas do berço”) não costumam causar traumatismos cranioencefálicos de tal gravidade. A atenção médica deve estar voltada a casos de hemorragia intracraniana, particularmente em prematuros, quando associada ao parto e a certas condições médicas, pois 12% dos bebês portadores de distúrbio de coagulação podem apresentar sangramento em qualquer parte do sistema nervoso central. Portanto, nesses casos, a história clínica detalhada, associada à investigação de distúrbios de coagulação, é fundamental para confirmar ou afastar a possibilidade de violência contra a criança^{1,5}.

O diagnóstico diferencial com quadros hematológicos que podem acarretar sangramentos capazes de mimetizar quadros de violência deve considerar antecedentes familiares de distúrbio hereditário de coagulação, uso de medicamento capaz de causar plaquetopenia, histórico de sangramentos progressos, como sangramento exagerado no coto umbilical durante ou pós-circuncisão ou em outros atos cirúrgicos, extrações dentárias etc.^{1,5}.

As doenças hematológicas que devem ser consideradas como possíveis causadoras de sangramento encontram-se no Quadro 13C.2.

Quadro 13C.2 Diagnósticos diferenciais entre doenças hematológicas e violência

- Púrpura trombocitopênica imunológica (atualmente denominada trombocitopenia imune primária*)
- Defeitos hereditários de fatores de coagulação (hemofilias e Doença de von Willebrand) do fibrinogênio (hipofibrinogenemia)
- Deficiências hereditárias de fatores de coagulação (V, VII, X, XI e XIII)
- Plaquetopenias hereditárias (síndrome de Bernard-Soulier)
- Plaquetopatias hereditárias (tromboastenia de Glanzmann)

* É importante salientar que a trombocitopenia imune primária (principalmente quando a contagem plaquetária for inferior a 20 mil/mm³) é o principal diagnóstico diferencial hematológico a ser considerado com a síndrome do bebê espancado (Sibe), com a qual não deve ser confundida, pois poderia acarretar, injustamente, constrangimento e problemas sérios para os pais da criança⁶.

Para a avaliação laboratorial e o diagnóstico de distúrbios de coagulação, solicitar inicialmente:

- Hemograma; atenção para a contagem plaquetária.
- Tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA).

De acordo com os resultados dos exames de triagem supracitados e se a história clínica e os sintomas e sinais sugerirem distúrbios hereditários de coagulação, deverão ser solicitadas dosagens de:

- Fatores de coagulação: VIII (hemofilia A) e IX (hemofilia B).

- Cofator de ristocitina e do antígeno de von Willebrand (Doença de von Willebrand).
- Curva de agregação plaquetária com adrenalina, ADP, ristocitina e colágeno (plaquetopatias)⁵.

Nos casos de hemorragia intracraniana e de dúvida sobre a possibilidade de violência, feitos os exames de fundo de olho e imagem, solicitar os exames supracitados e acrescentar dosagens de fibrinogênio e Dímero D^{1,5}. Na suspeita de coagulopatias ainda mais raras, solicitar exames séricos específicos direcionados para a possibilidade diagnóstica aventada^{1,5}.

Finalmente, não esquecer a possibilidade – rara – de uma criança portadora de doença sanguínea grave (como hemofilia) ser rejeitada por pais irresponsáveis e perversos, passando a ser também vítima de agressões. Daí a importância do histórico e exame físico minuciosos, sempre complementados por exames laboratoriais hematológicos e de imagem do corpo inteiro. É importante também atentar à eventualidade da associação de outras formas de agressão ao bebê ou à criança, como: negligência, síndrome do bebê sacudido, abuso químico, abuso sexual e síndrome de Munchausen por procuração^{3,4,6,7}.

Referências

1. James D, Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC. Evaluation for bleeding disorders in suspect child abuse. *Pediatrics*. 2013;131: e1314-22.
2. Kaczor K, Pierce MC, Makoroff MD, Corey TS. Bruising and physical child abuse. *Clin Ped Emerg Med*. 2006;7:153-60.
3. Teixeira WRG, Teixeira CMP, Arias HS, Mori SS, Morrone Jr Z, Queiroz SM. Síndrome do bebê espancado. *Rev Paul Med*. 1984;102:237-43.
4. Teixeira WRG. Manual de medicina legal: um vademecum da especialidade. Mogi das Cruzes: Jet Cópias; 2009. p. 248-51, 453-65. Vol. 1 e 2.

5. Jackson J, Carpenter S, Anderst J. Challenges in the evaluation for possible abuse: presentations of congenital bleeding disorders in childhood. *Child Abuse Negl.* 2012;36:127-34.
6. Kuehen NM. AAP: Consider blood disorders as well as abuse as cause of bleeding in children. *JAMA.* 2013;309(17):1762.
7. DiMaio DJ, DiMaio VJM. "Gentle" homicides and the lethal variant of Münchhausen's syndrome by proxy. In: *Forensic pathology.* New York: Elsevier; 1989. p. 315-20.

Capítulo 13D. Alertas dos especialistas: odontopediatria

Ana Maria Peixoto Guimarães de Araújo

Cristina Giovannetti del Conte

Sylvia Lavínia Martini Ferreira

A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade dolorosa, que contribui com altas taxas de mortalidade e morbidade¹⁻³. O médico pediatra e o cirurgião-dentista, em especial o odontopediatra, podem diagnosticar e notificar situações de maus-tratos, visto que grande parte das lesões ocorre na cabeça e no pescoço^{2,4-6}. Em geral, um dos principais sinais para crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos é a alteração de comportamento.

Assim, frequentemente podemos observar que crianças ou adolescentes vítimas de maus-tratos, mesmo não apresentando sinais físicos, podem exibir múltiplas evidências menores, relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso⁷.

O diagnóstico de maus-tratos é bastante complexo, dado que em geral a vítima não é capaz de informar sua condição, pois sente-se amedrontada, indefesa e muitas vezes ameaçada pelo agressor.

O exame começa quando a criança ou adolescente entra no consultório⁸. Neste momento é necessário estar atento para perceber qualquer atitude suspeita. Observar a aparência geral da criança, sua compleição física, estatura, marcha, sua interação com os pais, como está vestida, analisando e observando qualquer indício que fuja da normalidade.

A anamnese deve ser realizada com o responsável, confrontando os dados levantados com o comportamento do

menor e outras evidências físicas de lesão. Avaliar se aquela lesão está de acordo com a história relatada, se não existem contradições nas informações dadas pelos pais e qual a postura da família diante do problema^{2,8}.

É importante estar atento também a ferimentos que envolvam outras partes do corpo próximas à boca, como olhos, nariz e orelhas^{8,9}. Muitas vezes, em uma simples conversa, o profissional pode conseguir alguns dados da própria criança ou adolescente⁸.

A negligência é definida como descuido, abandono e omissão dos pais ou responsáveis em prover as necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento normal da criança ou do adolescente, e engloba a negligência nutricional, dentária, física, além da segurança. Quando há diagnóstico de lesão de cárie, doença periodontal ou trauma dentário e os pais não procuram atendimento para essas condições, considera-se negligência^{3,9,10}.

Os ferimentos orofaciais que devem ser considerados suspeitos de intencionais incluem trauma, queimaduras e lacerações dos tecidos duros e moles^{3,6,7,10}.

A criança que sofreu maus-tratos geralmente se sente desamparada e apresenta dificuldade em confiar nos adultos. A abordagem do profissional de saúde com esta criança deve demonstrar preocupação em ajudá-la, devendo compreender suas angústias, frustrações e medos, iniciando um vínculo de confiança. O profissional deve estar atento e analisar se as explicações dadas ao fato têm fundamento, assim como observar se as lesões costumam ser frequentes.

No ambiente odontológico:

- Para se resguardar legalmente, é necessário elaborar um exame completo, anotando no prontuário a descrição precisa da lesão.

- É importante documentar as lesões por meio de fotografias e radiografias. Ao fotografar as lesões, deve-se posicionar uma régua milimétrica ao lado delas para melhor documentar e determinar o tamanho da lesão.
- Fechado o diagnóstico, mesmo em se tratando de suspeita, notifique o Conselho Tutelar de seu município para fazer a denúncia^{3,10}.

No Quadro 13D.1 estão descritas as lesões suspeitas de violência, assim como seus mecanismos.

Quadro 13D.1 Lesões mais frequentes em cavidade oral e face decorrentes de maus-tratos	
Agressão física intraoral	Contusões e lacerações de lábios, língua, mucosa bucal, gengiva, freio labial e lingual.
Agressão física	Dentes fraturados, fraturas faciais; perda de dentes (avulsão); luxação dentária.
Agressão física – amordaçamento	Escaras e machucados na comissura labial.
Agressão física – mordidas	Marcas de mordidas associadas a equimoses, laceração e abrasão.
Agressão com alimentos ou objetos quentes	Queimaduras na gengiva, língua, palato e mucosas.
Agressão forçando a boca aberta e introdução de uma colher, alimento ou mesmo líquido	Marcas no rosto, por ter sido preso pelas bochechas e/ou ter sido forçado a comer, pavor e medo de se alimentar.
Estrangulamento	Lesões circulares em pescoço.
Socos ou bofetadas	Equimoses em bochechas, perfuração timpânica, deficiência auditiva.
Abuso sexual (por sexo oral)	Petéquias e eritemas em palato duro e mole.
Abuso sexual	Infecções na boca como: sífilis, herpes tipo II, gonorreia, condiloma acuminado.

Fontes: Cavalcanti², Guare et al.³, Cavalcanti¹¹.

O odontopediatra tem papel fundamental na identificação dessas lesões, inclusive de negligência aos cuidados básicos de higiene e alimentação de que o menor necessita¹². Desse modo, pode contribuir na redução do impacto que essas situações de violência podem causar no desenvolvimento físico, emocional e social da criança vítima de maus-tratos.

Referências

1. Bohner LOL, Bohner TOL, Canto G de L. Maus tratos na infância e na adolescência: Protocolo de Atendimento no consultório odontológico. *Rev Elet em Gestão, Educação e Tecnol Ambiental*. 2012;6(6):1239-43.
2. Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. *Pediatr Mod* 2002 set. [citado em 2017 nov. 4];38(9):421-6. Disponível em: bit.ly/2BI4AgO
3. Guare RO, Sant'Anna GR, Beber AJ, Correa MSNP. Maus-tratos em crianças. In: Correa MSNP. *Conduta clínica e psicológica na odontopediatria*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2013. p. 485-96.
4. Tsang A, Sweet D. Detecting child abuse and neglect: are dentists doing enough? *J Can Dent Assoc*. 1999;65:387-91.
5. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. *Rev Odonto Ciência*. 2008;23(1):35-9.
6. Cavalcanti AL, Martins VM, Lucena RN, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. *Arq Catarin Med*. 2008 [citado em 2017 jun. 20];37(30):27-33. Disponível em: bit.ly/2okyRdk
7. American Academy Pediatric of Dentistry (AAPD). *Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Reference manual*. 2016-2017 [citado em 2017 nov. 4];38(6):177-80.2. Disponível em: bit.ly/2EluPCF

8. Losso EM, Dalledone M, Duda JG, Bertoli FMP, Plizzatto E, Correr GM, et al. Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Curitiba: Universidade Positivo; 2015.
9. Sales-Peres A, Silva RHA, Lopes-Junior C, Maciel SP. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontologia Clin Cientif.* 2008;7(3):185-9.
10. Massoni ACLT. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Cien Saude Colet.* 2010 mar [citado em 2017 nov. 4];15(2):403-10. Disponível em: bit.ly/2ogHKpa
11. Cavalcanti AL. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. *Cienc Saude Colet.* 2009;14(5):1835-42.
12. Santos JF, Nunes KS, Cavalcanti, AL, Silva EC. Maus-tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. *Pesq Bras Odontop Clin Integr.* 2006;3:273-9.

Capítulo 13E. Alertas dos especialistas: oftalmologia

Rosa Maria Graziano

Deve-se suspeitar de maus-tratos quando os achados dos exames não são compatíveis com a informação da família e se existirem evidências de traumas anteriores¹⁻⁷.

Exame oftalmológico

A acuidade visual, defeitos em reflexos fotomotores e a presença de estrabismo ou nistagmo dependem das lesões encontradas no olho e em pares cranianos^{6,7}.

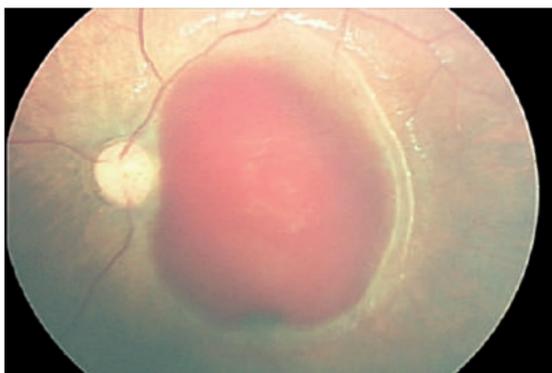
De acordo com o tipo de trauma, pode-se encontrar:

- Trauma direto: ao olho, pálpebras e órbita, conseqüente a ferimento perfurante e queimadura. Outros achados incluem: hifema (sangue na câmara anterior), hemorragia vítrea, catarata traumática, hemorragias retinianas, descolamento de retina (DR) e rasgos retinianos.

A rápida aceleração e desaceleração da cabeça de crianças pequenas causa, além de contusão cerebral, DR, rotura de retina e de vasos retinianos, em virtude de algumas particularidades das crianças, como adesões vitreoretinianas mais fortes, pobre controle muscular da cabeça e cabeça relativamente maior e mais pesada que o tronco^{6,7}.

- Neurotrauma infantil infligido (NTI): ocorre geralmente em crianças com menos de um ano de vida e raramente nos maiores de três anos de idade. Caracteriza-se pela tríade hematoma subdural, edema cerebral e hemorragias retinianas, com ou sem lesão externa evidente (Figura 13E.1).

Figura 13E.1 Hemorragia pré-retiniana em criança com NTI



- Hemorragias: a presença de hemorragias conjuntivais e retinianas em chama de vela, redondas ou com centro branco não são patognomônicas, mas altamente sugestivas de NTI. A presença de hemorragia retiniana (HR) em quadro de trauma craniano pode estar relacionada ao abuso em 74 a 91% dos casos^{6,7}.
- Pregas retinianas, retinosquise e hemorragia vítrea: são alterações intraoculares com alta correlação com o trauma intencional. Edema de nervo óptico, hemorragia em órbita e bainha do nervo óptico e paralisia dos III, IV e VI pares cranianos são menos frequentes^{6,7}.

