

Renata Dejtiar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer
Coordenadores

MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA





CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência

Renata Dejtjar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer
Coordenação

Brasília/DF
2011

Sociedade de Pediatria de São Paulo
Alameda Santos, 211 – conjuntos 501/502, 511/512
São Paulo/SP – CEP 01419 000
Fone/fax: (11) 3284 0308 / 3284 9809
<http://www.spsp.org.br> – email: pediatria@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

Supervisão editorial: Paulo Henrique de Souza

Copidescagem/revisão: Napoleão Marcos de Aquino

Projeto gráfico/capa/diagramação: Gráfica e Editora Ideal Ltda.

Tiragem: 5.000 exemplares

© 2011 Sociedade de Pediatria de São Paulo

Catálogo na fonte: Eliane Silva (CRB 1ª Região/1678)

Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011. 172 p.

ISBN 978-85-87077-18-9

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

CDD 362.88

Colaboradores

Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello

Psicóloga da Vara da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça no Fórum Regional de Pinheiros; especialista em Psicologia Jurídica pelo Conselho Regional de Psicologia; doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo; diplomada em Estudos Aprofundados de Psicologia Clínica, Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade René Descartes – Paris V; mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas; professora de Psicologia Jurídica da Universidade Presbiteriana Mackenzie e do curso de especialização em Psicologia Jurídica do Instituto Sedes Sapientiae/SP; membro da Associação Brasileira de Psicologia Jurídica; 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); membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Carmen Teresinha de Oliveira Lutti

Graduação em Serviço Social e Direito; pós-graduação em Direito Processual Civil, com ênfase no processo da Justiça na infância; curso de Violência Doméstica do Lacri-IP-USP; profissional na Vara da Infância e Juventude do Fórum Regional de Pinheiros; professora convidada do curso de Psicologia Jurídica do Instituto Sedes Sapientiae/SP; membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Cláudio Barsanti

Médico pediatra, responsável pela UTI pediátrica do Hospital Santa Marcelina; advogado; diretor de Defesa Profissional da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP); representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) no conselho municipal de saúde; membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da SPSP.

Luci Pfeiffer

Médica pediatra; mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); presidente do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Paranaense de Pediatria; coordenadora do Grupo de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – Dedicar, Paraná.

Maria de Jesus Castro Harada

Enfermeira; mestrado em Enfermagem pela Escola Paulista de Medicina (EPM); doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); coordenadora do projeto “Escola promotora de saúde: prevenção de morbidade por causas externas no município de Embu”, em parceria com a Unifesp/Fapesp/Secretaria de Saúde e Educação do município de Embu/SP; membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Mário Roberto Hirschheimer

Médico pediatra; coordenador da seção técnica de Pediatria do Hospital do Servidor Público Municipal - Prefeitura da Cidade de São Paulo; responsável pelo Pronto-Atendimento Pediátrico do Hospital e Maternidade São Cristóvão; membro do Departamento Científico de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); presidente do Departamento de Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo (triênio 2008-2010); membro do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP); membro da Câmara Técnica de Pediatria do CREMESP.

Mônica López Vázquez

Médica ginecologista; advogada; professora assistente doutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 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 da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

Renata Dejtiar Waksman

Médica pediatra; doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); presidente do Departamento 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 da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP); membro da Câmara Técnica de Pediatria do CREMESP.

Théo Lerner

Médico ginecologista; membro do Programa de Atenção à Violência Sexual (Pavas) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (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 Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Agradecemos à Paloma Ferraz, do Departamento de Publicações da Sociedade de Pediatria de São Paulo, a ajuda no preparo dos textos.

Sumário

Prefácio

Clóvis Francisco Constantino 7

Apresentação

Roberto Luiz d'Ávila 9

Capítulo 1: Violência contra a criança e o adolescente

Renata Dejtiar Waksman e Maria de Jesus Castro Harada 13

Capítulo 2: Abuso ou violência física

Antonio Carlos Alves Cardoso 31

Capítulo 3: Negligência ou omissão do cuidar

Luci Pfeiffer e Mário Roberto Hirschheimer 39

Capítulo 4: Violência psicológica

Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello 57

Capítulo 5: Síndrome de Munchausen por transferência

Antonio Carlos Alves Cardoso e Mário Roberto Hirschheimer 63

Capítulo 6: Violência sexual

Théo Lerner e Mônica López Vázquez 73

Capítulo 7: Roteiro de atendimento e notificação

Mário Roberto Hirschheimer e Renata Dejtiar Waksman 85

Capítulo 8: A prevenção da violência contra crianças e adolescentes

Carmen Teresinha de Oliveira Lutti 101

Capítulo 9: Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de violência

Mário Roberto Hirschheimer e Cláudio Barsanti 113

Capítulo 10: Casos clínicos 145

Prefácio

O reconhecimento da complexidade da situação de violência contra a criança e o adolescente no Brasil não significa sua absoluta impossibilidade de enfrentamento. As intervenções necessárias para combater esse flagelo exigem mudanças de ordem cultural, política e econômica e incluem a participação de toda a sociedade. O caminho sociopolítico é relevante. Entretanto, infelizmente, parece que demandará longo tempo. Para as questões imediatas, os pediatras estão na linha de frente. Faz parte de seu dia a dia atender crianças e adolescentes vítimas de violência. Nesse sentido, é vital o adequado conhecimento do problema. Desafortunadamente, tanto as escolas médicas como os serviços de residência em pediatria não oferecem, de modo geral, uma formação adequada ao tema.

Visando suprir tal lacuna, o presente *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência* foi elaborado para apoiar tanto o médico residente quanto o pediatra no atendimento de seus pacientes, no exercício da profissão, nos serviços públicos ou privados. Criteriosamente escrito pelos membros do Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo, é um texto atual. Em linguagem clara, associa a teoria e a prática de modo didático. É um manual com filosofia definida: contribuir com os profissionais para diagnosticar, registrar e notificar os casos de violência contra as crianças e adolescentes.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo, com o apoio do Conselho Federal de Medicina, deseja com este texto contribuir para a prevenção e o melhor atendimento desse tipo de ocorrência em nosso meio. Os pediatras de São Paulo, os de todo o Brasil e também outros especialistas que atendem pacientes envolvidos nas situações relatadas neste livro, têm agora um roteiro atual de orientação, no sentido de agir de forma competente diante desse grave problema de saúde pública.

Clóvis Francisco Constantino
Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo
(triênio 2010/13)

Apresentação

A Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) tem se notabilizado, entre outras realidades, por seu costumeiro pioneirismo em iniciativas dirigidas à melhoria da assistência à saúde das crianças e adolescentes, bem como à educação continuada dos pediatras do Estado de São Paulo e do Brasil.

Sob tal ótica, estamos, mais uma vez, ante novo empreendimento.

A SPSp, por meio de seu Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, após extenso fórum de debates e conscientização entre profissionais de saúde, do direito e da sociedade, decidiu elaborar o presente *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*.

Ao analisar a importância do tema apresentado por São Paulo, o Conselho Federal de Medicina (CFM), que entre outras missões positivadas em lei tem a de “zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina”, abraçou o esforço de orientar os médicos que se deparam com tal problemática em seu cotidiano profissional e encampou a edição do compêndio a ser estrategicamente distribuído em todo o território nacional.

Em seus enunciados, a obra discorre sobre as particularidades da questão, incluindo abuso e violência física, psicológica e sexual, aborda a negligência ou omissão do cuidar e conceitua a síndrome de Munchausen por transferência.

Seu ponto alto tem início com o roteiro de atendimento e notificação dos casos, além da indispensável prevenção. Qualifica os fundamentos éticos e legais para o efetivo atendimento às vítimas e, ao final, apresenta casos clínicos que visam ilustrar ao leitor os conceitos debatidos.

Da análise epidemiológica depreende-se que no decorrer de todo o século XX, em função da evolução do conhecimento científico, dos programas de incentivo ao aleitamento materno, da hidratação oral, do controle progressivo da desnutrição, dos programas nacionais de imunizações, das detecções precoces de agravos respiratórios e da difusão desses avanços nos meios de comunicação cada vez mais disseminados, observamos queda significativa das taxas de mortali-

dade infantil (em menores de um ano) e em toda a infância. Contudo, ao se considerar as causas externas como fator de morbimortalidade, a incidência e a prevalência só têm aumentado.

Os coordenadores deste importante documento, professora Renata Dejtiar Waksman e professor Mário Roberto Hirschheimer, representantes de competente elenco de colaboradores, foram de fundamental importância no planejamento e execução da obra e no encaminhamento para sua edição.

Aos leitores, protagonistas da assistência à saúde desses pequenos cidadãos vitimados, a SPSP e o CFM almejam estar efetivamente contribuindo para o melhor atendimento a essa grave questão.

Roberto Luiz d'Ávila

Presidente do CFM

Capítulo 1

Violência contra a criança e o adolescente

*Renata Dejtiar Waksman
Maria de Jesus Castro Harada*

Situação da infância brasileira

A análise da mortalidade geral nos últimos anos revela tendência decrescente em todas as faixas etárias. Tal fato resulta da existência de algumas prioridades que marcaram o século XX e originaram expressiva queda da mortalidade infantil, como, por exemplo, programas de incentivo ao aleitamento materno, hidratação oral, controle da desnutrição e imunizações.

No Brasil, uma das prioridades do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) é contribuir para a garantia do direito de cada criança sobreviver e desenvolver todo o seu potencial, mediante amplo investimento na primeira infância, haja vista considerar que os seis primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento integral do ser humano. Tal investimento constitui a maior e melhor maneira para reduzir as iniquidades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis ¹.

Segundo o Relatório da Situação Mundial da Infância 2008, da Unicef, o país apresentou grandes avanços com relação à taxa de mortalidade infantil (número de crianças que morrem antes de completar um ano), com expressiva diminuição ao longo das últimas décadas, evidenciada por queda da taxa de 46,9/1.000, em 1990, para 24,9/1.000, em 2006 – o que representa redução de 44,9%. No mesmo período, quando analisados os dados referentes, especificamente, a menores de 5 anos, a taxa de mortalidade foi reduzida em quase 50%, o que significa a sobrevivência de mais de 20 mil crianças nessa faixa etária nos últimos cinco anos ¹.

Em nível nacional, contudo, podem ser observadas disparidades e ainda há grandes desafios a superar, como as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. A região Nordeste apresentou a maior queda (48%) entre as taxas, mas sua taxa de mortalidade infantil permanece cerca de 50% acima da média nacional ¹.

Apesar da redução da taxa de mortalidade nacional, houve uma “explosão” nos índices de mortalidade por causas externas em todas as

classes sociais, não se restringindo mais a questão à população de menor poder aquisitivo, em que a mortalidade por lesões é mascarada por problemas oriundos da exclusão social.

Na maioria dos países o conhecimento do impacto das causas externas ocorre por análise dos dados de mortalidade. As consequências das violências e acidentes, para o sistema de saúde e a sociedade, apontam a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com vistas a subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema, atenção integral às vítimas e promoção da saúde e cultura de paz ².

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a magnitude desses graves problemas de saúde pública. Nos 35 municípios selecionados como prioritários à implantação do sistema, cerca da metade dos casos correspondiam a crianças (21,4%) e adolescentes (26,2%), representando 47,6% do total de notificações recebidas. Os dados mostram que a violência se expressa de forma diferente entre homens e mulheres e deve ser entendida a partir da violência de gênero. No sexo masculino, as crianças na faixa entre 0 e 9 anos foram as mais acometidas, sendo a agressão física a forma mais frequente de violência. No sexo feminino, as adolescentes entre 10 e 19 anos foram as principais vítimas, sendo a violência psicológica/moral, física e sexual os tipos mais prevalentes, entre todas as mulheres ², como mostra a tabela abaixo.

Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, por sexo, segundo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)

| Faixa etária | Masculino (n = 2.316) | | Feminino (n = 6.722) | | Total (n = 9.038) | |
|--------------|--------------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0 a < 10 | 778 | 33,6 | 1.156 | 17,2 | 1.934 | 21,4 |
| 10 a < 20 | 508 | 21,9 | 1.862 | 27,7 | 2.370 | 26,2 |
| 10 a < 15 | 323 | 13,9 | 1.047 | 15,6 | 1.370 | 15,2 |
| 15 a < 20 | 185 | 8,0 | 815 | 12,1 | 1.000 | 11,1 |
| 20 a < 30 | 351 | 15,2 | 1.409 | 21,0 | 1.760 | 19,5 |

Adaptado de: Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007 ².

Mortalidade por causas externas

Causas externas (acidentes e violências) podem ser compreendidas como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, com caráter de intencionalidade (violências) ou não (acidentes) ³.

Mortalidade devida a causas externas no Brasil, por faixa etária, em 2007

| <i>Faixa etária</i> | <i>Total</i> | <i>Causa externa</i> | <i>%</i> |
|---------------------|--------------|----------------------|----------|
| < 1 ano | 45.370 | 969 | 2,14% |
| de 1 a < 5 | 7.882 | 1.751 | 22,22% |
| de 5 a < 10 | 4.653 | 1.642 | 35,29% |
| de 10 a < 15 | 5.711 | 2.538 | 44,44% |
| de 15 a < 20 | 18.742 | 13.536 | 72,22% |
| <i>Total</i> | 82.358 | 20.436 | 24,81% |

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM ⁴.

Segundo o Datasus (2007) ⁴, em 2005 os acidentes e as violências foram responsáveis por mais de 20% das mortes em crianças de 1 a 5 anos, cerca de 40% nas de 5 a 9, mais de 50% entre 10 e 15 e 75,6% de 15 a 19, representando o primeiro lugar entre os óbitos nessas idades e a terceira causa entre todos os óbitos ocorridos no Brasil ⁴.

Essa questão foi apontada como importante problema de saúde pública devido ao fato desses expressivos números de mortalidade por causas externas constituírem causas passíveis de prevenção e representarem elevados custos para o país: os dispêndios com assistência médica, tratamento, reabilitação, sistema judiciário e penal representam 8% do total de gastos com o Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵.

A repercussão da mortalidade da população jovem traz consequências diretas à esperança de vida ao nascer. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde ⁵, no Brasil os anos potenciais de vida perdidos (APVP), devido a causas externas, representam 5,11 anos.

Mesmo sendo alarmante, a avaliação desses números não reflete a totalidade da tragédia da violência contra crianças e adolescentes, pois não são consideradas as mortes por causas ditas naturais, conseqüentes à negligência dos cuidados à saúde (ver Capítulo 3).

Analisando-se as formas das causas externas de mortalidade, apresentadas na tabela a seguir, a violência não fica evidente em sua totalidade. Elas não ocorrem apenas por agressões. Acidentes, atropelamentos e afogamentos, particularmente em lactentes e pré-escolares, podem ser prevenidos e decorrem de negligência dos cuidadores. Mortes de crianças em colisões de automóveis podem ser prevenidas pelo uso das “cadeirinhas” de segurança; suicídios de adolescentes podem ser motivados por maus-tratos psicológicos ou *bullying*.

Porcentual de formas das causas externas de mortalidade, por faixa etária, em 2005

| <i>Idade</i> | <i>Agressão</i> | <i>Acidentes</i> | <i>Meios de transporte</i> | <i>Afogamentos</i> | <i>Suicídio</i> | <i>Causa ignorada</i> |
|--------------|-----------------|------------------|----------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| < 1 ano | 5,1% | 70,2% | 10,4% | 0,0% | 0,0% | 14,3% |
| 1 a < 5 | 4,8% | 31,7% | 28,6% | 26,3% | 0,0% | 8,6% |
| 5 a < 10 | 6,4% | 18,4% | 45,9% | 22,7% | 0,0% | 6,5% |
| 10 a < 15 | 19,2% | 11,6% | 35,5% | 22,0% | 3,8% | 7,9% |
| 15 a < 19 | 55,0% | 12,6% | 22,5% | 2,2% | 4,7% | 3,0% |

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁴.

Aspectos históricos

Historicamente, o abandono, a negligência, o sacrifício e a violência contra a criança sempre existiram e eram aceitos por determinadas comunidades, chegando, em algumas situações, ao filicídio declarado ou velado, que elevava as taxas de mortalidade infantil. Na França do século XVIII, esses níveis atingiam mais de 25% das crianças nascidas vivas.

Segundo Elisabeth Badinter, na França, no século XVIII:

- Raramente a criança era amamentada
- 66% morriam junto às amas de leite
- Mortalidade de crianças abandonadas superior a 84% antes de completar um ano de vida
- O abandono dos filhos era uma rotina aceita
- Influência da Igreja Católica (Santo Agostinho): o castigo físico era aplicado como prática educativa

Apenas a partir do final do século XIX, a criança, até então considerada um “estorvo inútil”, passou a ser valorizada. Com a Revolução Industrial, especialmente no final do século XVIII, foi protegida por interesses, antes de tudo, econômicos e políticos – fatos que culminam com a própria história da medicina, onde a palavra pediatria só surgiu em 1872, pois até então cuidar de crianças era responsabilidade das mulheres.

Castigo físico como prática pedagógica

Em todo o mundo, milhões de crianças são expostas à violência dentro de suas casas. A violência assume formas e é influenciada por fatores distintos, que envolvem desde as características pessoais da vítima e do agressor até seu ambiente cultural e físico. Outro fator importante é a aceitação da violência por parte da sociedade, como inevitável e normal. O uso do castigo físico como prática pedagógica e a disciplina por meio de punições físicas e humilhantes são frequentemente percebidas como normais, particularmente quando não provocam lesões visíveis ou duradouras ^{6,7}.

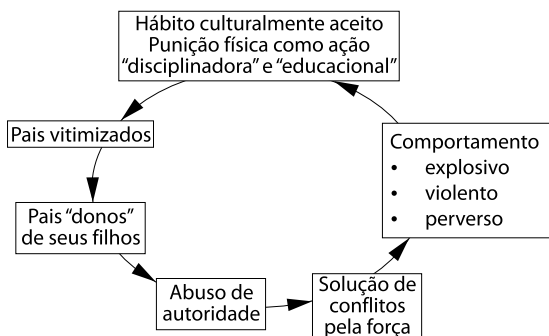
Uso do castigo físico como prática pedagógica e disciplinadora

- Disciplina, punições físicas e humilhantes = atitudes “normais”, particularmente se não provocam lesões visíveis
- A prática do castigo físico é creditada pelos pais como método para ser utilizado: na correção do mau comportamento, para impor limites, para garantir o poder absoluto sobre os filhos

Estudos desenvolvidos em outros países demonstraram que a prática do castigo físico é creditada pelos pais como um método a ser utilizado na correção do mau comportamento, visando impor limites ou, ainda, como um modo de garantir o poder absoluto sobre a atitude de seus filhos ⁸.

Vale realçar que a violência doméstica inicia-se por meio da palmada, cuja intensidade e forma vão se agravando com o passar do tempo. Segundo o Laboratório de Estudos da Criança (Lacri), é importante que os pais e educadores acreditem ser possível “*impor limites sem recorrer à violência*” ou, ainda, que “*bater não é uma forma de comunicação*”, ressaltando que a indiferença paterna pode ser igualmente danosa à criança ⁹.

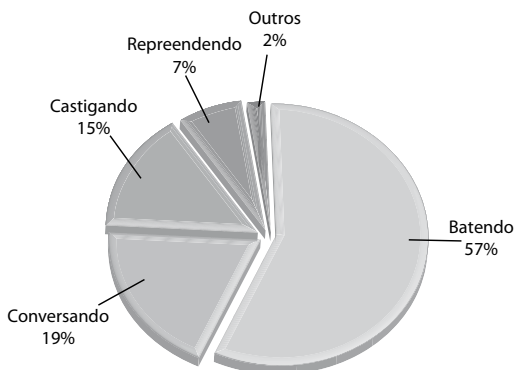
Castigo físico como causa de violência doméstica



Atitude dos pais ante problemas do cotidiano familiar

Estudo descritivo e correlacional ⁷ realizado em hospital de ensino na cidade de São Paulo, em 2003, objetivou conhecer se, dentro do contexto de violência doméstica, os pais utilizam a violência física como prática educativa. Os principais resultados mostraram que a situação de maior vulnerabilidade para a ocorrência desse ato foi a desobediência às ordens predeterminadas (40%), seguida pelo furto de algo pela criança (31,7% dos casos). Destaque-se como significativa ($p= 0,02$) o seu uso como prática disciplinadora, associada ao desemprego.

Atitude dos pais versus problemas do cotidiano familiar



Na população estudada, 40% afirmaram impor sua vontade sobre o filho; com relação às crianças, 57% apanharam dos pais, em situações de imposição de limites. Quanto às atitudes adotadas pelos pais dos entrevistados para a resolução de problemas do cotidiano familiar, 57% responderam que usam a força física; 19% conversam; 15% castigam e 7% utilizam a repreensão verbal por meio de gritos e palavras inadequadas.

Classificação

A violência é, mundialmente, uma experiência devastadora para muitas crianças e lhes traz consequências prejudiciais ao desenvolvimento, mas ainda não se sabe a real extensão do problema. É difícil responder questões relacionadas a aspectos básicos, tais como: "Quais os efeitos da violência nas crianças?"; "Quantas crianças são afetadas pela violência ao redor do mundo?" e "O que pode ser feito para fazer a diferença?"

A violência, segundo Minayo ¹⁰, pode ser classificada em:

- estrutural – derivada da desigualdade na distribuição da riqueza social, incidindo sobre a condição de vida das crianças;
- cultural – manifesta-se nas relações de dominação entre grupos;
- delinquência – diz respeito à execução de ações criminosas numa sociedade.

A violência vem sendo cultuada pelos povos como método de conquista e manutenção de poder ⁸, de forma generalizada, abrangendo um grupo de indivíduos, uma classe social ou religiosa ou até mesmo um país. Assim, pode ser classificada nos seguintes tipos e formas:

| <i>Tipos e formas de violência</i> | |
|--|--|
| <i>Doméstica</i> | <p>Física</p> <p>Sexual</p> <p>Psicológica</p> <p>Negligência</p> <p>Formas peculiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • síndrome de Munchausen por transferência • cultos ritualísticos |
| <i>Extrafamiliar</i> | <p>Institucional</p> <p>Social</p> <p>Urbana</p> <p>Macroviolência</p> |
| <i>Autoagressão</i> | <p>Atividades de risco</p> <p>Provocar lesões em si mesmo</p> <p>Suicídio</p> |
| <i>Violência entre iguais (bullying)</i> | <p>De acordo com o papel da criança ou adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autor • alvo • testemunha <p>De acordo com a forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direta • indireta • <i>cyberbullying</i> |

Violência doméstica

De forma isolada, encontra-se violência dentro das famílias, a agressão mais oculta de todas, porém a mais poderosa, pois desestrutura a per-

sonalidade em desenvolvimento da criança e adolescente, impedindo a formação ou destruindo os valores morais positivos, fazendo com que o respeito a si mesmo e ao outro nunca seja aprendido. Propõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança ³.