Diagnósticos diferenciais

As principais situações que devem ser diferenciadas dos eventos intencionais (agressões) e podem causar lesões oculares e intraoculares são: trauma acidental, distúrbios de coagulação, meningites, sepse, erros inatos do metabolismo, ingestão acidental de substâncias tóxicas, traumatismo de parto, manobras de ressuscitação, osteomielite, osteogênese imperfeita e sífilis congênita, entre outras doenças⁵⁻⁷.

Medidas terapêuticas

O profissional de saúde deve concentrar-se na avaliação clínica da criança e no tratamento clínico/cirúrgico quando for necessário; de acordo com as lesões detectadas, suspeitar de sua causa provável, preservar sua integridade e protegê-la da ocorrência de novos eventos, que podem ser fatais.

Referências

1. 1. Graziano RM. Trauma ocular. In: Waksman RD, Gikas RMC, Blank D, organizadores. Crianças e adolescentes em segurança 1ª ed. Barueri: Manole; 2014. Seção 6; p. 403-6.
2. 2. Paiva C, Zaher VC. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. Saúde, Ética & Justiça. 2012 [citado em 2017 jul. 25];17(1):12-20. Disponível em: bit.ly/2sI50kD
3. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
4. 4. World Health Organization (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Genebra: WHO; 1996 (Document WHO/EHA/SPI. POA.2).
5. 5. Azevedo MA, Guerra VNA. Quadro-síntese de violência doméstica notificada. Laci/Ipusp [citado em 2017 nov. 4]. Disponível em: bit.ly/2Ccun1K
6. 6. Taylor D. Child abuse, nonaccidental injury, and the eye. In: Taylor D, Hoyt C. Pediatric ophthalmology and strabismus. 3ª ed. Nova York: Elsevier; 2005.
7. 7. Watts P. Child maltreatment, abusive head injury and the eye. In: Taylor D, Hoyt C. Pediatric ophthalmology and strabismus. 4ª ed. Nova York: Elsevier; 2013.

Vídeos sugeridos

- Não sacuda seu bebê (síndrome do bebê sacudido) – <https://youtu.be/o0vASBX8CQ0>
- Negligência e maus-tratos – <https://youtu.be/8CcrSv-xgrU>

Capítulo 13F. Alertas dos especialistas: ortopedia

Alexandre Francisco de Lourenço

É quase imediata a associação do termo "maus-tratos" com trauma e lesões físicas, porém engloba vários outros aspectos que vão muito além do alcance do médico ortopedista ou de qualquer outro especialista isoladamente^{1,2}.

Frequentemente o médico que está em um pronto atendimento, como o ortopedista, deveria ser o primeiro a suspeitar de maus-tratos e precisa sempre estar atento, porque tem papel central em fazer o diagnóstico, o tratamento e a prevenção. Para isso, é fundamental fazer uma anamnese detalhada, a fim de averiguar se as lesões apresentadas pela criança são compatíveis com a história contada pelo acompanhante.

Além disso, deve-se prestar atenção em alguns aspectos das lesões causadas por traumas não acidentais. Alguns sinais gerais encontram-se descritos no Quadro 13F.1.

Quadro 13F.1 Sinais gerais de maus-tratos

- Lesões incompatíveis com idade ou desenvolvimento neuropsicomotor.
- Lesões incompatíveis com o "acidente" descrito.
- Lesões em várias partes do corpo.
- Lesões de partes cobertas do corpo.
- Lesões em estágios diferentes de cura.
- Histórico de acidentes frequentes.
- Atraso entre "acidente" e procura por tratamento.

O exame físico deve ser minucioso e detalhado, procurando-se ferimentos que possam sugerir o abuso infantil. A criança pode estar sendo examinada por uma fratura às vezes simples, mas, diante de uma história inconsistente ou algum outro aspecto sugestivo de maus-tratos, o ortopedista deve procurar outras lesões, principalmente queimaduras e hematomas e, para isso, é melhor despir toda a criança e avaliar atentamente sua integridade física. Pensando nas lesões contusas, deve-se suspeitar principalmente quando ocorrem em bochechas, pescoço, braços, mãos, genitais, coxas e pés. Quanto às queimaduras, estão presentes em aproximadamente 20% dos casos de maus-tratos e ocorrem em sua maioria em menores de três anos, sendo os locais mais frequentes: cabeça, mãos, genitais e membros inferiores³.

Fraturas

Nos casos de maus-tratos físicos, as fraturas são muito comuns. Portanto, deve-se ter um alto grau de suspeição no atendimento a crianças com fraturas ou lesões de pele pouco explicadas pelo mecanismo de trauma. Por outro lado, ao contrário do que se acredita, não existe uma fratura que seja patognomônica de maus-tratos em crianças.

Algumas fraturas são altamente sugestivas de maus-tratos, como a de fêmur isolada, principalmente quando em crianças que ainda não andam, já que até 70% das fraturas nessa situação estão relacionadas ao abuso infantil^{4,5}.

O descolamento epifisário distal do úmero, muitas vezes de difícil diagnóstico em crianças menores, é outro tipo de fratura muito frequentemente associado a maus-tratos.

É frequente a presença de mais de um osso fraturado, assim como fraturas em diferentes estágios de consolidação.

Alguns outros tipos de fraturas, altamente suspeitas de abuso, encontram-se no Quadro 13F.2.

Quadro 13F.2 Fraturas altamente suspeitas de abuso

- Metafisárias.
- Região posterior das costelas.
- Escapulares.
- De processos espinhosos.
- Esterno.
- Não compatíveis com desenvolvimento motor:
 - Metafisárias por “arrancamento”.
 - Espirales em diáfises (por torção e rotação forçada), em úmero e fêmur (em crianças que ainda não andam).
- Múltiplas, bilaterais, em diferentes estágios de consolidação.
- Em costelas posteriores e escapulares.
- De crânio:
 - Múltiplas, complexas, occipital ou parietal posterior.
- Metacarpais e metatarsais (geralmente acompanhadas de outras fraturas, ocorrem quando adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças).
- Outras lesões esqueléticas:
 - Fraturas de costelas e ossos do nariz.
 - Fraturas múltiplas e em diferentes fases de cicatrização nos ossos longos.
 - Fraturas de crânio com ou sem hematoma extradural.
 - Calcificação de hematomas periostais e hipertrofia óssea, resultante do crescimento desordenado ou da reabsorção inadequada de sucessivos calos ósseos.

Na presença de fratura ou suspeita de fraturas ocultas associadas a maus-tratos, é recomendável a radiografia de todo o esqueleto em crianças menores de dois anos e naquelas impossibilitadas de se comunicar, embora não exista consenso sobre isso. Para alguns

autores, seria melhor a radiografia apenas da parte suspeita, enquanto para outros seria recomendável a associação com cintilografia óssea^{6,7}.

Diagnóstico diferencial

As principais condições relacionadas ao diagnóstico diferencial com violência estão listadas no Quadro 13F.3.

Quadro 13F.3 Principais diagnósticos diferenciais

- Osteogênese imperfeita.
- Raquitismo.
- Leucemias.
- Tumores.
- Osteomielite.
- Insensibilidade congênita à dor.

Referências

1. Caffey J. The classic: multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(3):755-8.
2. Forlin E. Maus-tratos na infância e adolescência. Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia (Proato). Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2004.
3. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. Arch Dis Child. 2005;90(2):182-6.
4. Coffey C, Haley K, Hayes J, Groner JI. The risk of child abuse in infants and toddlers with lower extremity injuries. J Pediatr Surg. 2005;40(1):120-3.

5. Terra BB, Figueiredo EA, Lima Terra MPEO, Andreoli CV, Ejnisman B. Maus tratos infantis. Revisão da literatura. Rev Bras Ortop. 2013;48(1):11-6.
6. Bajaj M, Offiah AC. Imaging in suspected child abuse: necessity or radiation hazard? Arch Dis Child. 2015;110(12):1163-8.
7. Bainbridge JK, Huey BM, Harrison SK. Should bone scintigraphy be used as a routine adjunct to skeletal survey in the imaging of non-accidental injury? A 10-year review of reports in a single centre. Clin Radiol. 2015;70(8):e83-9.

Capítulo 13G. Alertas dos especialistas: otorrinolaringologia

Renata C. di Francesco

A violência contra a criança é frequentemente sub-reconhecida na maioria dos serviços de saúde, uma vez que, em geral, apenas 10% dos casos são identificados¹.

As lesões otorrinolaringológicas são muito frequentes: 49% de lesões na cabeça e pescoço²; face e couro cabeludo são sítios constantes: 25% decorrentes de tapas ou lesões com objetos, seguidas por lesões no pescoço em 16%, orelhas em 6% e nariz em 5%. Estas estavam associadas a equimoses (62%) e abrasões (15%).

Os médicos precisam estar permanentemente atentos e vigilantes e, sempre que surgir a suspeita de abuso, tomar medidas de proteção da criança, para evitar a repetição ou escalada dos maus-tratos³.

A seguir estão descritas as principais lesões otorrinolaringológicas conseqüentes ao abuso, ou de doenças fabricadas ou induzidas, assim como seus principais sinais e sintomas.

Lesões faríngeas

São as mais comuns em crianças menores de um ano de idade e geralmente estão associadas a outras lesões corporais⁴.

As perfurações faríngeas são pouco frequentes em crianças, exceto em situações acidentais, que podem ocorrer pela perfuração traumática por um corpo estranho – por exemplo, ao cair escovando os dentes, com lápis ou outro material pontiagudo na boca, ao deglutir pequenos pedaços de vidro (ao morder um

copo). Essas lesões ocorrem em crianças que já andam ou que pelo menos ficam em pé; quando em bebês, deve-se suspeitar de maus-tratos.

Os sintomas da lesão faríngea não aparecem logo em seguida ao trauma, geralmente apresentando uma história de pelo menos 24 horas⁵. Disfagia é o sintoma mais comum, e outros sintomas incluem sialorreia, desconforto respiratório, hemoptise, hematêmese, edema do pescoço e febre⁶. O Quadro 13G.1 resume as principais lesões faríngeas e seus mecanismos de trauma⁴.

Quadro 13G.1 Lesões faríngeas e mecanismos de trauma		
Apresentação	Lesão	Mecanismo do trauma
Edema do pescoço/ voz empastada.	Lesão faríngea e subcutânea.	Introdução de dedos ou utensílios perfurocortantes.
Sangramento oral e desconforto respiratório.	Laceração da mucosa faríngea.	Utensílios perfurocortantes.
Disfagia/sialorreia.	Laceração da mucosa faríngea.	Introdução de dedos, corpos estranhos ou materiais perfurocortantes.

Lesões da boca

Lesões acidentais da boca são raras, principalmente em crianças pequenas. Nesses casos, deve-se sempre suspeitar de maus-tratos. Destacam-se lacerações da língua, gengiva, bochechas e freio lingual, geralmente ocasionadas por introduzir forçosamente utensílios de alimentação, como talheres, na boca da criança. Há descrição de hematomas sublinguais até mesmo com obstrução da via aérea.

Na presença de bolhas e eritemas, deve-se desconfiar de queimaduras.

Em casos de suspeita de violência sexual, o sexo oral forçado pode ocasionar petéquias e eritema do palato, na transição entre o palato duro e o véu palatino⁷.

Lesões auriculares

Merecem especial atenção as lesões da orelha externa, incluindo hematomas, edema ou deformidade dos pavilhões auriculares, lacerações, abrasões e petéquias, resultado de puxões de orelha, tapas e até mesmo queimaduras⁴.

Podem ocorrer perfurações traumáticas de membrana timpânica isolada, mas, em conjunto com outras lesões do pavilhão, são altamente suspeitas de maus-tratos.

Lesões acidentais de orelha em crianças pequenas são pouco comuns, por caírem mais para a frente, às vezes para trás e raramente de lado. Outra situação fortemente suspeita são as lesões bilaterais do pavilhão auricular, com ou sem perfuração da membrana timpânica, pois o trauma acidental das duas orelhas é extremamente raro⁸.

As principais lesões auriculares e seus mecanismos de trauma⁴ encontram-se no Quadro 13G.2.

Quadro 13G.2 Lesões auriculares e mecanismos de trauma		
Apresentação	Lesão	Mecanismo do trauma
Irregularidades da orelha.	Hematoma e pericondrite do pavilhão auricular.	Tapas ou puxões de orelha.

Sangramento do ouvido.	Laceração do meato acústico externo. Perfuração da membrana timpânica. Lesão da cadeia oscular.	Introdução de utensílio fino no meato acústico externo.
Hipoacusia.	Lesão da membrana timpânica. Ruptura da janela redonda.	Tapas na orelha. Introdução de utensílios.

Doença fictícia ou induzida

Esta situação também pode ser considerada violência à criança, sob a forma de síndrome de Munchausen (ver Capítulo 8). Os sintomas otorrinolaringológicos são muito comuns e crônicos, entretanto incongruentes com o exame físico, e não apresentam melhora com os tratamentos instituídos. O Quadro 13G.3 resume os principais sintomas referidos.

Quadro 13G.3 Sintomas de doença fictícia ou induzida

Rinorreia Dor facial Febre persistente	Rinossinusite crônica
Lesão oral	Aftas Reação alérgica
Surdez	Perda auditiva
Otorreia	Otites de repetição
Corpo estranho	Corpo estranho

Os médicos devem estar sempre atentos à suspeita de lesões violentas em crianças, mesmo sem uma história explícita, para pronta proteção da criança e encaminhamento a uma avaliação

mais completa, incluindo avaliações psicológica e psiquiátrica, assim como suporte social.