A violência doméstica caracteriza-se por toda ação ou omissão por parte do adulto ou adolescente mais velho que, na qualidade de responsável permanente ou temporário, possa resultar em prejuízo ao desenvolvimento físico ou psicossocial da criança ou do adolescente. Sua ocorrência é um problema de enorme proporção, que atinge todos os países e está presente em todas as culturas, classes, níveis de escolaridade, renda familiar e origens étnicas.

Deve ser considerada como fonte de todas as formas de violência, pois o indivíduo é desrespeitado em seus valores mínimos, muitas vezes até mesmo antes de nascer, o que pode levá-lo a reproduzi-la sob qualquer forma, direta (por meio de agressões) ou indireta (por meio do uso do poder).

Violência física

Caracteriza-se como o uso da força física de forma intencional, por parte dos pais, responsáveis ou adolescente mais velho, com o objetivo de manutenção ou demonstração de poder do mais forte sobre o mais fraco a qualquer custo, podendo ferir, provocar danos ou mesmo levar à morte da criança ou do adolescente, deixando ou não marcas evidentes ¹¹.

Violência sexual

É a forma de violência doméstica mais difícil de ser conceituada e diagnosticada, pois muitas vezes resulta do despreparo dos pais para a educação de seus filhos, valendo-se de ameaças, humilhações ou desrespeito como formas culturalmente aprendidas de educar.

Consiste na submissão da criança ou adolescente, por parte dos pais ou responsáveis, definitivos ou temporários, a ações verbais ou atitudes que visem à humilhação, desqualificação, tratamento como de *"minus valia"*, culpabilização, indiferença, rejeição, ameaça e outros que possam levar a danos, muitas vezes irreversíveis a seu desenvolvimento, tanto na área psíquica como na afetiva, emocional, moral e social ^{12,13}.

Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, praticada à criança ou adolescente pelos pais ou responsáveis no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo ¹¹.

Síndrome de Munchausen

Caracterizada como a situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Essa prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como a exigência de exames complementares desnecessários, o uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pelas múltiplas consultas e internações sem motivo ¹³.

Cultos ritualísticos

Crianças podem ser vítimas de abusos repetitivos, não raro por períodos prolongados, praticados sob a forma de rituais de sacrifício ou feitiçaria, submetendo-as a maus-tratos, frequentemente cruéis e perversos, sob alegações as mais diversas, todas, entretanto, caracterizando a totalidade das formas de violência (física, psicológica, negligência/abandono e, às vezes, sexual).

Violência extrafamiliar

É a violência a que estão sujeitas todas as pessoas, inclusive crianças e adolescentes, praticada fora de suas moradias, mais frequentemente, no caso da infância e da juventude, por parentes próximos ou pessoas de sua convivência, mas também por pessoas que detêm sua guarda temporária e por estranhos, podendo ser subdividida em institucional, social e urbana.

Violência institucional

Forma pouco diagnosticada ou avaliada em toda a sua extensão, praticada por aqueles que detêm a guarda temporária da criança ou adolescente, seja para fins educacionais, de saúde, guarda, lazer ou abrigo. Como na violência doméstica, haja vista ser praticada por quem tem o papel de responsável temporário, pode assumir as mesmas características daquela, com os mesmos tipos de abuso, algumas vezes em proporções muito mais sérias, pois pode ser cometida tanto por uma única pessoa como por um grupo de indivíduos. Na infância e adolescência pode-se identificar a violência institucional pelos mesmos sinais de alerta e sintomas apresentados para a violência doméstica, quer para o abuso físico, psicológico, sexual e/ou negligência.

Violência social

Caracteriza-se pela ausência de suporte mínimo biopsicossocial a uma pessoa, grupo de pessoas ou toda uma população. É a forma de violência generalizada mais visível nos países em desenvolvimento.

As grandes desigualdades sociais, com indivíduos vivendo sem as condições mínimas de nutrição, higiene, saúde e educação, demonstram o desrespeito ainda existente entre os seres ditos humanos, onde os mais favorecidos, ou os que detêm o poder político, não praticam o respeito aos menos favorecidos e, dessa forma, não conseguem se fazer respeitar.

Foi considerada, durante séculos, a origem da violência doméstica e dessa forma manteve esse tipo de violência acobertada pelo manto intransponível da pobreza e ignorância, sem possibilidades de solução.

Hoje, sabe-se que atua como fator predisponente à violência doméstica, como o uso de drogas, mas não determinante, pois essa não depende de raça, sexo, cultura, religiosidade, escolaridade ou padrão social.

Violência urbana

É a apresentação de agressividade cada vez mais comum nos dias atuais, sendo visível o seu progressivo aumento também em níveis socioeconômicos e culturais mais elevados.

Entre marginais e pessoas comuns, entre estranhos no trânsito ou colegas de trabalho, nas escolas, entre amigos, entre famílias, espelha o fracasso na aquisição de valores morais saudáveis durante a infância e adolescência.

A carência desses valores, de respeito ao outro e a si mesmo, originada na desvinculação entre pais e filhos, agravada pela ausência de políticas adequadas de prevenção dos maus-tratos, de seu diagnóstico precoce e acompanhamento adequado, deixa seu maior custo para ser pago em conjunto pela sociedade – vítima, assim, dessa forma secundária de violência.

Macroviolência ou violência populacional

Guerras, confrontos de grupos de pessoas contra outros e todas as formas de violência praticadas e aceitas pelos integrantes do grupo que teoriza a paz, mas mantém a guerra como elemento de submissão do mais fraco ao poder do mais forte, destroem grupos populacionais, cidades, culturas, pessoas e famílias, fazendo com que crianças e adolescentes sejam prejudicados pela perda dos seus mínimos direitos, até mesmo o da vida.

A macroviolência dá exemplos de perversidade não contida e condenada apenas nos discursos, mas que se aperfeiçoa a cada dia por intermédio de mentes fabricadas para produzir formas de destruição cada vez mais perfeitas, numa batalha de inteligências voltadas para manter outras mentes doentes no poder.

Autoagressão (violência do indivíduo contra si)

Em crianças e adolescentes é a busca de forma constante, objetiva, inconsequente e progressiva de atividades de risco, execução das ações rotineiras de maneira frequentemente perigosa, procura direta de formas de lesar a si mesmo e suicídio (o grau máximo de autoagressão).

Sempre representa grave ameaça à vida, sendo necessário o reconhecimento precoce dos sinais e condutas de risco, comuns em crianças e adolescentes portadores de outros distúrbios de comportamento e doenças psiquiátricas, mas que nem sempre apresentam manifestações evidentes. É uma sequela comum em vítimas de maus-tratos, que usam as lesões como forma perversa de chamar atenção para si ou para demonstrar o descaso com sua existência, resultado dos desequilíbrios emocionais secundários à violência.

Entidade de difícil diagnóstico, a maioria das vezes minimizada ou não percebida pelos responsáveis, demanda atendimento imediato e acompanhamento médico psiquiátrico rigoroso.

Na maioria dos casos que chegam a óbito, pode-se encontrar no histórico essas atitudes de comportamento de risco e, usualmente, o relato de uma ou mais tentativas anteriores de suicídio, não valorizadas o suficiente para que se protegesse essa criança ou adolescente de sua própria destrutividade.

***Bullying* ou violência entre iguais**

Compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao *bullying* pode ser consequente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional ou do maior apoio dos demais estudantes ^{13, 14}.

Papel das crianças e adolescentes

As crianças e adolescentes podem ser identificados como autores (agressores), alvos (vítimas), alvos/autores (agressores/vítimas) e testemunhas ¹⁴, de acordo com suas atitudes ante situações de *bullying*. Não há evidências que permitam prever que papel adotará cada aluno, pois pode ser alterado de acordo com as circunstâncias.

***Bullying* direto**

O *bullying* é classificado como direto – utilizado quatro vezes mais por meninos – quando o ataque às vítimas ocorre diretamente, mediante apelidos, agressões físicas, ameaças, roubos, ofensas verbais ou expressões e gestos que geram mal-estar aos alvos.

***Bullying* indireto**

Nesse tipo de *bullying*, mais adotado pelas meninas, as vítimas estão ausentes e o mesmo é compreendido por atitudes de indiferença, isolamento, difamação e negação aos desejos.

Cyberbullying

Uma nova forma de *bullying*, conhecida como “*cyberbullying*”, tem sido observada com frequência cada vez maior no mundo. Trata-se da utilização da tecnologia da informação e comunicação (*e-mails*, telefones celulares, mensagens por *paggers* ou celulares, fotos digitais, sites pessoais e/ou ações difamatórias *online*) como recurso para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, de um indivíduo ou grupo, que pretende causar danos a outro(s) ¹⁵.

Recomendações para atuação frente às causas da violência

A complexidade para o entendimento sobre as diferentes causas da violência, quer política, econômica, cultural, religiosa, étnica, de gênero ou etária, dentre outras, torna o seu enfrentamento um grande desafio, exigindo como parte do processo esforços para melhor compreensão e explicação do problema em situações concretas.

Nesse contexto, o relatório da Assembleia Geral das Nações Unidas ¹⁶, de 2006, sobre a violência contra a criança, pontua recomendações apresentadas no quadro abaixo para o enfrentamento dessas questões, que merecem ser destacadas, compreendidas, divulgadas e aplicadas, intendando fazer a diferença no futuro de nossas crianças e adolescentes.

Recomendações da Assembleia Geral das Nações Unidas

- Devem ser fortalecidos os compromissos e medidas nacionais e locais contra a violência
- Devem ser proibidas todas as formas de violência contra crianças
- A prevenção deve ser priorizada
- Devem ser promovidos valores não violentos e a conscientização da população
- Deve ser fortalecida a capacidade de todas as pessoas que trabalham com e para crianças, e prestados os serviços de reabilitação e reintegração social
- A participação das crianças deve ser garantida
- Devem ser criados sistemas e serviços de denúncias
- A responsabilização (*accountability*) deve ser garantida e a impunidade eliminada

- A dimensão de gênero da violência contra crianças deve ser abordada
- Mecanismos nacionais sistemáticos de coleta de dados e pesquisas devem ser desenvolvidos e implementados
- Compromissos internacionais devem ser fortalecidos

“Quando chegar o momento de vocês deixarem o mundo não tenham a preocupação de terem sido bons, isto não é o bastante! Deixem um mundo bom! Onde reina a violência o único recurso é a violência. Onde vivem os homens o auxílio só pode vir dos homens”

Brecht

Considerações finais

A superação do problema da violência contra crianças e adolescentes requer o envolvimento de todos os segmentos da sociedade, que deve assumir o compromisso de empreender uma mudança de cultura a médio e longo prazos sobre os vários aspectos que o envolvem.

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ¹⁷, existem poucos estudos longitudinais e de controle no campo da prevenção de violência, e as pesquisas, geralmente, não avaliam a efetividade das práticas empregadas, dificultando a implantação de intervenções por parte dos profissionais que trabalham nessa área. Todavia, pontua os itens abaixo como importantes e fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção:

1. Identificar a população de alto risco;
2. Considerar o contexto cultural e demográfico dos participantes;
3. Obter a participação da comunidade e dos pais no planejamento das intervenções;
4. Estabelecer metas e objetivos bem definidos;
5. Elaborar material educativo;
6. Capacitar os pais.

Nossas crianças necessitam de segurança e lares acolhedores, livres de violência e pais que as respeitem, amem e protejam, com estabilidade e rotina. As crianças precisam aprender que a violência não é um método correto de resolução de conflitos, e conhecer os modelos alternativos de educação, sem o uso da violência, que lhes propiciem uma ideia positiva do futuro.

Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Situação Mundial da Infância 2008 [internet]. Nova Iorque: Unicef; 2007. Foco em Brasil: criando uma rede nacional de sistemas de saúde; p.86-8 [citado 12 jan 2010]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 12 jan 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres4.pdf>.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento: crianças de até 6 anos [internet]. Brasília: Unicef; 2005 [citado 12 jan 2010]. (Situação da Infância Brasileira 2006). Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_020_039_Violencia2.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM [internet] [citado 12 jan 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
5. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 [citado 13 jun 2007]. 141p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/perfis.pdf>.
6. World Health Organization. International Society for Prevention of Child Abuse. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Jun]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.

-
7. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006;14:849-56.
 8. Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. How often are children hit? [internet]. [cited 2007 Jun]. Available from: http://www.endcorporalpunishment.org/pages/research/how_often.html.
 9. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Laboratório de Estudos da Criança (Lacri). Os novos pequenos mártires: infância e violência doméstica [internet]. São Paulo: USP/IP/Lacri; 2000 [citado 17 jun 2007]. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/menulacri.php>.
 10. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, org. *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p. 95-114.
 11. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência (Abrapia). *Guia de orientação para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Autores & Agentes Associados; 1997.
 12. Brasil. Código Penal brasileiro [internet]. Brasília: Presidência da República; [citado 14 jan 2010]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>.
 13. Campos JA, Paes CAN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. *Segurança da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé Nutrição; 2004.
 14. Neto AAL, Saavedra LH. *Diga não para o bullying*. Rio de Janeiro: Abrapia; 2004.
 15. Shroff Pendley JS. Bullying and your child. Kidshealth [internet]. 2005 [cited 2007 Jun]. Available from: <http://www.kidshealth.org/parent/emotions/behavior/bullies.html>.
 16. Pinheiro PS. *World report on violence against children*. New York: Unicef/WHO; 2006 [cited 2007 Feb 21]. Available from: <http://www.unicef.org/violencestudy/l.%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf>.

-
17. 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. Atlanta, Georgia: División de Prevención de la Violencia, Centro Nacional para el Control y Prevención de Lesiones. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2001 [cited 2010 jan]. Disponible en: [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bestpractices\(span\).pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bestpractices(span).pdf).

Capítulo 2

Abuso ou violência física

Antonio Carlos Alves Cardoso

Introdução

Abuso ou violência física é conceituado como o uso da força física em forma intencional, dirigido para ferir, lesionar ou destruir uma criança, exercido por parte dos pais ou de outra pessoa responsável pelo cuidado do menor. Acomete todas as faixas etárias da criança, porém predomina nos menores de três anos.

Estima-se que o abuso físico seja responsável por aproximadamente 25% de todas as formas de abuso à criança. Proporcionalmente, é o maior responsável por mortalidade entre as formas de abuso à criança.

Diagnóstico

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

A suspeita clínica de abuso físico se baseia nos 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.

Anamnese – dados que sugerem vitimização física:

- Incompatibilidade entre os dados da história e os achados clínicos
- Omissão total ou parcial da história de trauma
- Pais que mudam a história sempre que são interrogados
- Histórias diferentes quando os membros da família são questionados isoladamente

-
- Demora inexplicável na procura de recursos médicos ante evidente presença de trauma
 - Crianças maiores que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os pais
 - Mães solteiras, mães muito jovens, pais separados etc.
 - Pais alcoólatras (frequentemente o pai) ou usuários de drogas ilícitas
 - Violência à mãe ou a pessoas idosas da família
 - Pacientes com doença mental, principalmente apresentando retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)

Exame físico

Aspecto geral – resultados que sugerem paciente vítima de violência física:

- Agressivo - a criança pode apresentar-se temerosa, arredia, agressiva e frequentemente adotar posições de defesa, isto é, encolher-se e proteger o rosto, região em que é agredida com frequência
- Apático - pode, por outro lado, apresentar-se apática, sonolenta e triste, já não esboçando muita defesa
- Desnutrido - não raramente a desnutrição acompanha essas situações, algumas vezes com atraso importante do desenvolvimento neuromotor

Pele – lesões que sugerem trauma intencional:

- Hematomas - são os sinais mais frequentemente encontrados. Especial atenção deve ser dada quando aparecem em dorso, nádegas, região genital e dorso das mãos, locais menos frequentes de lesões acidentais. Observar quando estão em fases distintas de evolução, sugerindo traumas repetitivos

-
- Escoriações - podem acompanhar os hematomas
 - Queimaduras - podem estar presentes em até 10% das crianças com abuso físico. Especial atenção quando são de extremidades e simétricas, principalmente quando predominam em regiões de extensão, sugerindo algum esboço de defesa por parte do agredido

Cabeça – aproximadamente 30% das crianças agredidas apresentam traumatismo na cabeça, das quais até 50% sofrem alterações neurológicas permanentes:

- Olhos - por ser 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 à amaurose
- Orelhas - podem aparecer deformidades causadas por traumas repetitivos, das quais a conhecida “orelha em lata” pode ser uma delas
- 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 nessas regiões são causas importantes de morte na criança agredida. O mecanismo pode ser agressão direta, geralmente pelo punho do adulto, ou brusca desaceleração após a criança ser empurrada:

- 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. Observou-se que em até 6% das crianças submetidas a abuso físico e que não exibiam, ao exame físico, sinais sugestivos de lesão abdominal, houve o desenvolvimento de lacerações hepáticas vistas em tomografia

Fraturas

Podem aparecer em até 40% das crianças com abuso físico. São mais sugestivas de trauma intencional quando distais e com características de fraturas por arrancamento. As fraturas espiraladas, especialmente de membros inferiores em crianças que ainda não andam, são também bastante sugestivas de abuso.

A avaliação radiológica completa deverá ser realizada em crianças com menos de dois anos e naquelas que não se comunicam, mesmo não havendo evidências de trauma ósseo ao exame físico.

As fraturas de crânio que sugerem abuso têm como características serem múltiplas, complexas ou de região occipital ou parietal posterior.

Sistema nervoso central

A frequência de traumas cranianos acidentais em crianças até o 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 central.

Crianças abaixo de três anos de idade, especialmente as com menos de um ano, que apresentam o exame neurológico alterado, como: diminuição do nível de consciência; irritabilidade; diminuição da aceitação alimentar; vômitos; convulsões; alteração da respiração incluindo apneia; coma e postura em opistótono podem apresentar hemorragia intracraniana e necessitam tomografia de urgência. Na presença de sinais de hemorragia intracraniana é fundamental realizar exame de fundo de olho – o qual, quando revela hemorragias retinianas, caracteriza a síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*).

Diagnóstico diferencial – devem ser considerados os sinais sugestivos de violência física:

- Hematomas - mesmo em regiões não sugestivas de traumas acidentais podem ser manifestação de leucoses, distúrbios de coagulação ou doenças vasculares
- Alterações ósseas - podem ser manifestação de osteomielite, osteogênese imperfecta, hiperostose cortical, escorbuto, e também sugerir traumas ósseos

-
- Fraturas de costelas - podem ser resultado de reanimação cardiorrespiratória
 - Alterações neurológicas - podem ser devidas a trauma de parto, meningites, seps, envenenamento por monóxido de carbono, erros inatos do metabolismo

Exames complementares – devem ser direcionados pelo quadro clínico:

- Principais exames hematológicos: hemoglobina, hematócrito, plaquetas, coagulograma
- Principais exames bioquímicos: creatinofosfoquinase (CPK), amilase, enzimas hepáticas, eletrólitos, intoxicação exógena
- Principais exames urinários: urina tipo I, intoxicação exógena
- Principais exames de imagem:
 - radiografia simples - até dois anos de idade, fazer de corpo inteiro; nos maiores, basear-se na anamnese e no exame físico
 - ultrassonografia - abdome e fontanela
 - tomografia computadorizada - crânio, tórax e abdome

Síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*):

Caracterização

A síndrome do bebê sacudido caracteriza-se por lesões do sistema nervoso central e hemorragias oculares provocadas por chacoalhamento de crianças pequenas. O ato de chacoalhar não precisa ser prolongado. Pode ser bastante breve e ocorrer apenas uma vez, ou ocorrer repetidas vezes por dias, semanas ou meses.

- Idade - a vítima típica costuma ter menos de um ano e, usualmente, menos de seis meses de idade
- Sexo da vítima - em geral, a criança agredida é do sexo masculino e cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão
- Sexo do agressor - 90% são homens. O pai biológico é o mais comum. Quando o agressor é do sexo feminino, é mais provável ser a babá do que a mãe biológica

Quadro clínico

Os sintomas podem ser leves ou graves, mas 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.

- Lesões esqueléticas - aparecem em até 50% dos casos, mas sua presença não é requerida para o diagnóstico. Fratura em arco posterior da costela reforça o diagnóstico da síndrome. Fraturas de ossos longos, embora não típicas da síndrome, podem estar presentes
- Hemorragia subdural - consequente à ruptura das veias pontes no espaço subdural
- Hemorragia retiniana - crianças com trauma craniano leve ou moderado, como os consequentes à queda do berço, não exibem hemorragia retiniana. Mesmo nos traumas acidentais graves, como acidentes automobilísticos, a hemorragia retiniana é observada em menos de 3% das crianças estudadas

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

Consequências

Estima-se que menos de 20% dos pacientes com síndrome do bebê sacudido têm evolução favorável e cerca de 1/3 morrem rapidamente. Os demais sobreviventes apresentam sequelas neurológicas (lesões encefálicas, atraso do DNPM, convulsões, lesões da medula espi-nal) ou oculares importantes (hemorragias oculares, cegueira).

Bibliografia

1. Alexander RC. Current and emerging concepts in child abuse. *Compr Ther* 195;21:726-30.

-
2. Berkowitz CD. Pediatric abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1995;13:321-41.
 3. David GP, Cid KE. Síndrome del niño sacudido. *Rev Chil Pediatr* 1993;64:381-3.
 4. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. *Pediatr Neurosurg* 1996;24:292-8.
 5. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants: the shaken baby syndrome. The "shaken-baby syndrome". *N Engl J Med* 1988; 338:1822-9.
 6. Eisenbrey AB. Retinal hemorrhage in the battered child. *Child's Brain* 1979; 5:40-4.
 7. Ellis PSJ. Review: the pathology of fatal child abuse. *Pathology* 1997;29: 113-21.
 8. Garcia CB, Zaninovic AC. Síndrome del niño maltratado: hallazgos radiológicos. *Rev Chil Pediatr* 1991;62:273-80.
 9. Giardino AP, Christian CW, Giardino ER, editors. A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
 10. Gilliland MGF, Folberg R. Shaken baby: some have no impact injuries. *J Forensic Sci* 1996;41:114-6.
 11. Hobbs CJ. Skull fractures and the diagnosis of abuse. *Arch Dis Child* 1984;59:246-52.
 12. Kapoo S, Schiffman J, Tang R, Kiang E, Li H, Woodward J. The significance of white-centered retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. *Pediatr Emerg Care* 1997 Jun;13(3):183-5.
 13. Kivlin JD, Simons KB, Lazoritz S, Ruttum MS. Shaken baby syndrome. *Ophthalmology* 2000;107:1247-54.
 14. Lancon JA, Haines DE, Parent AD. Anatomy of the shaken baby syndrome. *Anat Rec (New Anat.)* 1988;253:13-8.
 15. Leavitt EB, Pincus RL, Bukachevsky R. Otolaryngologic manifestations of child abuse. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118:629-31.