Referências

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
2. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
3. White ST, Voter K, Perry J. Surreptitious warfarin ingestion. *Child Abuse Negl*. 1985;9(3):349-52.
4. Rees P, AL-Hussani A, Maguire S. Child abuse and fabricated or induced illness in the ENT setting: a systematic review. *Clin Otolaryngol*. 2017;42(4):783-804.
5. Tostevin PM, Hollis LJ, Bailey CM. Pharyngeal trauma in children-accidental and otherwise. *J Laryngol Otol*. 1995;109(12):1168-75.
6. Thevasagayam MS, Siemers MD, Debelle GD, Donaldson I, Kuo MK. Paediatric hypopharyngeal perforation: child abuse until proved otherwise? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(4):665-70.
7. Mehra M, Chiesa A, Sirotnak A. Two cases of sublingual hematoma as a manifestation of child abuse. *Ear Nose Throat J*. 2015;94(12):494-5.
8. Stricker T, Lips U, Sennhauser F. Oral bleeding: child abuse alert. *J Paediatr Child Health*. 2002;38(5):528-9.

Capítulo 13H. Alertas dos especialistas: radiologia e diagnóstico por imagem

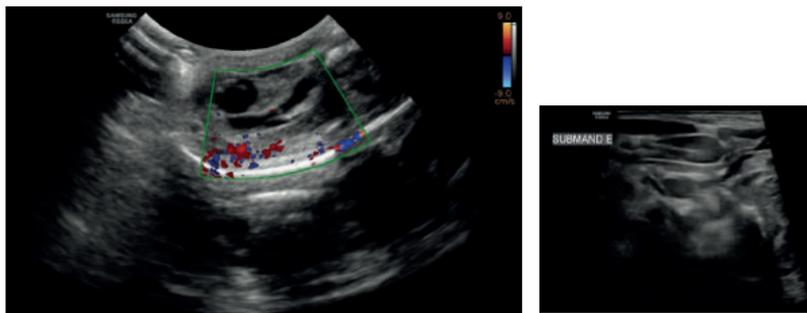
*Natália Dutra Cavalcante
Henrique M. Lederman*

Alteração encontrada na investigação diagnóstica por imagem de qualquer agravo pode ser o primeiro achado para levantar a suspeita de violência praticada contra o paciente. Por isso o conhecimento de imagens sugestivas é importante para qualquer médico que esteja diante de um caso suspeito.

Para exemplificar, apresentamos o caso clínico a seguir:

- História clínica: menina com 10 meses de idade, atendida em pronto-socorro com queixa de febre e edema na orelha esquerda há 4 meses. Procurou atendimento médico duas vezes nesse período, sendo tratada com antibióticos, porém houve retorno do quadro clínico.
- Mãe refere ter notado edema no ombro esquerdo há 4 dias, negando história de trauma.
- Antecedentes pessoais de ter sido recém-nascida pré-termo pequena para a idade gestacional (RNPT – PIG) – idade gestacional de 33 semanas.
- Exame físico: um achado relevante foi o edema em ombro esquerdo.
- Realizados os exames de imagem (Figuras 13H.1 a 13H.5).

Figura 13H.1 Ultrassonografia da região mastóidea esquerda demonstrando espessamento da pele e do tecido subcutâneo na região da orelha esquerda, destacando-se coleção anecoica, de limites mal definidos e linfonodos cervicais de aspecto reacional sugerindo processo inflamatório



Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

Figura 13H.2 Espessamento periosteal na clavícula direita e alterações no úmero esquerdo, descritas a seguir



Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

Figura 13H.3 Avulsão da epífise umeral proximal com luxação lateral da diáfise umeral esquerda, associado a calcificações heterotópicas e reação periosteal sólida, grosseira, indicando processo crônico. Fratura na topografia da tuberosidade do rádio proximal à esquerda com deslocamento do fragmento



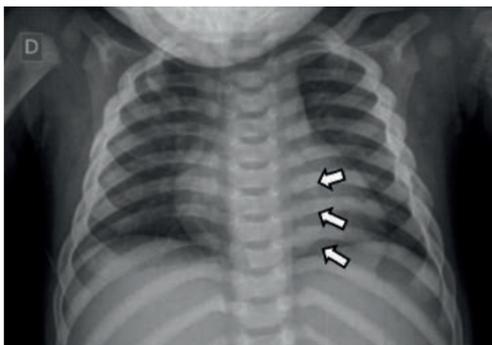
Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

As radiografias mostradas nas Figuras 13H.4 e 13H.5 mostram lesões sugestivas de terem sido causadas por ato violento, provavelmente intencional, na mesma paciente.

Figura 13H.4 A: fraturas nos quarto, quinto, sexto e sétimo arcos costais laterais à esquerda, associadas a calos ósseos nas junções costovertebrais dos sétimo, oitavo e nono arcos costais esquerdos **(B)**



(A)



(B)

Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

Figuras 13H.5 A e B: deformidade no fêmur direito com curvatura anterior do terço proximal decorrente de fratura consolidada



(A)



(B)

Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

Após avaliação clínica e radiológica, observaram-se:

- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.
- Incompatibilidade entre os dados da história e os achados clínicos.
- Omissão total da história de trauma.
- Diversas fraturas em vários estágios de consolidação.
- Fraturas em locais não habituais para a faixa etária.

Essa apresentação clínico-radiológica é compatível com maus-tratos.

Lesões esqueléticas¹⁻³

Em casos de suspeita de maus-tratos em crianças com menos de dois anos de idade ou com deficiências de comunicação, devem ser solicitadas radiografias de:

- Crânio: frente e perfil.
- Coluna cervical e toracolombar: perfil.
- Tórax e abdome.
- Oblíqua de costelas.
- Úmero, antebraço, mão, fêmur, perna e pé: AP bilateral.

Em crianças maiores, a solicitação dos exames de imagem deve ser dirigida pelo quadro clínico.

Fraturas

Algumas fraturas, uma vez detectadas, fazem suspeitar de maus-tratos:

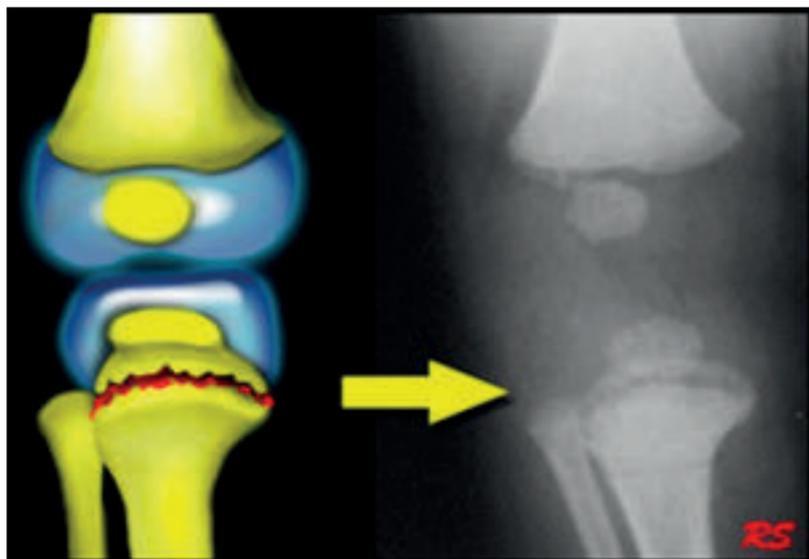
- Fraturas metafisárias em alça de balde (*bucket handle fractures* ou *metaphyseal corner fractures*) estão presentes em 39 a 50% dos casos de violência contra crianças com menos de 18 meses de idade (Figuras 13H.6 e 13H.7).

Figura 13H.6 Radiografia de tornozelo esquerdo apresentando fratura metafisária em “alça de balde” em tíbia e fíbula esquerdas



Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

Figura 13H.7 Radiografia de joelho direito apresentando fratura metafisária em “alça de balde” na tíbia proximal direita



Fonte: Robben⁴.

- Fraturas espiralares em diáfises (por torção e rotação forçada), em úmero e fêmur, em crianças que ainda não andam (Figura 13H.8).

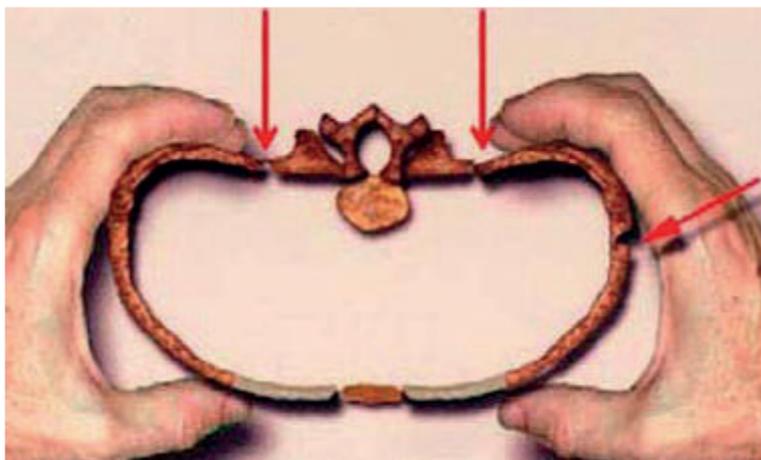
Figura 13H.8 Fratura espiral com calo ósseo exuberante, por torção do membro superior esquerdo, em menino de dois meses



Fonte: arquivo pessoal de Henrique M. Lederman.

- Fraturas de costelas: especialmente as posteriores (ver síndrome do bebê sacudido ou *shaken baby syndrome*, no Capítulo 3 – Abuso ou violência física) e as fraturas na junção costovertebral são fortemente sugestivas de maus-tratos (Figuras 13H.4, 13H.5 e 13H.9), mesmo não havendo contusões associadas.

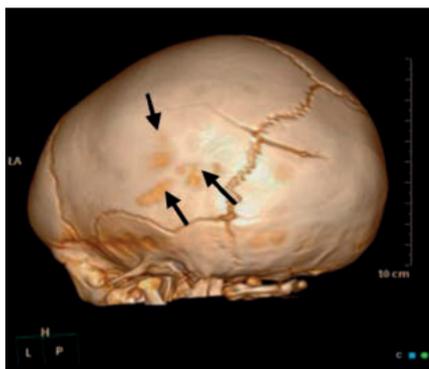
Figura 13H.9 Mecanismo de fratura dos arcos costais no abuso infantil por compressão anteroposterior da caixa torácica



Fonte: Carbaugh⁵.

- Fraturas de crânio: são sugestivas de maus-tratos (Figuras 13H.10 e 13H.11):
 - Fraturas não parietais.
 - Fraturas de múltiplos ossos.
 - Diástase de suturas.
 - Fraturas atravessando suturas.
 - Fratura com afundamento craniano.

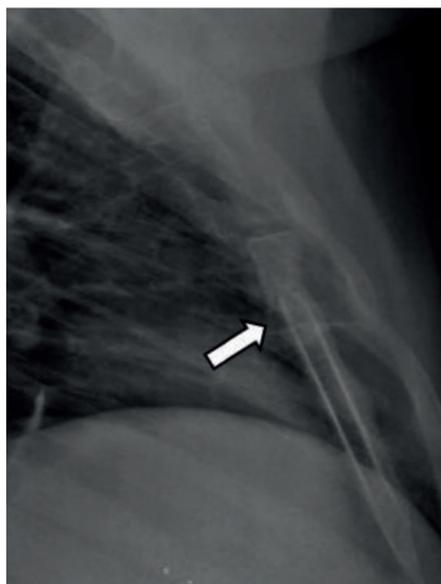
Figura 13H.10 Fraturas com afundamento nos ossos parietal e occipital



Fonte: Bhattacharya⁶.

- Fraturas de escápula e de esterno (Figura 13H.11): quando presentes, devem levantar a suspeita de maus-tratos.

Figura 13H.11 Fratura no terço proximal do esterno



Fonte: Murphy e Knipe⁷.

Lesões neurológicas

São mais bem avaliadas com o uso de tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Critérios para opção pela tomografia computadorizada (TC), sem contraste, na emergência:

- Exame inicial da criança suspeita de ser vítima de maus-tratos com sinais e sintomas neurológicos.

Critérios para opção pela ressonância magnética (RNM):

- Crianças menores de dois anos supostas vítimas de maus-tratos sem sinais neurológicos focais.
- Forte suspeita clínica e tomografia computadorizada sem alterações.

Lesões do sistema nervoso central sugestivas (Figuras 13H.12 a 13H.14) de maus-tratos são:

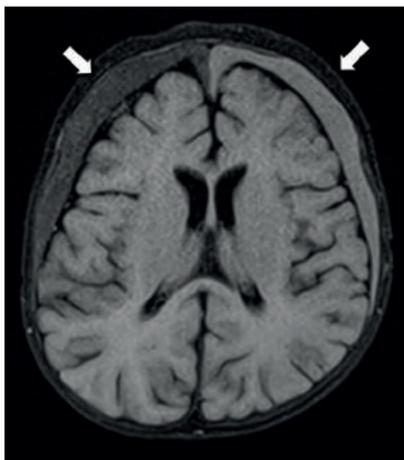
1. Hematoma subdural em crescente que pode ser documentado com TC com imagem hiperatenuante se agudo e com RNM com imagem iso-hipointensa em T1 e hipointensa em T2.
2. Hemorragia subaracnoidea pode derivar de trauma direto.

Figura 13H.12 Mecanismo de lesão cerebral nos casos de *shaking baby*



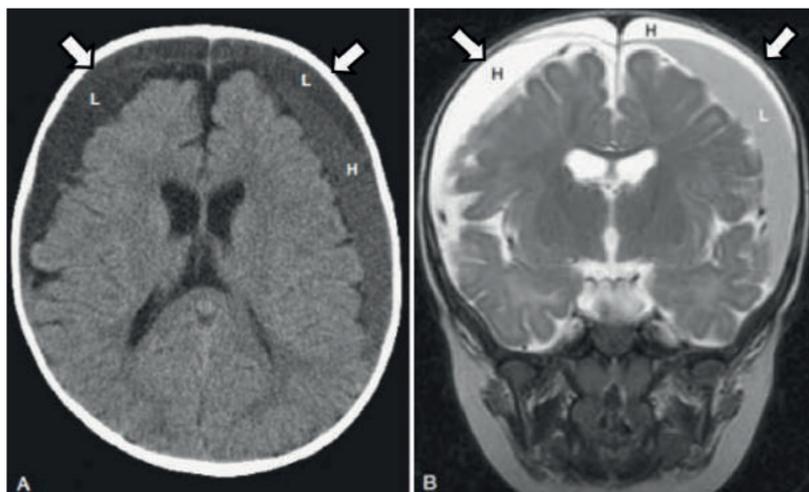
Fonte: Carbaugh⁵.

Figura 13H.13 Hematoma subdural bilateral com diferentes tempos de evolução



Fonte: Bhattacharya⁶.

Figura 13H.14 A e B: hematoma subdural com áreas de diferentes atenuações, indicando hematoma com diferentes tempos de evolução



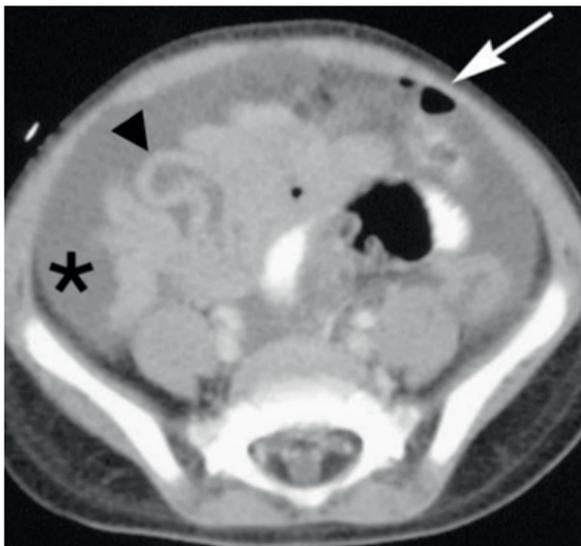
Fonte: Donnelly⁸.

- Lesão de cisalhamento ocorre na junção entre a substância branca e substância cinzenta. À RNM é observada lesão hiperintensa (branca); se houver hemorragia associada, observa-se lesão hipointensa (escura).
- Edema cerebral é comum e pode ser focal ou difuso.
- Contusão caracterizada por hemorragia focal no parênquima é rara.

Lesões viscerais

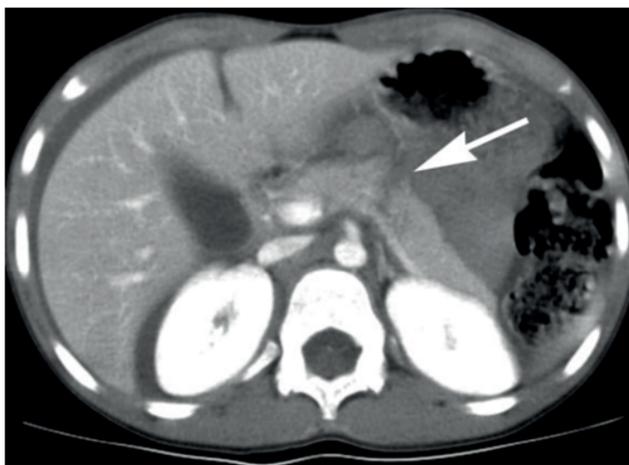
Não são comuns, mas estão associadas a alta letalidade. Os principais órgãos acometidos são intestino delgado e pâncreas (Figuras 13H.15 a 13H.18).

Figura 13H.15 Rotura de delgado com ascite e pneumoperitônio



Fonte: Robben⁴.

Figura 13H.16 Laceração pancreática



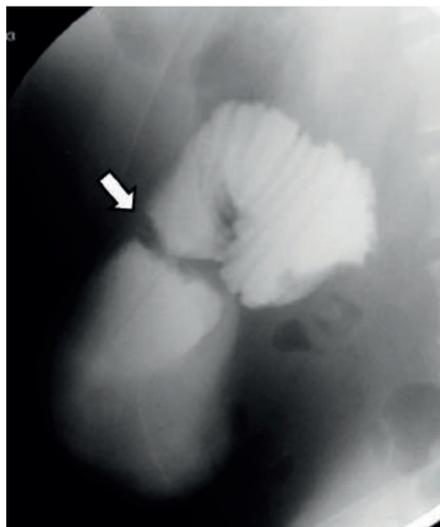
Fonte: Robben⁴.

Figura 13H.17 Hematoma duodenal em menor de três anos por soco



Fonte: Robben⁴.

Figura 13H.18 Hematoma duodenal em menor de seis anos por soco



Fonte: Robben⁴.

Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha.

Immanuel Kant⁹

Profissionais da área da saúde e da educação devem estar preparados e capacitados para identificar os sintomas, detectar os sinais de alerta, conhecer a legislação e notificar suspeitas de maus-tratos ¹⁰.

Referências

1. Kleinman PK. Diagnostic imaging in infant abuse. *Am J Roentgenol.* 1990;155(4):703-12.
2. Lonergan GJ, Baker AM, Morey MK, Boos SC. From the Archives of the AFIP: child abuse: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics.* 2003;23:811-45. Disponível em: <http://bit.ly/2Elz7df>.
3. Sanchez TR, Gasparil II ADS, Coulter K. Non-accidental trauma. In: Stein-Wexle R, Wootton-Gorges SL, Ozonoff MB, editors. *Pediatric orthopedic imaging.* New York: Springer; 2015. p. 591-600.
4. Robben S. Diagnostic imaging in child abuse. Non accidental trauma. *Radiology Assistant [serial on the Internet]* 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2sOdqae>.
5. Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. *Adv Neonatal Care.* 2004. Apr;4(2):105-14. Figuras disponíveis em: <https://goo.gl/Ni1Qdb> e <https://goo.gl/N5k2zN>
6. Bhattacharya B, et al. Non-accidental injuries [serial on the internet]. *Radiopedia;* 2006. Disponível em: <http://bit.ly/2EXNmyc>
7. Murfy A, Knipe H. Sternal fracture [serial on the Internet]. *Radiopedia;* 2006. Disponível em: <https://goo.gl/JpXDBy>

8. Donnelly LF. Child abuse. In: Pediatric imaging: the fundamentals. Philadelphia: Elsevier; 2009. p.166-8.
9. Kant E. Kritik der reinen Vernunft, 1781. In: Kant E. Crítica da razão pura. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2001. Disponível em: <http://bit.ly/2EWXiYA>.
10. Calza TZ, Dell'Aglio DD, Sarriera JC. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. Rev SPAGESP Ribeirão Preto. 2016;17(1).

Capítulo 14. Fundamentos éticos e legais do atendimento: direitos da criança, deveres e direitos dos médicos, e princípios legais

*Mário Roberto Hirschheimer
Claudio Barsanti*

Introdução

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente de que está diante de uma situação complexa, com risco de morte, que quase sempre deixa sequelas psíquicas graves e, frequentemente, sequelas físicas incapacitantes que afetam todos os membros de um núcleo familiar de forma e intensidade diferentes, com potencial de também afetar gerações futuras da mesma família.

Se o modelo de violência for transmitido e perpetuado nas relações familiares, os filhos aprenderão que a solução de conflitos é determinada pela força e tenderão a reproduzir esse modelo não só nas futuras famílias, mas também em todas as relações interpessoais (na rua, escola, trabalho etc.).

Pais submetidos a experiências traumáticas durante a infância precoce, como abuso, privação, abandono emocional e castigos físicos determinam traços de personalidade e caráter que podem produzir comportamentos explosivos, violentos e perversos, que podem chegar ao abuso de crianças e adolescentes. Nesse modelo linear, as experiências traumáticas dos pais poderão provocar alterações de comportamento que os levarão a abusar de seus filhos, numa relação de causa e efeito.

Assim, as consequências da violência doméstica atingem não só a vida da criança, mas também sua família e a sociedade. Há risco de sequelas no plano individual, emocional, intelectual e

social, não existindo padrão de risco para cada tipo de violência, mas sim um consenso de que são devastadoras.

Objetivo

Orientar e esclarecer o profissional da saúde sobre o atendimento eticamente adequado e juridicamente lícito do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, seja na forma de violência física, sexual e psicológica, seja por negligência.

É dever da família, da sociedade e do Estado colocar crianças e adolescentes a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração (arts. 402 a 405 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), violência, crueldade e opressão (art. 227 da Constituição Federal). Compete à equipe multiprofissional de saúde, ao atender uma suposta vítima de violência, representar a sociedade nessa relação.

Princípios da bioética

Beneficência:

- Atuar no melhor interesse do paciente.
- Restaurar a saúde.
- Aliviar o sofrimento.
- Obter o melhor resultado possível.
- Medicina baseada em evidências.

Não maleficência:

- Prevenir, impedir ou, pelo menos, minimizar danos.
- Evitar causar sofrimento.

Autonomia:

- Respeito à autodeterminação humana ou direito de escolher livremente seu próprio destino.
- Processo colaborativo entre médico e paciente:
 - Médico: conhecimento, habilidades, capacitação e empatia.
 - Paciente: avaliação pessoal dos benefícios e riscos potenciais inerentes ao atendimento proposto, de acordo com seus valores de vida.
- É a base do consentimento esclarecido.

Convém lembrar que a função da equipe multiprofissional de saúde é agir no melhor interesse do paciente, princípio fundamental da prática da Medicina. O atendimento deve pautar-se nos princípios bioéticos e ter como objetivos maximizar os possíveis benefícios dos atos praticados e minimizar as possíveis consequências do agravo (princípio ético da beneficência). Deve, também, prevenir, impedir ou, pelo menos, minimizar os prejuízos que podem ocorrer ao paciente em decorrência do próprio atendimento, evitando causar maior mal à vítima (princípio ético da não maleficência). Deve, ainda, assegurar ao paciente o direito de participar da escolha de modo esclarecido, das alternativas que possam preservar sua integridade biológica, psíquica e social (princípio ético da autonomia). Esses princípios éticos são deveres independentes, não excludentes, cujo exercício é condicionado às circunstâncias do atendimento médico em seus diversos momentos.

Os princípios éticos são deveres independentes e não excludentes, condicionados às circunstâncias do atendimento nos diversos momentos de sua execução e requerem interpretar o momento evolutivo para proceder de modo adequado.

Autonomia

- Adultos: têm o direito de decidir como desejam ser tratados e podem recusar tratamento (Lei Estadual nº 10.241, arts. 22, 24 e 26 do Código de Ética Médica).
- Crianças e adolescentes: ambos os pais são defensores dos interesses de seus filhos, porém não são seus proprietários. O profissional de saúde não está obrigado a acatar decisões dos responsáveis legais quando não atendem aos interesses do paciente menor de idade (art. 14 do Código de Ética Médica).

No caso de crianças e adolescentes (arts. 3º ao 5º do Código Civil), são seus pais (arts. 226 e 229 da Constituição Federal e art. 21 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) seus responsáveis legais, que têm o direito de exercer a autonomia em relação ao filho, mas a equipe de saúde não está legalmente obrigada a acatar os desejos dos responsáveis quando estes conflitam com o melhor interesse do paciente (art. 1.638 do Código Civil, arts. 136 e 244 a 247 do Código Penal, e arts. 33, 129 e 130 do ECA). O paciente menor de idade também deve participar da escolha, respeitada sua capacidade de compreensão (arts. 15 e 16 do ECA e art. 74 do Código de Ética Médica). Essa capacidade de operar o pensamento concreto, se fazer compreender e perceber as consequências de parte de seus atos se aperfeiçoa entre os 6 e 11 anos de vida, e vai se completando progressivamente por toda a adolescência. Cabe à equipe multiprofissional que cuida do paciente interpretar seu momento evolutivo para proceder de modo adequado.

Conflito entre autonomia e benefício/malefício

- O limite da autonomia é o benefício que se pode obter e o prejuízo que se pode prevenir ou minimizar.
- O atendimento deve ser pautado nas necessidades do paciente.

- O uso do conhecimento científico deve ser baseado nas melhores evidências disponíveis e em valores sociais, culturais, religiosos e espirituais que tendem a predominar sobre a legislação.

Pode-se afirmar que o limite da autonomia é o benefício que se pode obter (beneficência) e o prejuízo que se pode prevenir ou minimizar (não maleficência), e quando se cuida de crianças e adolescentes vitimizados, a situação pode gerar conflitos e dilemas. Se a atitude dos pais sempre beneficiasse os filhos, não haveria a necessidade de leis específicas para tutelar os direitos e interesses dos menores e evitar eventuais excessos e abusos de poder, quer familiar (antigo pátrio poder), quer de autoridades policiais ou judiciárias; nem de estatutos, normas, resoluções ou recomendações visando equilibrar as consequências de algum senso de autoridade ou propriedade que os responsáveis expressem em relação aos menores sob sua responsabilidade (art. 1.638 do Código Civil, arts. 136 e 244 a 247 do Código Penal).

Quando da abordagem médica, particularmente a vítimas de acidentes e violência, o atendimento deve ser pautado nas necessidades do paciente. A elaboração de normas e rotinas deve basear-se em valores e princípios morais e éticos. Conhecimento médico-científico baseado nas melhores evidências disponíveis, valores sociais, culturais e religiosos tendem a predominar sobre a legislação.

Sigilo profissional

- Resulta de confidências feitas ao profissional de saúde em virtude da prestação de serviços.
- As informações contidas no prontuário médico devem ser resguardadas.
- Alcança todas as pessoas com acesso às informações do prontuário do paciente.

- Não deve ser revelado para autoridade judiciária ou policial (não há disposição legal que respalde ordens dessa natureza).

Compreende as informações:

- Relatadas ao profissional.
- Percebidas no decorrer do atendimento.
- Descobertas e que o paciente não tinha intenção de informar.

Libera do segredo médico:

- Autorização expressa do paciente.
- Justa causa.
- Dever legal.

Sigilo (capítulo I, inciso XI e arts. 73, 74 e 78 do Código de Ética Médica) e confidencialidade (art. 5º, inciso X, da Constituição Federal) são princípios éticos de valor inquestionável para o melhor atendimento. Além de constituírem deveres previstos no Código de Ética Médica, são protegidos pela legislação (art. 154 do Código Penal, art. 207 do Código de Processo Penal e art. 406 do Código de Processo Civil), sendo, portanto, dever de todo cidadão.

O atendimento deve ser detalhadamente registrado no prontuário do paciente, conjunto de documentos sigilosos ao qual só podem ter acesso o próprio paciente, seus responsáveis legais (arts. 3º ao 5º do Código Civil e art. 74 do Código de Ética Médica, no que se refere a menores capazes de compreender as consequências de seus atos), pessoas por ele autorizadas e os membros da equipe multiprofissional que o atendem – os quais são obrigados a manter e salvaguardar o sigilo das informações nele contidas. Cabe lembrar que o segredo médico resulta

de confidências feitas em virtude da prestação do serviço e compreende não só as relatadas ao profissional, mas também as percebidas no decorrer do atendimento e as descobertas que o paciente não tem intenção de informar.