-
16. Lopez CM. Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el "maltrato infantil". *Rev Esp Pediatr* 1991;35:113-9.
 17. Marcovich J. El niño maltratado. México: Editores Mexicanos; 1981.
 18. Merten DF. Radiologic imaging of inflicted injury in the child abuse syndrome. *Pediatr Clin North Am* 1990;37(4):815-37.
 19. Monteleone JA, Brodeur AE. Child maltreatment: a clinical guide and reference. St Louis, MO: GW Medical Publishing; 1994.
 20. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 Jan;154(1):11-5.
 21. Rogers L, Poznanski A. Imaging of epiphyseal injuries. *Radiology* 1994 May;191(2):297-308.
 22. Sirotnak AP, Krugman RD. Physical abuse of children: na update. *Del Med Jrl* 1997 Jul;69(7):335-43.
 23. Skalar EML, Ouencer RM, Bowen BC, Altman N, Villaneuva PA. Magnetic resoance applications in cerebral injury. *Radiol Clin North Am* 1992;30(2):353-66.
 24. Weissgold DJ, Budenz DL, Hood I, Rorke LB. Ruptured vascular malformation masquerading as battered/shaken baby syndrome: a nearly tragic mistake. *Surv Ophthalmol* 1995;39(6):509-12.

Capítulo 3

Negligência ou omissão do cuidar

Luci Pfeiffer
Mário Roberto Hirschheimer

*“Todas as famílias felizes se parecem, mas as infelizes
são infelizes cada uma à sua maneira”*

Tolstoi

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.

Um conceito amplo de negligência, ou omissão do cuidar, é o não atendimento das necessidades básicas da criança, em variados níveis de gravidade. É uma das formas mais frequentes de maus-tratos que há bem pouco vem sendo reconhecida como tal. Incluída no cotidiano de muitas famílias ou instituições, faz parte do contexto do que os adultos supõem ser seu direito de escolher, na maioria das vezes sem questionamentos à qualidade de vida dos que deles dependem.

Abandono

O abandono é a forma extrema de negligência, mas caracteriza-se por apresentações parciais de abandono à submissão da criança ou adolescente a atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, de maneira intencional ou não, que levem a prejuízos da higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, proteção e afetividade.

Caracterização como crime

O Código Penal brasileiro caracteriza, em seus artigos 133 e 134, respectivamente, o “abandono de incapaz” e a “exposição ou abandono de recém-nascido”. No primeiro, a pena prevista é de detenção (de 6 meses a 3 anos), que aumenta se do abandono resultar lesão corpo-

ral de natureza grave 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 a morte.

No art. 136, que trata sobre “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, a morte ou se o crime é praticado contra menor de 14 anos¹. Ressalte-se que a caracterização de “maus-tratos” constante deste artigo expõe a visão da época e a fragilidade da defesa das crianças e adolescentes ante o Código Penal em vigor (promulgado em 1940). Ele determina penalidades apenas quando esses são submetidos à privação de alimentação ou cuidados indispensáveis, trabalho excessivo ou inadequado, mas implicitamente admite o uso de meios de correção ou disciplina (quais, como e quanto?), aceitos desde que não haja abuso – a outra circunstância penal é a do art. 133 (abandono de incapaz). Mas como dar o direito à criança e ao adolescente a ter apenas o “indispensável”? Que conceito explicita/justifica os meios de correção e disciplina que podem ser utilizados para um ser em desenvolvimento, e qual o medidor para dosar o que é abuso?²

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.

É possível aceitar a convergência dos conceitos das áreas da Saúde e da Justiça na forma classicamente reconhecida como negligência, que ocorre nas classes sociais menos favorecidas, por ausência de condições financeiras mínimas ou fatores culturais associados à ignorância e à falta de valorização da infância e adolescência. Como explicar, no entanto, tantas crianças e adolescentes 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, em todas as classes sociais?

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, no desacompanhamento. Nem sempre os pais ou responsáveis têm a consciência dessa

forma de mau trato, que ocorre por meio da pouca valorização, da menor importância, da falta de tempo, da atenção que nunca aparece e do carinho que nunca chega.

Assim, o título “omissão do cuidar” engloba tanto a forma de negligência social e cultural (proveniente da falta de recursos para o sustento da família) como a advinda da intencionalidade do descuido, desproteção ou desafeição que acontecem em todas as classes socioculturais – os quais merecem abordagens completamente diferenciadas.

A omissão do cuidar ou negligência ligada à pobreza ou à miséria, para muitos, justificaria a impossibilidade do bem cuidar. Se assim fosse, se poderia supor que pessoas nascidas e criadas em ambientes de extrema injustiça social, sem condições mínimas de vida e dignidade, não conseguiriam privilegiar o bem-estar de sua prole, pois a luta diária estaria direcionada à sobrevivência e, para tal, qualquer omissão seria aceita. Porém, mesmo em grandes bolsões de miséria, encontram-se mães e pais extremamente afetuosos e preocupados com o bem-estar de seus filhos, tentando lhes oferecer o que têm de melhor, muitas vezes em prejuízo próprio, o que indica a necessidade de reavaliação desse conceito. Da mesma forma, como responder as perguntas, formuladas no quadro abaixo, referentes a crianças e adolescentes de classes socioeconômicas mais elevadas?

Perguntas para caracterizar a intencionalidade da omissão do cuidar (culposa ou dolosa)

Crianças e adolescentes que:

- não conseguem obter dos pais nem o mínimo de atenção e/ou afeto?
- são deixados aos cuidados de terceiros, ou a seu próprio, sem que haja o interesse de conhecer suas necessidades, ansiedades ou desejos?
- passam os dias em companhias que os pais desconhecem, fazendo escolhas sem orientação, argumentação ou contraposição?

- sofrem o descaso frente à proteção às doenças ou aos traumas não intencionais (ditos acidentais)?
- não recebem incentivo e supervisão do desempenho escolar, lembrado apenas para as situações de grandes dificuldades ou mesmo de fracasso?

Essas são formas de negligência onde a omissão do cuidar é ainda mais perversa, pois não podem ser justificadas pela ignorância, desconhecimento ou falta de condições sociais para suprir as necessidades da infância e adolescência ².

É preciso entender essas duas formas de negligência ou omissão do cuidar: a primeira, ligada aos baixos padrões culturais e financeiros da família, é neste texto denominada como sociocultural; a segunda, cada vez mais frequente, provocada pela indiferença, rejeição, não oferta do necessário ao pleno desenvolvimento físico e emocional da criança e/ou adolescente, pode ser denominada intencional, mesmo que culposa, por nem sempre ser consciente.

Negligência como forma de violência doméstica

A negligência é responsável por mais de 40% dos casos de maus-tratos na infância. Comparada às outras formas de violência, é a que apresenta maior índice de mortalidade ³. Nas tabelas a seguir, relativas à morbidade por violência doméstica, é possível comparar dados do Brasil e da Inglaterra. Nota-se que, apesar de países com características sociais e culturais bem diferentes, a negligência, quando percebida, ocupa o mesmo primeiro lugar, com frequências semelhantes.

Registrada no Lacri - Instituto de Psicologia do HCFMUSP, de 1996 a 2006⁴

| <i>Categoria de abuso</i> | <i>Nº de vítimas</i> | <i>%</i> |
|---------------------------|----------------------|-------------|
| Negligência | 60.247 | 40,7% |
| Violência física | 46.541 | 31,4% |
| Violência psíquica | 24.305 | 16,4% |
| Violência sexual | 16.395 | 11,1% |
| Outras | 552 | 0,4% |
| <i>Total</i> | <i>148.040</i> | <i>100%</i> |

Registrada no Registro de Proteção à Criança na Inglaterra, de 2001 a 2005⁵

| <i>Categoria de abuso</i> | <i>Nº de vítimas</i> | <i>%</i> |
|---------------------------|----------------------|-------------|
| Negligência | 60.700 | 40,6% |
| Violência física | 30.200 | 20,2% |
| Violência psíquica | 26.000 | 17,4% |
| Violência sexual | 15.600 | 10,4% |
| Outras | 17.100 | 11,4% |
| <i>Total</i> | <i>149.600</i> | <i>100%</i> |

Também nos relatórios do Programa Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência, desenvolvido na cidade de Curitiba/PR, a negligência representa o maior número de notificações, sendo responsável por 40,7% (552) dos registros de 2003 e 61,7% (1.131) dos de 2004. Nesse ano, 36% (407) do total de casos foram classificados como moderados; 35% (396), como leves; e 21,9% (248), como graves – o que demonstra que esse crime contra a criança e o adolescente pode levar a sérias consequências, inclusive à morte ⁶.

Formas de manifestação

A negligência pode ser física, educacional ou emocional, mas esse último tipo apresenta maior potencial ofensivo do que a própria violência física ⁷, pois o dano psicológico que acompanha a omissão do cuidar tem efeito deletério maior, considerando-se que o aparelho psíquico em formação consegue elaborar com menor dificuldade situações nas quais existe uma ferida aparente, como na violência

física. A falta de possibilidade de demonstração, localização e compreensão da dor psíquica fazem com que se generalize, surgindo, em algum momento, por meio de diversas sensações de desconforto tais como ansiedade, angústia, medo e outros transtornos de comportamento ou de involução afetiva, psicomotora, moral ou social⁸.

A negligência emocional compreende a deterioração do ambiente interpessoal do lar e induz aspectos negativos na criança em relação a senso de segurança física e emocional, aceitação, autoestima, consideração e autonomia. Embora haja pouco consenso sobre sua definição, tem sido, na prática, considerada como a falta de responsabilidade e “calor” materno/paterno, ou de consistência e predeterminação no trato com a criança, especialmente no plano disciplinar³. Essa 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 a autoestima da vítima⁹.

“Perdoem-me os pais que se queixam de que os filhos são um fardo, de que faltam tempo, dinheiro, paciência. Receio que o fardo, o obstáculo e o estorvo a um crescimento saudável dos filhos sejam eles”

Lya Luft

Diagnóstico

Apesar de ser um tipo frequente de violência, a negligência é a que apresenta maior dificuldade para ser definida e identificada, pelo fato de não haver acordo sobre os parâmetros do que é adequado para determinada criança ou adolescente. 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 suas crianças e adolescentes das necessidades mínimas aceitáveis¹⁰.

O quadro a seguir apresenta os sinais de alerta relacionados às três formas de negligência.