Vida sexual e minoridade: autonomia de menor e sigilo

O Parecer do CFM nº 55/2015 pondera que a relação sexual com menores de 14 anos é crime de estupro, conforme estabelecido no art. 217-A do Código Penal Brasileiro (estupro de vulnerável). Este Parecer destaca que o médico, ao consultar menores nessa faixa etária com vida sexual ativa consentida, tem a obrigação ética de acolhê-los e orientá-los, estando dentro de sua autonomia profissional a decisão de, por exemplo, prescrever anticoncepcional, com a obrigação de comunicar o fato aos pais ou representantes legais. Tal comunicação deve ser feita com o conhecimento do adolescente, esclarecendo-o dessa obrigação e permitindo-lhe participar da decisão de como fazê-lo.

Notificação

É um dever legal, mesmo que só de caso suspeito. Deve visar ao benefício e à segurança do paciente:

- O momento oportuno deve ser criteriosamente julgado (equipe multiprofissional).
- É aconselhável que seja feita pelos responsáveis legais ou instituição.
- Só pode haver envolvimento pessoal se as alternativas anteriores forem inviáveis (utilizar denúncia anônima).

A notificação de casos de vítimas de violência e maus-tratos é, antes de tudo, uma justa causa, mas também um dever legal (arts. 13 e 245 do ECA e art. 66 da Lei das Contravenções Penais),

mesmo que só suspeitos (art. 245 do ECA). É bom lembrar que tal providência é tomada sempre e somente visando ao benefício e à segurança do paciente. Deve, portanto, ocorrer em momento oportuno e, dependendo do caso, ser encaminhada ao Conselho Tutelar (art. 13 do ECA) ou à vara da infância e da juventude do local onde a vítima mora. É aconselhável que tal notificação seja feita pelos responsáveis legais da vítima ou pela instituição onde ela está sendo atendida. O envolvimento pessoal de algum membro da equipe multiprofissional que atende o paciente só deve ocorrer se essas alternativas forem inviáveis. Preservar a própria segurança é um importante aspecto no atendimento. Ao julgar que a notificação possa ameaçar quem a faz, lembremos ser possível a denúncia anônima.

Legislação

A seleção de partes da legislação apresentada a seguir oferece informações que amparam legalmente o desempenho ético dos membros da equipe multiprofissional no atendimento a vítimas de violência. Sem a pretensão de apresentar um documento de conteúdo jurídico exemplar, escolhemos alguns artigos de alguns códigos e estatutos legais em vigor que julgamos mais adequados para a finalidade deste texto.

Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014

Esta Lei altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 13 de julho de 1990, para estabelecer o direito de a criança e o adolescente serem educados e cuidados sem castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante. Essa Lei proíbe o emprego de castigos físicos, morais ou psíquicos, seja qual a razão informada pelos responsáveis, como forma dita para correção, disciplina e educação de crianças e adolescentes, seja por qualquer outro suposto motivo, e determina que pais, demais integrantes da família, responsáveis e agentes públicos executores de medidas socioeducativas que descumprirem a norma recebam

encaminhamento para um programa oficial ou comunitário de proteção à família, tratamento psicológico ou psiquiátrico e advertência.

Essa lei determina, ainda, que a União, os estados e os municípios deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o emprego de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de menores.

Para os fins da Lei nº 13.010, de 27 de junho de 2014, do ECA, considera-se:

- Castigo físico: ações de natureza disciplinar ou punitiva aplicadas com o uso da força física sobre a criança ou adolescente que resulte em sofrimento físico ou lesão.
- Tratamento cruel ou degradante: condutas ou formas cruéis de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que os humilhe, ameace gravemente ou ridicularize.

Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010

Esta lei caracteriza a alienação parental como crime.

Art. 1º:

Esta Lei dispõe sobre a alienação parental.

Art. 2º:

Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.

Parágrafo único. São formas exemplificativas de alienação parental, além dos atos assim declarados pelo juiz ou constatados por perícia, praticados diretamente ou com auxílio de terceiros:

- realizar campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade;*
- dificultar o exercício da autoridade parental;*
- dificultar contato de criança ou adolescente com genitor;*
- dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar;*
- omitir deliberadamente a genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço;*
- apresentar falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar a convivência deles com a criança ou adolescente;*
- mudar o domicílio para local distante, sem justificativa, visando a dificultar a convivência da criança ou adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós.*

Art. 3º:

A prática de ato de alienação parental fere direito fundamental da criança ou do adolescente de convivência familiar saudável, prejudica a realização de afeto nas relações com genitor e com o grupo familiar, constitui abuso moral contra a criança ou o adolescente e descumprimento dos deveres inerentes à autoridade parental ou decorrentes de tutela ou guarda.

Art. 4º:

Declarado indício de ato de alienação parental, a requerimento ou de ofício, em qualquer momento processual, em ação autônoma

ou incidentalmente, o processo terá tramitação prioritária, e o juiz determinará, com urgência, ouvido o Ministério Público, as medidas provisórias necessárias para preservação da integridade psicológica da criança ou do adolescente, inclusive para assegurar sua convivência com genitor ou viabilizar a efetiva reaproximação entre ambos, se for o caso.

Parágrafo único. Assegurar-se-á à criança ou adolescente e ao genitor garantia mínima de visitação assistida, ressalvados os casos em que há iminente risco de prejuízo à integridade física ou psicológica da criança ou do adolescente, atestado por profissional eventualmente designado pelo juiz para acompanhamento das visitas.

Art. 5º:

Havendo indício da prática de ato de alienação parental, em ação autônoma ou incidental, o juiz, se necessário, determinará perícia psicológica ou biopsicossocial.

§ 1º. O laudo pericial terá base em ampla avaliação psicológica ou biopsicossocial, conforme o caso, compreendendo, inclusive, entrevista pessoal com as partes, exame de documentos dos autos, histórico do relacionamento do casal e da separação, cronologia de incidentes, avaliação da personalidade dos envolvidos e exame da forma como a criança ou adolescente se manifesta acerca de eventual acusação contra genitor.

§ 2º. A perícia será realizada por profissional ou equipe multidisciplinar habilitados, exigido, em qualquer caso, aptidão comprovada por histórico profissional ou acadêmico para diagnosticar atos de alienação parental.

§ 3º. O perito ou equipe multidisciplinar designada para verificar a ocorrência de alienação parental terá prazo de 90 (noventa) dias para apresentação do laudo, prorrogável exclusivamente por autorização judicial baseada em justificativa circunstanciada.

Art. 6º:

Caracterizados atos típicos de alienação parental ou qualquer conduta que dificulte a convivência de criança ou adolescente com genitor, em ação autônoma ou incidental, o juiz poderá, cumulativamente ou não, sem prejuízo da decorrente responsabilidade civil ou criminal e da ampla utilização de instrumentos processuais aptos a inibir ou atenuar seus efeitos, segundo a gravidade do caso:

I - declarar a ocorrência de alienação parental e advertir o alienador;

II - ampliar o regime de convivência familiar em favor do genitor alienado;

III - estipular multa ao alienador;

IV - determinar acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial;

V - determinar a alteração da guarda para guarda compartilhada ou sua inversão;

VI - determinar a fixação cautelar do domicílio da criança ou adolescente;

VII - declarar a suspensão da autoridade parental.

Parágrafo único. Caracterizado mudança abusiva de endereço, inviabilização ou obstrução à convivência familiar, o juiz também poderá inverter a obrigação de levar para ou retirar a criança ou adolescente da residência do genitor, por ocasião das alternâncias dos períodos de convivência familiar.

Art. 7º:

A atribuição ou alteração da guarda dar-se-á por preferência ao genitor que viabiliza a efetiva convivência da criança ou adolescente com o outro genitor nas hipóteses em que seja inviável a guarda compartilhada.

Art. 8º:

A alteração de domicílio da criança ou adolescente é irrelevante para a determinação da competência relacionada às ações fundadas em direito de convivência familiar, salvo se decorrente de consenso entre os genitores ou de decisão judicial.

[...]

Constituição Federal de 1988

Art. 5º:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

[...]

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Art. 226:

A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

[...]

§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

[...]

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

[...]

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Art. 229:

Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, com redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

Art. 1º:

Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

Art. 2º:

A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 3º:

São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

Art. 4º:

São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.

Art. 5º:

A menoridade cessa aos 18 (dezoito) anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I – pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver 16 (dezesseis) anos completos;

II – pelo casamento;

III – pelo exercício de emprego público efetivo;

IV – pela colação de grau em curso de ensino superior;

V – pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com 16 (dezesseis) anos completos tenha economia própria.

Art. 1.634:

Compete a ambos os pais, qualquer que seja a sua situação conjugal, o pleno exercício do poder familiar, que consiste em, quanto aos filhos:

[...]

VII – representá-los judicial e extrajudicialmente até os 16 (dezesseis) anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento; (Redação dada pela Lei nº 13.058, de 2014).

Art. 1.638:

Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:

I – castigar imoderadamente o filho;

II – deixar o filho em abandono;

III – praticar atos contrários à moral e aos bons costumes;

IV – incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente.

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990)

Art. 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e

opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 13:

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 98:

As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;*
- II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;*
- III – em razão de sua conduta.*

Art. 101:

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

- I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;*
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;*
- III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;*
- IV – inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;*
- V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;*

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

VII – acolhimento institucional;

VIII – inclusão em programa de acolhimento familiar;

IX – colocação em família substituta.

Comentário dos autores: entende-se por “autoridade competente” as varas da infância e da juventude ou os conselhos tutelares.

Art. 129:

São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:

I – encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;

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

III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;

IV – encaminhamento a cursos ou programas de orientação;

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

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

VII – advertência;

VIII – perda da guarda;

IX – destituição da tutela;

X – suspensão ou destituição do poder familiar.

Art. 130:

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

Art. 131:

O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.

Art. 132:

Em cada Município e em cada Região Administrativa do Distrito Federal haverá, no mínimo, 1 (um) Conselho Tutelar como órgão integrante da administração pública local, composto de 5 (cinco) membros, escolhidos pela população local para mandato de 4 (quatro) anos, permitida 1 (uma) recondução, mediante novo processo de escolha.

Art. 136:

São atribuições do Conselho Tutelar:

I – atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II – atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III – promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV – encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V – encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI – providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII – expedir notificações;

VIII – requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX – assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X – representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

Comentário dos autores: o art. 220 da Constituição Federal trata da manifestação do pensamento, da criação, da expressão e da informação, sob qualquer forma, que não devem sofrer qualquer restrição, mas (§ 3º) compete à Lei Federal: (inciso II) estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente. O art. 221 regulamenta a produção e a programação das emissoras de rádio e televisão, que deverão atender a princípios, entre eles o respeito aos valores éticos e sociais da pessoa e da família.

XI – representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.

Art. 137:

As decisões do Conselho Tutelar somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse.

Art. 138:

Aplica-se ao Conselho Tutelar a regra de competência constante do art. 147.

Art. 147:

A competência será determinada:

I – pelo domicílio dos pais ou responsável;

II – pelo lugar onde se encontre a criança ou adolescente, à falta dos pais ou responsável.

§ 1º Nos casos de ato infracional, será competente a autoridade do lugar da ação ou omissão, observadas as regras de conexão, continência e prevenção.

§ 2º A execução das medidas poderá ser delegada à autoridade competente da residência dos pais ou responsável, ou do local onde se sediar a entidade que abriga a criança ou adolescente.

§ 3º Em caso de infração cometida através de transmissão simultânea de rádio ou televisão, que atinja mais de uma comarca, será competente, para aplicação da penalidade, a autoridade judiciária do local da sede estadual da emissora ou rede, tendo a sentença eficácia para todas as transmissoras ou retransmissoras do respectivo estado.

Das infrações administrativas

Art. 245:

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

Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Comentário dos autores: a autoridade competente é, a princípio, o Conselho Tutelar da região de moradia da criança ou adolescente, mas, quando de sua omissão, a Vara da Infância e da Juventude e/ou o Ministério Público é que devem ser comunicados.

<p style="text-align: center;">Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940)</p>

Homicídio simples

Art. 121:

Matar alguém:

Pena – reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio

Art. 122:

Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único. A pena é duplicada:

Aumento de pena

I – se o crime é praticado por motivo egoístico;

II – se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Infanticídio

Comentário dos autores: há de se destacar a divulgação de “jogos virtuais” distribuídos entre adolescentes, como o “Baleia-Azul”, que induzem ao suicídio de seus seguidores. Os pais e familiares, além de todos os que têm contato com crianças e adolescentes, como professores e agentes de saúde, devem estar atentos a mudanças de comportamento, alertando e educando seus filhos, alunos e pacientes quanto aos riscos da internet e prestando a atenção e o tratamento necessários quando qualquer alteração for percebida.

Art. 123:

Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após:

Pena – detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Lesão corporal

Art. 129:

Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena: – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I – incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias;

II – perigo de vida;

III – debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV – aceleração de parto;

Pena: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

§ 2º Se resulta:

I – incapacidade permanente para o trabalho;

II – enfermidade incurável;

III – perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV – deformidade permanente;

V – aborto;

Pena: reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena: reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena

§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa:

I – se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II – se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa (*modificado pela Lei n. 4.611/65*):

Pena: detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano.

Aumento de pena

§ 7º *Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 deste Código (modificado pela Lei n. 12.720/12).*

§ 8º *Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121 (modificado pela Lei n. 8.069/90).*

Violência doméstica (incluída pela Lei n. 10.886/04)

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade (*modificado pela Lei n. 11.340/06*):

Pena: detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (*um terço*) (*modificado pela Lei n. 10.886/04*).

§ 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência (*modificado pela Lei n. 11.340/06*).

Abandono de incapaz

Art. 133:

Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos.

§ 1º Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Aumento de pena

§ 3º *As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:*

I – se o abandono ocorre em lugar ermo;

II – se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima.

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos (acrescentado pela Lei n. 10.741/03).

Exposição ou abandono de recém-nascido

Art. 134:

Expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Omissão de socorro

Art. 135:

Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena – detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Maus-tratos

Art. 136:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena – detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

§ 3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos (*acrescentado pela Lei n. 8.069/90*).

Violação do segredo profissional

Art. 154

Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

Estupro

Art. 213: (redação dada pela Lei n. 12.015/09)

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena – reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º Se da conduta resulta morte:

Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Violação sexual mediante fraude

Art. 215: (redação dada pela Lei n. 12.015/09)

Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

Assédio sexual

Art. 216-A: (incluído pela Lei n. 10.224/01)

Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

§ 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.

Estupro de vulnerável

Art. 217-A: (incluído pela Lei n. 12.015/09)

Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4º Se da conduta resulta morte:

Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Corrupção de menores

Art. 218: (incluído pela Lei n. 12.015/09)

Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Art. 218-A: (incluído pela Lei n. 12.015/09)

Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem:

Pena: reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de criança ou de adolescente ou de vulnerável (modificado pela Lei n. 12.978/14)

Art. 218-B: (incluído pela Lei n. 12.015/09)

Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que,

por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:

Pena – reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

§ 2º Incorre nas mesmas penas:

I – quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no caput deste artigo;

II – o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no caput deste artigo.

§ 3º Na hipótese do inciso II do § 2º, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.

Abandono material

Art. 244: (redação dada pela Lei n. 10.741/03)

Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

Pena – detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País.

Parágrafo único. Nas mesmas penas incide quem, sendo solvente, frustra ou ilide, de qualquer modo, inclusive por

abandono injustificado de emprego ou função, o pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada.

Entrega de filho menor a pessoa inidônea

Art. 245: (redação dada pela Lei n. 7.251/84)

Entregar filho menor de 18 (dezoito) anos a pessoa em cuja companhia saiba ou deva saber que o menor fica moral ou materialmente em perigo:

Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

§ 1º A pena é de 1 (um) a 4 (quatro) anos de reclusão, se o agente pratica delito para obter lucro, ou se o menor é enviado para o exterior.

§ 2º Incorre, também, na pena do parágrafo anterior quem, embora excluído o perigo moral ou material, auxilia a efetivação de ato destinado ao envio de menor para o exterior, com o fito de obter lucro.

Abandono intelectual

Art. 246:

Deixar, sem justa causa, de prover à instrução primária de filho em idade escolar:

Pena – detenção, de 15 (quinze) dias a 1 (um) mês, ou multa.

Art. 247:

Permitir alguém que menor de 18 (dezoito) anos, sujeito a seu poder ou confiado à sua guarda ou vigiância:

I – frequente casa de jogo ou mal-afamada, ou conviva com pessoa viciosa ou de má vida;

II – frequente espetáculo capaz de pervertê-lo ou de ofender-lhe o pudor, ou participe de representação de igual natureza;

III – resida ou trabalhe em casa de prostituição;

IV – mendigue ou sirva a mendigo para excitar a comiseração pública:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa.

Induzimento a fuga, entrega arbitrária ou sonegação de incapazes

Art. 248:

Induzir menor de 18 (dezoito) anos, ou interdito, a fugir do lugar em que se acha por determinação de quem sobre ele exerce autoridade, em virtude de lei ou de ordem judicial; confiar a outrem sem ordem do pai, do tutor ou do curador algum menor de 18 (dezoito) anos ou interdito, ou deixar, sem justa causa, de entregá-lo a quem legitimamente o reclame:

Pena – detenção, de 1 (um) mês a 1 (um) ano, ou multa.

Subtração de incapazes

Art. 249:

Subtrair menor de 18 (dezoito) anos ou interdito ao poder de quem o tem sob sua guarda em virtude de lei ou de ordem judicial:

Pena – detenção, de 2 (dois) meses a 2 (dois) anos, se o fato não constitui elemento de outro crime.

§ 1º O fato de ser o agente pai ou tutor do menor ou curador do interdito não o exime de pena, se destituído ou temporariamente privado do pátrio poder, tutela, curatela ou guarda.

§ 2º No caso de restituição do menor ou do interdito, se este não sofreu maus-tratos ou privações, o juiz pode deixar de aplicar pena.

**Código de Processo Penal (Decreto-Lei nº 3.689,
de 3 de outubro de 1941)**

Art. 207:

São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

**Lei das Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688,
de 3 de outubro de 1941)**

Omissão de comunicação de crime

Art. 66:

Deixar de comunicar à autoridade competente:

I – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação;

II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.

Pena – multa.

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/2009

Publicado no *D.O.U.* de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90,
e retificação publicada no *D.O.U.* de 13 de outubro de 2009,
Seção I, p. 173

Capítulo I – Inciso II:

O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Capítulo I – Inciso VI:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Capítulo I – Inciso XI:

O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

Capítulo I – Inciso XIII:

O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

É vedado ao médico:

Art. 14:

Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 22:

Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24:

Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 26:

Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 28:

Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 73:

Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

- a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;*
- b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;*

c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74:

Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Comentário do autor: note-se que a revelação aos pais, quando necessária, deverá ser feita com o conhecimento do menor, tendo com ele combinado a forma como isto será feito.

Art. 78:

Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 89:

Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90:

Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando requisitado pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943)

Art. 402:

Considera-se menor, para os efeitos desta Consolidação, o trabalhador de 14 até 18 anos.

Art. 403:

É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos.

Parágrafo único. O trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

Art. 405:

Ao menor não será permitido o trabalho:

I – nos locais e serviços perigosos ou insalubres [...];

II – em locais ou serviços prejudiciais à sua moralidade.

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010. Altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e dispõe sobre a alienação parental [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/1ldFD5U
2. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante,

- e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 [citado em 2017 out. 28]. Disponível em: bit.ly/1Q0Bf3f
3. Conselho Federal de Medicina. Os limites da autonomia do paciente. *Bioética*. 1998;6(1):13-93.
 4. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta CFM nº 3/15 – Parecer CFM nº 55/15: menoridade e vida sexual relacionadas a autonomia da menor e sigilo médico [citado em 2017 nov. 6]. Disponível em: bit.ly/2CB3dgK
 5. Declaração de Genebra. Assembleia Geral da Associação Médica Mundial. Genebra: AMM; 1948.
 6. Declaração de Helsinque. 18ª Assembleia Mundial de Médicos. Helsinque: Finlândia; 1964 e revista na 29ª Assembleia Mundial de Médicos. Tóquio: AMM; 1975.
 7. Declaração Universal dos Direitos do Homem. IIIª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris: ONU; 1978.
 8. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. In: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 27a A.O., 13/10/95, publicado no DOU de 17/10/95, I, p. 16319-20.
 9. Häring B. Ética médica. Roma: Paoline; 1975. p. 75-111.
 10. Hirschheimer MR, Iglesias SBO. Bioética e como dar más notícias. In: Hirschheimer MR, Carvalho WB, Matsumoto T, editores. *Terapia intensiva pediátrica e neonatal*. 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 115-34.
 11. King NMP, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr*. 1989;115:10-6.
 12. Kipper DJ, Francisconi CF, Oselka GW, Clotet J, Goldim JR, Loch JA. Uma introdução à bioética. *Temas de Pediatria Nestlé*. 2002;73:56.

13. São Paulo. Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. DOU-SP. 1999;109(51).
14. Reuniões ordinárias do Departamento de Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Atas de 1999 a 2003.
15. Silva FL. Bioética: beneficência e paternalismo. Conselho Federal de Medicina. 1997;88:8-9.
16. Termo de Responsabilidade para Atendimento à Criança e ao Adolescente – HCFMUSP: aprovado em sessão de 5/11/1998.
17. Weil WB. Guidelines for infant bioethics committees. Pediatrics. 1984;74(2):306-10.

Capítulo 15. Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento

15.1 Atenção às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos

Mário Roberto Hirschheimer

Renata D. Waksman

Luci Pfeiffer

Introdução

Chama-se “crime de maus-tratos” a violência contra pessoa sob guarda de um outro, como crianças, adolescentes e idosos. O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças e adolescentes deve fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessas situações que, às vezes, são de extrema complexidade¹. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus-tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso moral e ético com essa questão².

Os profissionais da saúde desempenham papel fundamental no levantamento da suspeita, confirmação do diagnóstico, tratamento das lesões e possíveis sequelas, além do acompanhamento e desencadeamento das medidas legais de proteção cabíveis a cada caso^{1,3,4}.

Médicos que atendem crianças e adolescentes necessitam estar capacitados e treinados, desde os que trabalham em serviços pediátricos de emergência, UTI, ambulatórios e consultórios, até aqueles que atuam em hospitais gerais. Muitas vezes surgem dificuldades de cunho pessoal, quando o profissional da saúde depara com situações de violência, principalmente pela falta de preparo técnico e pelo fato de essas situações envolverem

transgressão de questões culturais, éticas, morais e sociais. Alia-se a essas dificuldades o medo de envolver-se com o que ainda é considerado, em muitas comunidades, como problema “de família”, policial ou de justiça^{1,3-5}.

Abrangência do atendimento

O atendimento médico de situações com suspeita de maus-tratos a crianças e adolescentes deve ser realizado, necessariamente, por equipe de saúde multidisciplinar (mesma profissão com áreas de atuação diferentes) e interprofissional (diferentes profissões) com as seguintes características: capacitada (com conhecimentos básicos sobre a temática), integrada, institucionalizada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições, como as de educação, justiça e segurança pública¹.

Os profissionais devem ter em mente que há sempre dois ou mais envolvidos no abuso perpetrado contra a criança ou adolescente: a vítima, o agressor e outros membros da família ou da comunidade^{1,4-6}. É, portanto, importante verificar qual a forma de abordagem que melhor se adapta a cada situação para elaborar um plano de trabalho da equipe que participará das intervenções.

As atribuições dos profissionais da equipe estão descritas no Quadro 15.1^{1,3,5}.

Quadro 15.1 Atribuições dos profissionais

- **Acolhimento:** ouvir atentamente, sem julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com os outros profissionais da equipe.
- **Proteção:** avaliar e agir de acordo com o nível de gravidade da situação. Afora as situações com lesões graves, de risco de morte ou violência sexual, não agir intempestiva ou impulsivamente. Buscar informações complementares sobre o caso e pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) em equipe, garantindo a interrupção da violência.

- **Intervenção:** cabe à equipe interprofissional decidir sobre a melhor forma de intervenção e encaminhamento. A questão da violência deve ser abordada como um problema familiar e social, e não apenas relacionado à vítima e ao agressor.
- **Prevenção:** ações de prevenção primária e promoção da saúde física e mental necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas de maus-tratos. Para que se consiga reduzir a incidência da violência contra crianças e adolescentes, os profissionais devem começar fornecendo orientações aos pais desde o período da gestação, para ajudá-los a desenvolver uma percepção real de seus filhos. Discussões sobre vinculação entre pais e filhos, desenvolvimento neuropsicomotor normal, maneiras de ensinar e consequências da violência devem ser estimuladas entre os profissionais e a comunidade em geral.
- **Sigilo e confidencialidade:** são princípios éticos de valor inquestionável para o melhor atendimento e constituem deveres previstos no Código de Ética Médica⁷. São também protegidos pela legislação civil e criminal (art. 154 do Código Penal Brasileiro⁸, art. 207 do Código de Processo Penal⁹ e art. 406 do Código de Processo Civil¹⁰).

Atendimento médico

O atendimento deve ser pautado nas necessidades do paciente, e quatro componentes devem ser avaliados: estado geral da vítima, tipo de agressão, características do agressor e da família (se é protetora, impotente, conivente ou participante da violência)^{1,4,5,11}.

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento imediato de vítimas de violência. As questões policiais e judiciais devem ser abordadas após o atendimento das necessidades emergenciais médicas da vítima. A recusa infundada do atendimento médico caracteriza-se, ética e legalmente, como imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências. Nesse caso, de acordo com o art. 13, § 2º do Código Penal⁸, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos físicos e mentais ou eventual morte do paciente.

O papel do médico diante de um caso de suspeita de violência doméstica envolve diversas atribuições, descritas no Quadro 15.2^{1,3-6,11}.

Quadro 15.2 Atribuições do médico

- Identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento por meio de anamnese, exame físico e/ou exames subsidiários.
- Prestar o atendimento emergencial necessário, independentemente da situação da investigação policial.
- Dar continuidade ao atendimento em nível ambulatorial, interagindo com os demais membros da equipe multiprofissional.

Nos casos de suspeita de violência sexual (ver Capítulo 9, “Violência sexual”):

- Colher as provas forenses se tiverem de ser realizadas durante o atendimento emergencial e não houver tempo hábil para encaminhamento a serviço especializado (IML).
- Prescrever a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis e, se for o caso, para contracepção de emergência.
- Propor o encaminhamento para serviços que ofereçam aborto legal, nos casos que resultem em gestação, se for o desejo da vítima.
- Encaminhar para atendimento psicológico.

Os princípios básicos no atendimento à criança ou adolescente em situação de risco estão descritos no Quadro 15.3^{1,3-5,11}.

Quadro 15.3 Princípios básicos no atendimento

- O atendimento deverá ser realizado em ambiente reservado e acolhedor, com a participação de outro profissional, no intuito de haver discussão diagnóstica e testemunha do que foi detectado na anamnese e no exame físico.

- A escuta deve ser atenta, e a atitude, neutra, sem fazer perguntas em demasia ou questionar o que está sendo relatado, com observação de detalhes, sem se deixar influenciar por suas interpretações do ocorrido.
- Deixar claro para a vítima que ela não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas.
- Documentar toda a avaliação de forma detalhada, para evitar que a narrativa seja repetida várias vezes, mesmo para outros profissionais, para não aumentar o sofrimento da vítima.
- Na anamnese deve constar a transcrição detalhada das palavras da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou julgamentos.
- Explicar à criança ou adolescente todos os procedimentos que serão adotados.
- A avaliação física deve ser detalhada e explicada para a criança, com exame de todos os segmentos corporais, inclusive da região genital, na busca de outros sinais de violência anterior, de lesões antigas e outras possíveis agressões.
- Ao listar as hipóteses diagnósticas, deve constar suspeita de violência, além de diagnósticos diferenciais e agravos não intencionais, que poderiam ter os mesmos sintomas.
- A confirmação da história de acidente ou trauma não intencional não afasta sua possibilidade, mesmo quando trazida pelo responsável ou com a afirmação da criança de que não foi vítima de violência. Lembrar que a criança e o adolescente podem ter sido ameaçados para não denunciar o agressor, tendo sido inculcada neles a sensação de culpa ou merecimento pelo ocorrido.
- Se necessário, solicitar avaliação de outro profissional (ortopedista, cirurgião, ginecologista, profissional de saúde mental e perito do IML) a ser realizada, se possível, no mesmo tempo e local.
- Esclarecer que o caso será discutido com outros profissionais e solicitar colaboração da vítima se surgirem dúvidas.