Negligência física

- Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes
- Prejuízo à saúde por irregularidade no acompanhamento às 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 patologia crônica
- Lesões de pele ou dermatite de fraldas de repetição (sem tratamento)
- Cáries dentárias (sem tratamento)
- Déficits de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifique
- Desnutrição sem doença básica aparente
- Descuido na guarda, preparo ou oferta de alimentos
- Obesidade por descuido ou imposição nutricional
- Descuido com a higiene
- Falta de proteção contra acidentes e violência praticada por outros
- Falta de proteção contra intempéries climáticas
- Uso de vestimentas muito inferiores ou contrastantes com o padrão apresentado pelos pais ou oferecido aos outros irmãos

Negligência educacional

- Falta de acompanhamento da escolaridade
- Permissão ou estímulo ao absenteísmo escolar ou omissão frente a ele
- Não realizar a matrícula escolar da criança na idade oportuna

Negligência emocional

- Desatenção às necessidades de afeto, amor e proteção
- Violência doméstica contra outros membros da família
- Permissão, estímulo ou omissão frente ao uso de álcool ou outras drogas por filhos menores de idade
- Indução ao sedentarismo, inatividade
- Impedimentos à socialização e/ou ao lazer
- Criança ou adolescente deixado sob a guarda ou cuidados de terceiros, sem acompanhamento dos responsáveis ou supervisão
- Recusa ou expulsão da moradia da família, abrangendo a não procura de menor foragido e recusa em acolhê-lo quando do retorno

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 quando deparamos com o questionamento de sua intencionalidade. Uma boa referência é comparar os tratos dispensados a cada um dos filhos, buscando identificar algum tratamento desigual ⁹, bem como os recursos que a família dispõe com os oferecidos por outras de mesmo estrato social. Porém, mesmo ante o diagnóstico de impossibilidade social no bem cuidar, é preciso que se instituem todos os meios sociais e legais de proteção, incluindo a notificação, sempre obrigatória para os profissionais das áreas da Saúde e Educação (art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente) ¹¹.

Nos serviços de saúde, os seguintes fatos devem chamar atenção: internações frequentes, acidentes repetitivos (com frequência acima do esperado) e existência de enfermidades passíveis de prevenção. Cabe discutir quando os pais se recusam a aceitar uma conduta claramente benéfica para seus filhos, como as vacinas, por exemplo. Nessa circunstância, o melhor interesse do menor deve prevalecer e a responsabilidade do médico e da instituição hospitalar existe independente da dos pais. Portanto, havendo ou não culpa 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 desamparo ¹²⁻¹⁵.

Sinais de alerta nas admissões nos serviços de saúde

- Internações frequentes
- Absenteísmo no acompanhamento ambulatorial
- Acidentes repetitivos (com frequência acima do esperado)
- Enfermidades passíveis de prevenção
- Pais que se recusam a aceitar conduta claramente benéfica para seus filhos (vacinas, por exemplo)

Por ocasião do atendimento médico, alguns padrões de comportamento podem ser indicativos de crianças negligenciadas, como os abaixo apresentados.

Padrões de comportamento sugestivos de crianças negligenciadas

- Criança e pais raramente se tocam
- Apreensão e desconfiança ou apatia e sonolência
- Dores e queixas psicossomáticas
- Comportamentos extremos: agressivos, destrutivos, tímidos, passivos, submissos, retraídos
- Choro excessivo

Consequências

As consequências desses maus-tratos podem apresentar uma gama de variações e intensidade, como as seguintes:

Danos à saúde física

- Desnutrição
- Anemia
- Carências vitamínicas
- Obesidade
- Hipercolesterolemia
- Aumento da incidência de doenças
- Déficit do crescimento

Danos à saúde mental

- Atraso do desenvolvimento psicomotor
- Baixa autoestima
- Dificuldade de sociabilização
- Distúrbios de comportamento
- Prejuízos na estruturação da personalidade
- Doenças mentais
- Destrutividade ou delinquência
- Autodestrutividade: drogadição/alcoolismo, atitudes ma-soquistas, suicídio

Danos à educação

- Atraso de desenvolvimento
- Dificuldades de aprendizagem
- Fracasso escolar
- Redução das possibilidades para futuro sucesso profissional

Danos à afetividade

- Isolamento
- Agressividade
- Sentimento de “minus valia”
- Dificuldades relacionais
- Sociopatias

O acompanhamento dos pacientes submetidos à negligência por longo tempo pode ser altamente frustrante, pois podem estar muito comprometidos e, conseqüentemente, com limitadas possibilidades de recuperação satisfatória.

Há que considerar, no entanto, a extrema capacidade de recuperação de algumas dessas crianças quando lhes é dada uma oportunidade de vida com respeito e afeto. Esse processo terá maior probabilidade de ocorrer com o atendimento precoce e adequado, que inclua não apenas o tratamento das “feridas” físicas e emocionais, mas também a assistência familiar, apoiados pelos meios de proteção legal, que muitas vezes têm falhado pela ausência de critérios claros de avaliação, que ignoram as características especiais do ser em desenvolvimento ¹⁶.

O profissional de saúde no atendimento às vítimas de negligência

“Trate cada indivíduo sempre como um fim em si mesmo, não somente como um mero meio”

Immanuel Kant

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 tornam-se agressivos e arrogantes. Por isso, é importante considerar, no atendimento a essas vítimas, alguns aspectos éticos (ver o Capítulo 9), tais como: o melhor interesse do menor deve prevalecer; a responsabilidade do médico/instituição hospitalar existe independente da dos pais; é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção dessas vítimas.

Sendo 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 (art. 227 da Constituição Federal), compete à equipe de saúde, ao atender uma suposta vítima de violência por ação ou omissão, representar a sociedade nessa relação, sendo imprescindível sua participação ativa no desenvolvimento das estratégias de atuação coletiva contra a violência.

O profissional de saúde está obrigado a agir no melhor interesse do paciente, fazendo o bem em relação a essa pessoa, de forma intrans-

ferível e inalienável, promovendo seu bem-estar físico, mental, social e espiritual da melhor forma, viabilizando o desabrochar de seu potencial como ser humano. Deve, também, agir com justiça, ou seja, garantir a qualquer criança ou adolescente o acesso aos meios disponíveis de cuidados e de proteção que viabilizem a sua existência, garantindo-lhes os direitos previstos nos artigos 5º e 227 da Constituição Federal ¹⁷.

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

- proteger a criança, não ignorando que sua expectativa é de transformação da dinâmica familiar, e não que a afastemos de sua família
- ouvir e compreender o que se passa com aquele grupo familiar, evitando o confronto
- não contaminar o atendimento com as próprias cognições e emoções
- não competir com a família, agindo como “pais melhores” para a criança – o objetivo é ajudar e proteger a criança, e não tornar os pais mais fracassados, acentuando a ferida
- identificar o papel profissional de cada um, 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

Prevenção

Identificar comportamentos de risco é importante estratégia de prevenção. Exemplos de indicadores de risco no atendimento pré-natal, perinatal e puerperal estão listados no quadro a seguir:

Indicadores de risco no atendimento pré-natal

- Gravidez indesejada
- 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
- Drogadição (inclui alcoolismo)
- Antecedentes de comportamentos violentos
- História pessoal de vitimização

Indicadores de risco no atendimento perinatal e puerperal

- Depressão, raiva, apatia
- Comentários depreciativos acerca do bebê
- Frieza e distanciamento do bebê
- Recusa em segurar, alimentar ou acariciar o bebê
- Repulsa pelas secreções e excrementos
- Aleitamento com indiferença ou recusa no amamentar
- Desinteresse pelas orientações
- Falta de visitas ao recém-nascido hospitalizado
- Criança que não evolui bem

Indicadores de riscos sociais

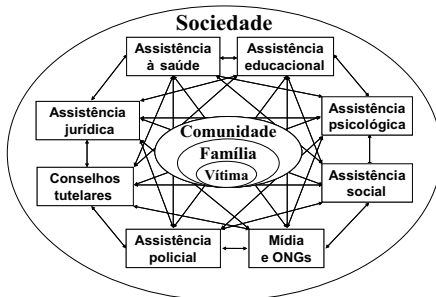
- Estruturais e econômicos que afetam o bem-estar emocional e o relacionamento parental
- Maior número de filhos
- Baixo nível educacional de um ou ambos os genitores
- Crianças com necessidades especiais
- Crianças com comportamento difícil para os pais controlarem
- Crianças que foram expostas às drogas na vida intrauterina

Inclusão social

Uma vez que a negligência tem determinantes múltiplos, sua prevenção só será eficaz por meio de uma rede de serviços bem integrada na comunidade local¹⁸, objetivando implementar programas de sustentação, aconselhamento e treinamento no cuidado às crianças para famílias de risco, antes que seus problemas alcancem um estágio crítico¹⁹.

Necessidades para inclusão social das famílias de risco

- Implementar programas de sustentação, aconselhamento e treinamento no cuidado às crianças para famílias de risco, antes que seus problemas alcancem um estágio crítico
- Rede de serviços bem integrada na comunidade local para atender a suposta vítima e sua família, composta de: assistência médica; assistência policial; assistência jurídica; assistência psicológica; assistência social; assistência educacional e mídia e organizações sociais (ONGs)



Vários estudos relacionam a negligência emocional à delinquência e à criminalidade juvenil, destacando sua origem tanto em nível social como familiar e individual. Dentre os riscos sociais, os econômicos têm importante papel, mesmo que indiretos, por afetar o bem-estar emocional dos pais e alterar o relacionamento parental. Dentre os familiares, destacam-se: as famílias desestruturadas (como as uniparentais sem apoio de outros familiares), a presença de maior número de filhos, nível educacional de um ou ambos os genitores. No nível individual destacam-se as crianças com necessidades especiais e comportamento difícil para os pais controlarem. Há publicações que ressaltam as crianças expostas às drogas quando da vida intrauterina²⁰.

Embora não seja objetivo deste texto discutir a prevenção detalhada da criminalidade juvenil, torna-se óbvio que um dos caminhos é desenvolver estratégias para reduzir a prevalência da negligência.

Recomendações para inclusão social das famílias de risco

- Melhorar o bem-estar econômico das famílias, especialmente as numerosas, mediante profissionalização dos adultos e adolescentes e de sua capacitação para funções melhor remuneradas
- Melhorar as condições da moradia, possibilitando hábitos saudáveis
- Reduzir o encargo do cuidado das crianças, por meio de creches e escolas que as abriguem enquanto os pais trabalham, onde também são desenvolvidos programas de treinamento nos cuidados às crianças para os genitores
- Reduzir o isolamento social e aumentar a disponibilidade de recursos e serviços da comunidade, especialmente para as famílias que têm uma criança com necessidades especiais
- Orientar precocemente todos os responsáveis sobre as características das fases do desenvolvimento infantil, suas necessidades e a importância de seu papel no desenvolvimento físico e emocional da criança e do adolescente
- Prevenir a gravidez indesejada, mediante orientações e disponibilização de meios de planejamento familiar e contraceptivos

Considerações finais

Seria desejável que a sociedade preconizasse, antes de tudo, a busca do Bem e do bem-estar para todos, e o direito dos filhos nascerem com o dever dos pais e da sociedade de assegurar esse bem à geração seguinte. Segurança, proteção, prevenção e assistência são as palavras-chave do discurso social a respeito da família ²¹.

A criança se desenvolve por meio dos cuidados e estímulos que recebe. A cada faixa etária corresponde uma série de aquisições evolutivas, tanto na área motora como na 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 seu desenvolvimento intelectual, cognitivo, social e emocional ².

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

Referências

1. Brasil. Código Penal brasileiro [internet]. Brasília: Presidência da República; [citado 23 jan 2010]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>.
2. Pfeiffer L, Cardon L. Violência contra crianças e adolescentes: do direito à vida. Os vários olhares do direito da criança e do adolescente. Curitiba: Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná; 2006. v. VI. p. 105-13. (Coleção Comissões).
3. Harrington D, Black MM, Star RH, Dubowitz W. Child neglect: relation to child temperament and family context. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(1):108-16.
4. Azevedo MA. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes: a ponta do iceberg, Brasil 1996 a 2006. São Paulo: USP/IP/Lacri; [citado 27 fev 2007]. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/index2.htm>.
5. Morris D. Child Abuse. *Med Update* 2005;3(20).
6. CESMS Curitiba. Banco de dados do Programa Rede de Proteção. Curitiba, 2003-2004. (mimeo).
7. Focus Adolescent Services [internet]. [cited 2007 Feb]. Available from: <http://www.focusas.com/Abuse.html#CHILD%20NEGLECT>.
8. Pfeiffer L, Cardon L. Visão atual da violência contra crianças e adolescentes. *Revista OAB Paraná* 2006;12.

-
9. 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, Universidade de São Paulo; 2002.
 10. Alexander RC. Current and emerging concepts in child abuse. *Compr Ther* 1995;21:726-30.
 11. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 16 jul 1990; seção I:13563.
 12. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95(2):314-7.
 13. Loch JA. Aspectos éticos em imunização infantil. Caso clínico. *Bioética* 1996;4,2:229-32.
 14. 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.
 15. Truog R, Burns J. Ethics. In: Rogers MC, editor. *Textbook of pediatric intensive care*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 1649-62.
 16. Pfeiffer L, Cardon L. Vinculação pais e filhos. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Crianças e adolescentes seguros: guia completo para prevenção de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Publifolha; 2006.
 17. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
 18. Salmelainen P. *Child neglect: its causes and its role in delinquence*. Sydney: Bureau of Crime Statistics and Research New South Wales, 1996. 15p.

-
19. Daro D, Jones E, McCurdy K. Preventing child abuse: an evaluation of services to high-risk families. Philadelphia: William Penn Foundation; 1993.
 20. Benevolent Society of New South Wales. Centre for Children. Home star: a successful beginning, Sydney: Benevolent Society of New South Wales; 1996.
 21. Phillipe J. Abandonarás teu pai e tua mãe. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2000.

Capítulo 4

Violência psicológica

Anna Christina da M. P. Cardoso de Mello

Definição

Define-se por palavras, atitudes, comportamentos e/ou climas negativos criados por adultos em torno de criança ou adolescente, de caráter repetido, extensivo e deliberado. Seu impacto emocional ultrapassa a capacidade de integração psicológica da criança/adolescente e resulta em sérios prejuízos a seu desenvolvimento psicoafetivo, relacional e social. Em geral, acompanha as outras formas de violência.

Este capítulo trata da violência psicológica contra crianças e adolescentes, modalidade que também acontece nas relações interpessoais, diferentemente daquela mais generalizada, resultante de guerras ou problemas econômicos, sociais, políticos, étnicos ou religiosos. Pode ocorrer entre pessoas de qualquer classe social, religião ou raça.

A violência nega o direito de crianças e adolescentes à liberdade e ao respeito, aprisiona suas vontades e os transforma em *coisas* ao submetê-los ao poder adulto.

No mais das vezes, ocorre violência sempre que uma criança ou adolescente for negligenciado, discriminado, agredido, explorado, oprimido, torturado ou submetido a tratamento desumano, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (como reza o Estatuto da Criança e do Adolescente) em uma relação de desigualdade na família ou fora dela.

Violência psicológica por ação

- *Rejeição afetiva*: depreciação ativa da criança e do adolescente, ataque direto à 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 abandono, agressividade verbal, depreciação da imagem, humi-

lhações verbais ou não verbais públicas, utilização de apelidos ou adjetivos que ridicularizam e inferiorizam, comparações maldosas, degradantes

- *Alto grau de expectativa e 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 adolescente; imposição de exigências irrealistas ou inconsistentes
- *Terrorismo*: clima ameaçador, hostil e imprevisível; estímulo a medos intensos na criança ou no adolescente, com ameaças diretas de morte, abandono, 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-os a acreditar que estão sós no mundo e não podem contar com ninguém; limitação dos movimentos da criança ou adolescente, fechando-os, isolando-os ou mesmo prendendo-os em casa, proibindo-os de ter atividades fora de casa e/ou da escola
- *Corrupção e/ou exploração*: favorecimento de comportamentos impróprios, antissociais ou desviantes na criança ou no adolescente, motivando-os à agressão verbal ou física, a atos delinquentes, ao consumo de álcool, drogas e outras substâncias nocivas, ou explorando-os comercialmente para o sexo

Violência psicológica por omissão

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

É a falta de responsabilidade, de calor humano, afeto, sensibilidade e interesse para com as necessidades e manifestações da criança ou adolescente. É a indiferença ante as demandas afetivas; a falta de disponibilidade psicológica concretizada em atitude de desprezo, em interações limitadas e frias. É a ausência de escuta, de atenção, de manifestações de apego.

Sinais de alerta

- 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 o diagnóstico, isto é, retirada de seu meio a criança apresenta rápida e considerável aceleração no crescimento e ganho de peso
- Atrasos psicomotores diversos
- Distúrbios alimentares: perda ou falta de apetite, bulimia, anorexia, obesidade, enurese, encoprese
- Distúrbios cognitivos: dificuldades de aprendizado, atraso intelectual
- Distúrbios do comportamento:
 - no lactente: condutas de evitamento dos pais; vigilância gelada ou controle dos afetos e movimentos em função do estado emocional dos pais; avidez ou voracidade afetiva (querer afeto demais a toda hora e a qualquer custo); depressão, com falta de interesse por brinquedos ou outra estimulação; autismo; hipermovimentação e agitação; distúrbios do sono, da alimentação e esfinterianos
 - na criança: grande inibição e passividade ou hiperatividade e instabilidade psicomotora associadas à agressividade contra os outros e a ela própria
 - no pré-adolescente e no adolescente: fugas, tentativas de suicídio; dificuldades escolares ou escolaridade superinvestida; rebeldia
- Sofrimento depressivo exteriorizado, muitas vezes, por meio de tristeza, choro; hiperemotividade ou transbordamento emocional; sentimento de não ser compreendido; sentimentos de culpa, desvalorização e impotência; sentimento permanente de inferioridade que corta toda a motivação
- Submissão alienante à autoridade em virtude de uma má interiorização da lei; superadaptação ou, ao contrário, sentimento e atitude correspondente de superioridade abusiva

-
- Desconfiança paranoica
 - Incapacidade para reconhecer as necessidades, os sentimentos e o referencial do outro
 - Relação permeada de ansiedade e conflitos com um ou ambos os pais, e com figuras que os representam
 - Pouca comunicação ou comunicação feita sempre de modo destrutivo
 - Hiperreatividade de caráter passivo ou agressivo

Consequências

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

- prejuízo duradouro na constituição e mobilização do sentimento de autoestima/autoconfiança
- vulnerabilidade na constituição e preservação da saúde física e mental
- dificuldade de formar relações interpessoais satisfatórias
- descrédito quanto à possibilidade de amar e ser amado
- sentimentos de culpa e desamparo
- visão pessimista de mundo
- grande dificuldade de se comunicar de maneira construtiva
- comportamentos autodestrutivos e hostis em direção a outros
- dependência, depressão, retraimento
- sintomas de ansiedade excessiva;
- atitudes antissociais, como roubo, mentira, agressividade
- desejos de fuga ou fuga consumada
- tentativas de suicídio ou suicídio consumado

Avaliação clínica

- Dificuldade de medida
- Dificuldade de objetivação
- Avaliação clínica é mais eficaz que a médico-legal
- Acompanha todas as outras formas de violência
- Não é ligada exclusivamente a sua natureza e intensidade
- Ligada à frequência, duração do ato/omissão e idade e desenvolvimento da criança/adolescente

Nos casos de violências psicológicas há uma particular dificuldade de medida dos atos e omissões subjetivos, ou de objetivação dessa realidade, e dos impactos que de fato ela tem sobre a criança ou adolescente, seu desenvolvimento, comportamentos e saúde. Assim, uma avaliação clínica, tanto médica quanto psicológica, é mais eficaz em termos diagnósticos do que uma avaliação médico-legal, ainda que essa 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 se estabelecer. Por exemplo, o fato de não se encontrarem consequências emocionais visíveis em uma criança ou em um adolescente não quer dizer que ela não tenha sofrido ou esteja sofrendo violência psicológica. Em contrapartida, 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.

No caso da violência psicológica, diferentemente das outras modalidades de violência, nem os estudos ou a prática indicam um exato perfil das características de vítimas, autores, natureza dos vínculos e situações ou circunstâncias em que ela ocorre. Há o consenso de se considerar que a violência psicológica acompanha todas as outras formas de violência. Além disso, que o ato ou a omissão psicológica em si não é ligado exclusivamente a sua natureza e intensidade, mas sim a sua frequência e duração no tempo, bem como à idade e nível de desenvolvimento da criança/adolescente. Nesse contexto, a apresentação de um modelo de caso pode ser arriscada.

Bibliografia

1. Azevedo MA. Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 1989.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União 16 jul 1990; seção I: p. 13563.
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. Maltraitance psychologique. Paris: Fleurus-Tardy; 1996. p.53-76.
4. Gosset D, Hédouin V, Revuelta E, Desurmont M. Maltraitance à enfants. Paris: Masson; 1996. Chapitre Les services psychologiques; p. 61-78.
5. Mello ACMPC de. Cuidar respeitando: guia para profissionais que lidam com crianças e adolescentes. São Paulo: Fundação Orsa/Crianças Criativas; 2008.

Capítulo 5

Síndrome de Munchausen por transferência

*Antonio Carlos Alves Cardoso
Mário Roberto Hirschheimer*

Conceito

O nome da síndrome é referência ao barão Karl Friedrich Hieronymus von Munchausen (1720-1797), militar e senhor rural alemão que lutou pela cavalaria russa contra o exército turco no século XVIII e costumava contar histórias elaboradas sobre as batalhas, sempre com tom bastante fantasioso, exagerado e cheio de humor.

Asher, em 1951, descreveu casos de pacientes que procuravam hospitais de Londres apresentando fantasiosas histórias clínicas, cujo objetivo era estar em contato com o sistema de saúde.

A síndrome de Munchausen é, portanto, uma doença psiquiátrica em que o paciente, de forma compulsiva e deliberada, inventa, simula ou causa sintomas de doenças sem que haja uma vantagem óbvia para tal atitude que não a de obter cuidados médicos e de enfermagem.

Meadow, em 1977, observou que alguns pais adotavam a mesma postura, porém utilizavam crianças para atingir aquele objetivo. Foi, então, acrescentado o termo “por transferência” (ou “por procuração” ou “*by proxy*”) ao nome da síndrome, quando o mentiroso não é o próprio paciente, mas um parente, quase sempre a mãe (85% a 95%), que persistente ou intermitentemente produz (inventa, simula ou provoca), de forma intencional, sintomas em seu filho, fazendo com que seja considerado doente, podendo eventualmente causar-lhe uma doença, colocando-o em risco e em situação que requeira investigação e tratamento.