- Não prometer o que não puder cumprir, como guardar segredo das informações obtidas, uma vez que terão de ser levadas aos meios de proteção legal e social (ver Capítulo 14, “Fundamentos éticos e legais do atendimento”).
- Supervisionar e garantir atendimento ético.
- Acompanhar o caso em todas as suas interfaces, participando das decisões quanto ao tratamento, encaminhamentos e medidas de proteção legal.
- A preocupação centrada em confirmar de imediato a suspeita de violência ou em identificar o agressor não é relevante neste momento, pois a simples suspeita de maus-tratos deve indicar avaliação clínica, tratamento necessário e notificação.
- A comprovação ou não do crime de maus-tratos é dever dos órgãos de justiça e de segurança pública.

Fonte: adaptado de Pfeiffer et al., 2004².

Dados sobre a violência atual, pesquisa sobre violências anteriores, do lugar da criança, da situação familiar, conclusões diagnósticas e definição das condutas de atendimento, bem como de medidas de proteção legais, devem ser registrados detalhadamente no prontuário do paciente, ao qual podem ter acesso o próprio paciente (se considerado capaz de compreender as consequências de seus atos, ou “menor maduro”) e, no caso de crianças e adolescentes, seus responsáveis legais (arts. 3, 4 e 5 do Código Civil¹² e art. 74 do Código de Ética Médica⁷, no que se refere aos “menores maduros”), as pessoas por ele autorizadas e os membros da equipe multiprofissional que o atendem, os quais são obrigados a manter e salvaguardar o sigilo das informações nele contidas⁶.

Todas as formas de violência doméstica devem ser reconhecidas como enfermidades, pois são assim identificadas no Código Internacional de Doenças¹³ (CID10), como mostra o Quadro 15.4.

Quadro 15.4 CID10

T74 Síndrome de maus-tratos

T74.0 Abandono

T74.1 Sevícias físicas

Síndrome da criança espancada (SOE*)

T74.2 Abuso sexual

T74.3 Abuso psicológico

T74.8 Outras síndromes especificadas de maus-tratos, formas mistas

T74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

Efeitos de sevícias infligidas a crianças (SOE)

SOE: sem outra especificação. **Nota:** o CID-11 será apresentado oficialmente em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde, e entrará em vigor em janeiro de 2022.

Níveis de gravidade e fluxos de atendimento

Na dependência do tipo e da extensão das lesões e da avaliação geral de cada caso, devem ser definidos os níveis de gravidade, as necessidades e os fluxos de atendimento^{1,4,11}.

Segundo o Método de Classificação dos Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes⁴, de acordo com o tipo e intensidade da agressão, situação geral da vítima, perfil do agressor e contexto familiar, os casos suspeitos ou confirmados de violência podem ser divididos em quatro níveis de gravidade.

Essa avaliação permitirá uma abordagem técnica mais específica, padronizada e independente da sensibilidade e dos preconceitos individuais do profissional responsável pelo atendimento^{4,6}:

1. *Situação de violência leve e sem risco de revitimização** (a família é capaz de proteger a vítima): vítima em bom estado

geral, agressão que não necessita de tratamento ambulatorial ou hospitalar; agressor sem antecedentes de violência que aceita rever sua postura em relação à criança; família com condições de proteger a criança.

* Risco de revitimização: agressor não pode ser controlável ou a família é incapaz de proteger a vítima.

Conduta:

- Orientação inicial sobre as consequências da violência.
- Retorno à moradia com os responsáveis legais (não necessariamente com quem trouxe o paciente para atendimento, que pode não ser responsável legal por ele).
- Notificação ao Conselho Tutelar e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de acordo com a Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, de 17 de fevereiro de 2016¹⁴ (Anexo 1).
- Avaliação dos responsáveis e dos outros filhos.
- Solicitação de avaliação domiciliar e levantamento da situação escolar pelo serviço social, agentes de saúde ou Conselho Tutelar.
- Encaminhamentos necessários para a vítima e agressores: psicoterapêuticos, sociais e proteção legal.
- Reavaliação em tempo breve da situação de violência e do resultado dos encaminhamentos.

A notificação ao Sinan tem importância para: conhecer o perfil epidemiológico da violência; possibilitar o planejamento dos serviços que prestam assistência às vítimas (da emergência ao acompanhamento ambulatorial); obter dados para subsidiar intervenções intersetoriais voltadas ao combate à violência; e divulgar estatísticas e dados para sensibilizar a sociedade.

2. *Casos graves ou com risco de revitimização*: vítima em estado geral regular, sintomas físicos e psíquicos, autoagressão ou agressão por outro que necessita de tratamento ambulatorial, agressor com antecedentes de violência, família omissa ou que resiste ao acompanhamento, incapaz de proteger a vítima.

Conduta:

- Priorização de atendimento.
 - Internação, quando necessitar de mais tempo, para avaliar o quadro e como medida imediata de afastamento do agressor.
 - Avaliação geral da vítima.
 - Levantamento de ocorrências anteriores.
 - Levantamento de histórico familiar de violência.
 - Avaliação das possibilidades de tratamento do agressor.
 - Avaliação das consequências da violência para a vítima.
 - Avaliação dos outros membros da família.
 - Notificação ao Conselho Tutelar, Ministério Público ou Vara da Infância e Juventude.
 - Notificação ao Sinan.
 - Encaminhamentos de saúde, sociais e de proteção (como prevê o ECA¹⁵).
3. *Situação de violência gravíssima e risco de morte*: vítima em mau estado geral ou com sequelas graves pela violência crônica, agressor(a) com transtorno de comportamento (ou perverso, pedófilo, sociopata, psicopata); agressão que necessita de tratamento hospitalar ou acompanhamento psicológico; família conivente ou agressora, incapaz de proteger a vítima.

Conduta:

- Atendimento imediato – internação hospitalar*.
- Afastamento do agressor.
- Notificar e solicitar presença do Conselho Tutelar.
- Notificar Vara da Infância e Juventude e Ministério Público.
- Encaminhar à delegacia para elaborar um boletim de ocorrência policial (BO) e solicitação do exame pericial do IML.
- Notificação ao Sinan.

* Questões policiais e judiciais devem ser abordadas após o atendimento das necessidades médicas emergenciais da vítima (exame físico, procedimentos médicos indicados para o caso e a respectiva conduta).

4. *Situação de violência sexual*^{1,3-6,16}

É necessária, *para fins judiciais nos casos de abuso sexual, a coleta de material para provas forenses. Se for durante o atendimento emergencial (pela gravidade das lesões corporais e não houver tempo hábil para tal coleta pelo perito do IML), recomenda-se testemunhas do ato que também assinem o documento identificando o material com todo rigor. O indicado pela lei, quando não há risco para o paciente, é que o médico perito do IML faça a avaliação e coleta desse material antes de qualquer outro procedimento. O ideal é que o perito do IML venha ao local de atendimento e o exame da vítima seja feito com o médico responsável em um único momento, para evitar maior revitimização.*

Conduta:

- Se houver risco de morte: afastamento imediato do agressor da vítima, que pode se dar por meio da internação hospitalar ou acolhimento.
- Desencadear e se assegurar do cumprimento de medidas de proteção legais e sociais.

- Acompanhamento do caso junto aos serviços de saúde, sociais, de justiça e segurança.
- Tratamento à saúde física e psíquica, tanto da vítima como dos responsáveis não agressores.
- Não existem, até o momento, tratamentos para agressores sexuais de crianças e adolescentes que tenham sido resolutivos.

Encaminhamentos aos órgãos de segurança pública

Após o atendimento médico nos casos de suspeita de violência sexual e/ou física com lesões graves, negligência grave e em situações de envenenamento, o responsável pela criança ou adolescente deverá lavrar o BO em uma delegacia, de preferência especializada no atendimento à infância e juventude ou família, e o paciente deve ser encaminhado para exame de corpo delito pelos peritos do IML.

Caso os responsáveis estejam envolvidos na violência, como agressores ou por conivência, ou se houver suspeita de poder de constrangimento do responsável legal agressor em relação ao outro (copartícipes da violência), o Conselho Tutelar deverá ser chamado para fazer o registro (BO) na delegacia e acompanhar a criança para exame de corpo de delito.

A notificação ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público e à Vara da Infância e Juventude é um meio de desencadear medidas de proteção necessárias a cada caso de suspeita de violência contra a criança ou adolescente. Cabe à equipe interprofissional de saúde determinar o momento oportuno para realizar tal notificação, o que deve ser criteriosamente julgado. Sem relatório médico, social e psicológico, as instituições legais não terão instrumentos para promover os processos necessários para proteger a suposta vítima.

Enfrentamentos diretos dos profissionais com família e agressor devem ser evitados e, em caso de agressividade por parte deles, a polícia deve ser chamada, bem como o Conselho Tutelar. O ideal de uma notificação é que ela seja codificada e emitida em nome da instituição, que tem o dever legal de garantir essa denúncia (art. 245 do ECA¹⁵). A codificação evita que o agressor intimide ou ameace o profissional responsável pela notificação, mas permite que um juiz solicite maiores esclarecimentos sobre o caso, denunciado e garantindo a proteção da suposta vítima. Somente em casos excepcionais, de risco e sem o apoio da instituição (esta também deverá ser denunciada), o médico poderá lançar mão de denúncia anônima por telefone (em São Paulo e no Paraná, pelo disque-denúncia – telefone 181; em âmbito nacional, à Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal – telefone 100). Será preciso acompanhar a criança ou adolescente de muito perto para assegurar que não haja piora do quadro de violência, enquanto as medidas de proteção não são efetivadas.

Atendimento psicoterápico^{1,4,6,11}

A criança ou adolescente vítima de qualquer forma de violência deve ser encaminhada para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência pode deixar marcas profundas no desenvolvimento de sua estrutura de personalidade e comportamento com o outro e consigo mesma. É importante ressaltar que, nos casos de violência doméstica, a família, responsáveis e outras crianças da casa devem ser sempre incluídas no tratamento psicológico, a fim de que as questões que sustentam a violência sejam interrompidas e que se quebre sua perpetuação para gerações posteriores.

Atendimento social^{1,4,6,11}

O serviço social deve seguir algumas etapas, a fim de levantar o maior número possível de dados sobre a vítima, responsáveis,

irmãos, conviventes e agressor, para formular hipóteses preliminares que possibilitem a compreensão do contexto geral de violência em que a criança está envolvida.

São atribuições do serviço social:

- Levantar dados referentes à situação de violência e definir, em discussão com a equipe interdisciplinar, as condutas a serem tomadas, como realizar estudos socioeconômicos para avaliar a renda e o conhecimento das condições sociais da família.
- Informar e esclarecer o usuário sobre os direitos e deveres relativos à proteção da criança e do adolescente.
- Oferecer serviços e recursos disponíveis em políticas públicas ou demais organizações.
- Fortalecer os usuários, principalmente os responsáveis, enquanto cidadãos políticos, passíveis e corresponsáveis por mudanças sociais.
- Manter contato com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais.
- Elaborar relatórios sociais, abrangendo o registro das informações que podem ser constantemente atualizadas, as quais se constituem em subsídios para as decisões da equipe.

Fluxos de atendimento

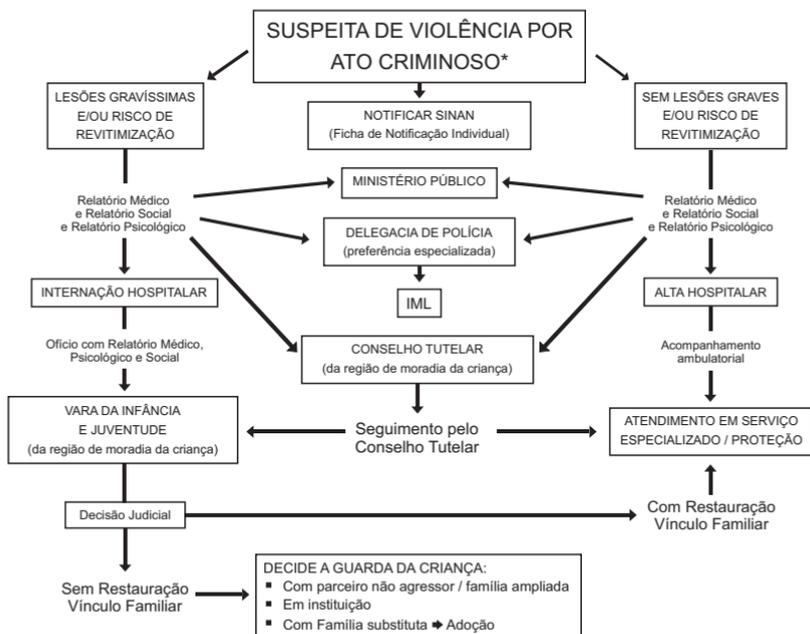
Os fluxos de atendimento à violência física, psíquica e sexual e à negligência encontram-se nas Figuras 15.1 e 15.2.

Figura 15.1 Fluxo de atendimento a casos de suspeita de violência física, psíquica ou negligência



Fonte: adaptado de SPSP¹.

Figura 15.2 Fluxo de atendimento a casos de suspeita de violência por ato criminoso*



* Como violência sexual, violência física com lesões graves, negligência grave ou envenenamento.

Fonte: adaptado de SPSP¹.

Considerações finais

A violência na infância e adolescência sempre acompanhou a história da humanidade. O desenvolvimento da cultura e socialização não impede que o mundo adulto doente utilize crianças e adolescentes para colocar neles as razões de seus fracassos e frustrações. Como consequência, surge a agressividade covarde dos mais fortes sobre os mais fracos.

A prevenção e o diagnóstico de risco são possíveis e devem estar presentes no atendimento de todos os médicos, pois

desde a gravidez e primeiros meses de vida os sinais de alerta de desvinculação da mãe ou do bebê podem ser percebidos, assim como abandono paterno, sinais que podem se transformar em um caminho para a violência.

A criança sempre tenta contar seus sofrimentos, mas é preciso pensar na possibilidade de violência nos diagnósticos diferenciais para que medidas eficientes sejam tomadas, bem como o tratamento de todos os envolvidos. Ocorrida a violência, toda capacidade técnica e ética para tratar e minimizar as sequelas físicas e psíquicas deve ser oferecida a essas vítimas reféns de seus agressores.

O médico tem papel fundamental no levantamento da suspeita, na confirmação diagnóstica, no tratamento e na definição das medidas legais necessárias diante da violência contra crianças e adolescentes, lembrando sempre que a grande maioria dos casos acontece dentro de casa. A infância e a adolescência esperam que cumpramos nosso papel, livres de preconceitos, medo ou negligência.

15.2 Medidas de proteção legal e apuração de crimes

Tarcila Teixeira

Recentemente comemoramos os 27 anos do ECA¹⁵, instrumento que definitivamente consagrou o compromisso de garantir a proteção integral com absoluta prioridade às crianças e adolescentes do País, já contemplado pelo art. 227 da Constituição Federal de 1988, passando a reconhecer essa parcela da população como “sujeitos de direito” em oposição a “objetos de proteção”, elevados ao status de pessoa em peculiar condição de desenvolvimento.

Mas, quando falamos em *proteção*, temos de pensar em *prevenção*, pois se houve violação é porque já falhamos em nosso

dever constitucional de proteger integralmente nossas crianças e adolescentes. Nessa esteira, não podemos tolerar novas falhas, observadas na adoção de procedimentos sofríveis na abordagem das vítimas de violência.

O tema do enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes vem apresentando desafios diários, seja diante do incremento das formas de investida por parte dos agressores, que muito se favorecem dos contatos virtuais, seja pela inegável ineficiência dos procedimentos de apuração e combate que vêm sendo adotados.

A realidade hoje experimentada, reveladora de várias formas de violência a atingir todos os níveis socioeconômicos e culturais por todo o País, com predominância no espaço intrafamiliar, requer maior interação entre os vários profissionais que atuarão junto à vítima, seja com vistas a favorecer o devido esclarecimento dos fatos, seja para garantir meios de proteção e atenção especializada à vítima, mormente nas hipóteses de abuso sexual.

Sabe-se que a violência é uma prática que frequentemente se prolonga por anos na vida da criança, sendo raras as situações de violência isolada, eventual. O que nossa experiência mostra é que as vítimas permanecem no mais das vezes por anos subjugadas às investidas do agressor, sem que a violência seja revelada ou descoberta, tudo em razão de sentir-se culpada, com medo ou pelo desconhecimento reforçado pela falsa percepção de que tudo aquilo decorre de uma predileção por parte do agressor, no caso do abuso sexual.

Nesse contexto, é muito comum a criança demonstrar sintomas da violência no âmbito escolar e nos atendimentos médicos, hipóteses em que cabe aos profissionais de ambas as áreas a responsabilidade de não desprezar os sinais.

Reputamos imprescindível desde logo esclarecer que, desde o implemento da Lei nº 12.015/2009, que alterou dispositivos do Código Penal, o art. 217-A passou a considerar “estupro de vulnerável” a conduta de “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. É, portanto, equivocada a conclusão de alguns profissionais médicos quanto à não ocorrência do estupro apenas por constatar o não rompimento do hímen ou ainda a ausência de sinais de qualquer forma de penetração. Saliente-se que a nova disposição abre leque considerável quanto às possibilidades de configuração do estupro de vulnerável, que vão desde um beijo lascivo, manipulação do corpo, fricção do pênis contra qualquer parte do corpo da criança, até práticas mais graves, como felação, conjunção carnal ou sexo anal. Tal observação se mostra relevante em razão da constatação de que muitas vezes a revelação da criança não é prestigiada por familiares ou outros profissionais em razão de, após o encaminhamento a profissionais da área médica, estes informarem que “não houve o estupro”, como se apenas o ato de penetração fosse penalmente relevante.

Aqui repousa a importância dos profissionais da saúde em acionar o Conselho Tutelar da região de moradia da suposta vítima e utilizar adequadamente a Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo 1)¹ que, em se tratando de violência praticada contra crianças e adolescentes, foi estabelecida como obrigatória pelo ECA¹⁵.

Cumpramos ressaltar que a ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de toda forma de violência contra crianças ou adolescentes. Ao profissional da área da saúde cabe apenas prestar a informação acerca dos elementos que desencadearam a mera suspeita, para que a investigação seja realizada pelas

¹ Em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS por meio da Portaria nº 1.968 – MS/GM, de 26 de outubro de 2001.

autoridades competentes. Com isso se mostra inadmissível a omissão dos profissionais sob o argumento de que não dispõem de elementos de prova, já que tal não se lhes exige, a não ser que da violência resultem vestígios físicos. Revela-se muito comum ouvir de profissionais das áreas da saúde, e principalmente da educação, que não fizeram nenhuma comunicação mesmo tendo constatado sintomas em determinada criança, em razão de não dispor de provas da suspeita levantada, o que precisa definitivamente ser superado, mediante o esclarecimento de que as provas serão buscadas na fase investigatória.

Contudo, mesmo quando devidamente encaminhada, muitas vezes a notificação não tem alcançado o sucesso esperado, principalmente em razão de a notícia tardar a chegar ao conhecimento do Ministério Público e do Judiciário, a fim de que sejam tomadas providências judiciais tendentes a estancar o processo de violência.

É inegável que os procedimentos investigatórios capitaneados pela Polícia Civil, na maioria dos estados brasileiros, têm sofrido com o sucateamento desse sistema repressivo que, a exemplo da maioria dos serviços públicos do País, não desempenha a contento as funções que lhe foram confiadas pela Carta Magna.

Assim, providência importante amparada pela última parte do art. 13 do ECA (“sem prejuízo de outras providências legais”) é que se proceda o acionamento do Ministério Público, órgão detentor das principais atribuições voltadas à promoção de medidas que visem à garantia dos direitos da criança e do adolescente, de forma a buscar um atalho que promova o implemento de medidas cautelares de urgência que façam cessar o ciclo de violência. Por todo o País há promotorias de justiça da infância e juventude, promotorias criminais e/ou especializadas em crimes contra crianças e adolescentes, que dispõem de ferramentas legais para promover a imediata neutralização do agressor e resgate e proteção da vítima.

É importante observar que em qualquer situação de crime grave contra crianças ou adolescentes, sejam lesões corporais graves, tentativas de filicídio, homicídio ou abuso sexual, principalmente nas hipóteses em que a ação do agressor vem mascarada, como geralmente ocorre nas intoxicações intencionais e tentativas de envenenamento, é importante que as medidas legais sejam tomadas tão logo se dê a constatação médica. Cabe ao próprio hospital ou à unidade de saúde o imediato registro da ocorrência (BO) na delegacia de polícia especializada em crimes contra criança (ou, na falta desta, na delegacia mais próxima), hipótese em que se revela imprescindível que a notícia do crime venha acompanhada de relatório e diagnóstico médico, principalmente para amparar as medidas cautelares que se mostrem necessárias à proteção da vítima.

Com efeito, não há que se olvidar que aos profissionais médicos cabe parcela considerável da responsabilidade na detecção de práticas violentas contra crianças e adolescentes, já que as vítimas não raras vezes não revelam o sofrimento por palavras, mas por marcas e sintomas físicos e psíquicos. Assim, é comum que o promotor de justiça e o próprio juiz de direito dependam desses diagnósticos médicos iniciais (formalizados em relatórios) para fundamentar medidas acautelatórias, visando à proteção imediata da vítima para posterior continuidade das investigações pela Polícia Civil ou Ministério Público.

O que não se pode aceitar é qualquer forma de omissão consciente, pois, em hipóteses extremas, se a inatividade do profissional diante de uma conduta violenta permitir a reiteração delituosa, ele pode ser levado à responsabilização criminal pelo mesmo delito, na forma omissiva.

Observe-se que a nova Lei nº 13.431¹⁶, de 4 de abril de 2017, em vigor após decorrido um ano de sua publicação oficial, representa importante evolução nesta matéria, pois traz alterações quanto às abordagens de vítimas e testemunhas de

violência, incluindo o sistema de saúde na articulação voltada ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência (art. 14).

O art. 13 desta nova lei prevê que qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão “que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público”. Nada impede, não obstante, que os profissionais da área da saúde, diante de situações emergenciais decorrentes de grave situação de violência, promovam concomitantemente a imediata e direta comunicação ao Ministério Público, que, nos termos da mesma legislação, promoverá medidas de proteção pertinentes, nos moldes do art. 21, podendo inclusive propor ação cautelar de antecipação de provas, visando a colher desde logo o depoimento especial da criança.

Ressalte-se que medidas acautelatórias, voltadas à proteção imediata da vítima, principalmente quando observada situação de risco, já são previstas no art. 319 do Código de Processo Penal, como prisão preventiva, afastamento do agressor (também previsto no art. 130 do ECA), proibição de frequentar determinados lugares ou estabelecer qualquer tipo de contato com a vítima, e agora passam ao status de medidas de proteção específicas, listadas no art. 21, que também prevê *a inclusão da vítima e de sua família nos atendimentos a que têm direito*, contemplando assim o direito a atendimento especializado inegavelmente necessário nas hipóteses de violência.

Assim, diante de fundada suspeita de que a criança seja vítima de crime, e que a dinâmica sumariamente revelada sugira situação de risco, não deve o profissional médico deixar de promover as comunicações pertinentes, com acionamento da

rede de proteção de seu município (observando as peculiaridades do fluxo construído em cada localidade e da política de atendimento que deverá ser formulada a partir da nova lei), sendo possível, como dito, o direto encaminhamento ao Ministério Público. Esta medida deve ser tomada principalmente em situações nas quais o profissional médico necessite de respaldo judicial, seja para garantir a segurança da criança em eventual internamento, hipótese em que poderá ser proibido inclusive o acesso de familiares quando se tratar de violência intrafamiliar, seja quando vislumbrar, desde logo, um risco do retorno da vítima para a residência familiar, caso em que poderá ser determinado o acolhimento institucional após a alta médica.

Não há que se olvidar que temos longo caminho a trilhar para que possamos ver efetivadas as medidas previstas nesta nova lei. Mas este é um trabalho a ser desenvolvido de forma integrada entre os vários setores que atuam junto a crianças e adolescentes vítimas de crime, incluindo-se inegavelmente os profissionais de saúde. Ações isoladas, desconexas e desarticuladas certamente terão mínima eficiência e andarão em prejuízo do alcance da proteção devida.

Outras importantes normativas devem ser observadas pelos profissionais da área de saúde, dentre elas: o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual por profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS; a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual; a Portaria nº 485/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS; e a Portaria Interministerial SPM/MJ/MS nº 288, de 25 de março de 2015, que estabelece orientações para organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais de segurança pública e de saúde do SUS quanto

à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

Referências

1. Waksman RD, Hirschheimer MR, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Brasília, DF: CFM; 2011. 172 p.
2. Pfeiffer L, Waksman RD, Gonçalves MT. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA, editor e coordenador. Manual de segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé Nutrição; 2004. p. 195-278.
3. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – Codepps. São Paulo: SMS; 2007. 60 p.
4. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. Rev Paul Pediatr [online]. 2011;29(4);477-82.
5. Hirschheimer MR. Violência contra a criança e o adolescente. In: Pessoa JHL, editor. Puericultura: conquista da saúde da criança e do adolescente. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 327-58.
6. Waksman RD, Pfeiffer L, Hirschheimer MR. Responsabilidade e conduta ética, moral e legal do pediatra frente à suspeita de violência. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria – Pronap – ciclo VII – número 1, 2014.

7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90 e retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173) [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/1jVpCtB
8. Brasil. Presidência da República. Código Penal Brasileiro. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/1dz3ALP
9. Brasil. Presidência da República. Código de Processo Penal – Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/2HBKfkn
10. Brasil. Presidência da República. Código de Processo Civil – Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/QFcegU
11. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DAR, Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, organizadores. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ª ed. Barueri: Manole; 2017. p. 92-9.
12. Brasil. Presidência da República. Código Civil – Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/1drzx5j
13. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/2fZ7tji

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/2onJFHP
15. Brasil. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/1TYdQOX
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [citado em 2017 nov. 7]. Disponível em: bit.ly/2gnGT4T

Anexo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)	3	Data da notificação											
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA			Y09												
	4	UF	5		Município de notificação		Código (IBGE)												
	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência									
7	Nome da Unidade Notificadora				Código (CNES)														
8	Unidade de Saúde																		
Notificação Individual	10		Nome do paciente				11		Data de nascimento										
	12		(ou) Idade		<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano		13		Sexo										
	14		Gestante		<input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		15		Raça/Cor										
	16		Escolaridade		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 2ª a 9ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica		17		Número do Cartão SUS										
18		Nome da mãe				19		UF		20		Município de Residência		Código (IBGE)		21		Distrito	
Dados de Residência	22		Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)		Código										
	24		Número		25		Complemento (apto., casa, ...)		26		Geo campo 1								
	27		Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29		CEP								
	30		DDD) Telefone		31		Zona		32		País (se residente fora do Brasil)								
		1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado																	
Dados Complementares																			
Dados da Pessoa Atribuída	33		Nome Social		34		Ocupação												
	35		Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado														
	36		Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		37		Identidade de gênero:										
	<input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lésbica)				<input type="checkbox"/> 1 - Travesti <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado												
38		Possui algum tipo de deficiência/transorno?		<input type="checkbox"/> 39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado													
<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		<input type="checkbox"/> Transorno mental <input type="checkbox"/> Outras																	
Dados da Ocorrência	40		UF		41		Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito						
	43		Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código										
	45		Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48		Geo campo 4				
	49		Ponto de Referência		50		Zona		51		Hora da ocorrência		(00:00 - 23:59 horas)						
<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado																			
52		Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços		53		Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado									
<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola		<input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública		<input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado				54		A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado							

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015



Polo JK - Trecho 01 Conjunto 03 Lote 06 - Parte
Santa Maria - Brasília - DF - CEP: 72.549-515
Tel.: 61 3552-4111 - quality@qualityeditora.com.br

Impresso no papel Offset 90 gr/m² (miolo)
Papel Supremo 250 gr/m² (capa)
Composto Myriad Pro 11 (texto)
Brasília-DF



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



ISBN 978-85-87077-58-5



9 788587 077585