Às vezes, existe o objetivo de obter alguma vantagem para a responsável, como, por exemplo, conseguir atenção do cônjuge para ela e para a criança ou se afastar de uma casa conturbada pela violência. Nas formas clássicas, entretanto, o distúrbio não tem nenhum objetivo lógico, parecendo ser uma necessidade intrínseca e compulsiva de

assumir o papel de doente para si mesmo (chamada de “*by self*”) ou da pessoa que cuida (na forma por transferência). O comportamento é compulsivo, ou seja, a pessoa é incapaz de dele abster-se mesmo sabendo de seus riscos, devendo ser considerado como grave perturbação da personalidade, de tratamento difícil e prognóstico reservado. Esses atos são descritos nos tratados de psiquiatria como transtorno factício e classificados no Classificação Internacional de Doenças (CID) como F68.1 – Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas.

Classificação e formas de expressão

Quanto à gravidade:

- Mentira
- Simulação
- Indução de sintomas ou sinais

Quanto à frequência:

- Episódio único
- Doença contínua
- Doença cíclica

Forma mista de violência:

- Física
- Psicológica

Considerar:

- Vitimização de outros membros da família

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

- *Mentira*: quando o responsável relata o que não ocorreu como, por exemplo, convulsão, vômitos, febre, que a criança não aceita determinado leite ou apresenta alergias, o que pode privar a criança de alimentos ou medicamentos dos quais necessita sem motivo real;

- *Simulação*: sem agressão direta à criança, como, por exemplo, 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 – estima-se que em aproximadamente 25% das ocorrências da síndrome ocorra essa forma de apresentação;
- *Indução de sintomas ou sinais*: por exemplo, dar catárticos para provocar diarreia, atritar a pele para provocar erupções ou aquecer a criança para elevar sua temperatura. Essa forma de agressão pode produzir uma doença com risco de morte, como, por exemplo, induzir vômitos e diarreia (provocando desidratação), intoxicar o paciente com anticoagulante (provocando síndrome hemorrágica), dar sedativo (provocando o coma), asfixiar a criança quase até a morte. Em 50% dos casos há indução dos sintomas e em 25%, coexistem simulação e indução.

A doença deve ser considerada como forma de violência contra a criança, pois além da violência física para provocar os sintomas há a violência psíquica pelas intenações desnecessárias e repetidas que a privam de um cotidiano normal, além de submetê-la à sensação contínua de fragilidade e vulnerabilidade por ser portadora de doença crônica ou cíclica que sequer existe, bem como a múltiplos procedimentos, às vezes invasivos e dolorosos.

Ao contrário das outras formas de abuso ou violência contra crianças, as mães portadoras da síndrome de Munchausen por transferência não são agressivas nem negligentes com os filhos.

Frequentemente, quando o caso é suspeitado ou diagnosticado, descobre-se que havia uma história com anos de evolução e os eventos, apesar de grosseiros, não foram considerados quanto a essa possibilidade. Em mais de 40% dos casos, outros filhos já sofreram essa forma de abuso. É importante não confundir com situações que podemos chamar de “por conveniência”, nas quais a doença é simulada de modo fraudulento para obter vantagens como o afastamento do trabalho, receber o valor de um seguro ou não se engajar no serviço militar.

Incidência e prognóstico

A incidência da síndrome é difícil de avaliar devido à dificuldade do diagnóstico. Meninas e meninos sofrem esse tipo de agressão na mesma proporção.

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. A média é de 20 meses. Estima-se que a prevalência da doença seria de 0,5/100.000 em crianças abaixo de 16 anos, de 12/100.000 nas abaixo de 5 anos e 2,8/100.000 nas abaixo de 1 ano. É provável que o número seja maior, pois muitos profissionais de saúde evitam notificar os casos com pequeno nível de certeza, para evitar constrangimentos e/ou envolvimento em ações judiciais.

Existem vários relatos de casos fatais. A mortalidade pode chegar a 9%. Crianças submetidas à asfixia (com sacos plásticos, travesseiros, mãos) podem evoluir com encefalopatia crônica e retardo mental. É provável que parte dos casos de síndrome da morte súbita sejam, na realidade, casos fatais de síndrome de Munchausen por transferência que não foram diagnosticados como tal.

Manifestações

- Queixas neurológicas (45%)
- Queixas gastrointestinais (10%)
- Referência a “*rashes*” cutâneos (10%)
- Referência à febre (10%)
- Sangramentos simulados ou provocados
- Evento aparente de risco de morte (*Alte – apparent life-threatening event*) 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. Incluem convulsões, apneia e depressão.

As queixas gastrointestinais também são habituais e observadas em aproximadamente 10% dos casos. Os vômitos podem ser induzidos mecanicamente ou com o auxílio de drogas. Algumas vezes, podem ter aspecto fecaloide, sugerindo obstrução intestinal, mas tal fato foi simulado com a adição de fezes ao material do vômito. As diarreias podem ser causadas pela administração de laxativos.

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.

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

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

As manifestações por indução, provocando evento que aparenta ser de risco de morte, podem ser responsáveis por casos da síndrome da morte súbita infantil. Nos Estados Unidos da América do Norte, 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”. Podem ocorrer acréscimos de sintomas às manifestações de uma doença real ou aumento da frequência de um evento que ocorre espontaneamente. A criança pode apresentar convulsões ou epistaxes esporádicas e verdadeiras, mas a responsável inventa uma série de outras crises, dando a impressão de que a doença é mais grave ou que não responde ao tratamento e exige maior intervenção.

À medida que a criança se torna maior há tendência de que passe a participar da fraude, 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 que intenta explicar esse fenômeno é a de que a criança ficaria condicionada a um relacionamento onde o amor e o afeto são vinculados a estar doente. Só se sente amada e cuidada quando nessa condição; quando sadia, sente-se negligenciada (e, às vezes, é mesmo).

Sinais de alerta

Em muitos casos, a responsável pela criança quer apenas despertar e obter atenção, cuidado e carinho; em outros, 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.

Frequentemente o responsável pela criança procura o sistema de saúde com múltiplas queixas, já avaliadas em vários outros serviços, e em seu relato há referências sobre a falta de resposta aos vários tratamentos instituídos e insatisfação relacionada aos atendimentos anteriores.

Não é raro o agressor (geralmente a mãe) ter algum relacionamento com a área da saúde ou cuidados a crianças (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 prolongada.

As intervenções médicas são baseadas nas informações dadas pelo paciente e familiares, cuja veracidade é absolutamente essencial. Quando essa premissa falha, os procedimentos ao paciente, alguns podendo ser bastante agressivos, embora motivados pela ação dos seus responsáveis, são provocados pelos profissionais de saúde, causando dor e sofrimento. Esse fato justifica a classificação que alguns autores fazem 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:

- 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
- utiliza vocabulário médico adequado e faz perguntas a todos sobre as causas, evolução provável, planos de investigação e de tratamento. De forma aberta ou dissimulada sugere condutas, manifestando entusiasmo com novos exames diagnósticos e esquemas terapêuticos
- comporta-se como cuidadora experiente, assume funções e tende a ultrapassar os limites impostos pelas normas e regulamentos do serviço, criando confusões para conseguir atenção

- apesar de não se afastar da criança e parecer esmerada em cuidar dela, não parece tão preocupada com a gravidade da doença quanto os profissionais de saúde e parece contente e confortável com a função de mãe de doente. Mesmo quando as consequências do evento são graves, nunca parecem sentir culpa
- é particularmente cordial com o pessoal médico e de enfermagem, que 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, se tornam agressivas e arrogantes
- há casos que trazem na história familiar relatos de várias doenças graves em outros membros da família, inclusive com mortes súbitas e inexplicáveis
- o pai geralmente é omissos 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 família é mantida afastada pela mãe, sob diversas desculpas

Diagnóstico

O diagnóstico baseado na anamnese, exame físico e exames complementares geralmente é difícil, necessitando equipe 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, já que a responsável permanece ao lado dela. O que chama atenção é que quando ela se afasta da criança, desaparecem ou melhoram.

O tempo para a realização do diagnóstico varia de 3 a 6 meses e algumas situações devem levantar a suspeita:

- 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, frequentemente mais invasivos

- quadros repetidos, cíclicos ou contínuos difíceis de caracterizar, com história, evolução, resultados de exames e respostas terapêuticas estranhas, incomuns ou inconsistentes e que parecem insolúveis apesar do uso extenso de recursos diagnósticos que resultam negativos ou com resultados pouco consistentes
- sintomas que parecem impróprios, inverossímeis, incongruentes, que só ocorrem na presença da mãe e que predominam à noite, quando a supervisão por outras pessoas é menor
- o tratamento é não tolerado, ineficaz ou deixa de funcionar após algum tempo
- a doença piora quando se cogita a 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 nem com a agressividade necessária em virtude:

- do 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
- da dificuldade em admitir que as investigações e tratamentos anteriores, caros e agressivos, não deveriam ou não precisariam ter sido feitos, e que durante muito tempo todas as hipóteses diagnósticas estavam erradas
- de acreditar que se a mãe estivesse provocando os sintomas, a criança e vítima a denunciaria. É importante saber que não raro a criança auxilia a mãe na fabricação dos sintomas
- dos testes psiquiátricos frequentemente não revelarem distúrbios graves de saúde mental ou mesmo não encontrarem

nenhuma desordem psiquiátrica aparente. Essas famílias são sempre de tratamento difícil, estressante e desgastante

Bibliografia

1. Asher R. Münchhausen's syndrome. Lancet 1951;1(6):339-41.
2. Berkowitz CD. Pediatric abuse: new patterns of injury. Emerg Med Clin North Am 1995;13(2):321-41.
3. MacGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Münchhausen syndrome by proxy. Pediatrics 1989;83(2):289-92.
4. Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. Lancet 1977;2(8033):343-5.
5. Oliveira RG. Síndrome de Munchausen [internet]. [citado 17 mai 2009]. Disponível em: <http://Munchhausen.com.br/asindrome.html>.
6. Rosemberg DA. Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 1987;11(4):547-63.
7. Zitelli BJ, Seltman MF, Shannon RM. Münchhausen's syndrome by proxy and its professional participants. Am J Dis Child 1987;141(10):1099-102.

Capítulo 6

Violência sexual

*Théo Lerner
Mônica López Vázquez*

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência pelo forte conteúdo moral. Apesar de não constituir a forma mais frequente, situações de violência sexual usualmente apresentam ambiguidades e incertezas que afetam de maneira intensa a 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 desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido por coação, ascendência ou imaturidade.

O uso da violência física associada à violência sexual está presente apenas em 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 gradual e progressiva por longos períodos.

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 envolvem 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 são geralmente prazerosas e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente por adultos busquem a repetição desses estímulos, quer com adultos quer com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais às diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados.

Abuso sexual

- O abuso é uma das formas de violência sexual caracterizada 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 diversas do contato genital, tais como carícias, beijos, exposição à pornografia ou a situações sexualizadas
- A 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 resume a seus participantes diretos, mas a todo o núcleo familiar, permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação para a maioria dos envolvidos. A revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições.

Violência aguda

- Acomete mais frequentemente mulheres adultas e adolescentes
- Agressor geralmente desconhecido
- Frequentemente associada com ameaças ou violência física
- Demanda atendimento em serviço médico de urgência

De maneira esquemática, as situações de violência sexual podem ser divididas em agudas e crônicas, em função das demandas específicas de cada uma das categorias em relação aos serviços de saúde.

As situações de violência sexual aguda correspondem, na grande maioria, aos “assaltos sexuais”, correlacionados intimamente com a violência urbana e com ocorrência, basicamente, 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.

do, 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 as crianças
- Agressor próximo à criança, em geral dentro da família
- Atos sexuais aumentam de intensidade com o passar do tempo
- Frequentemente associada com sedução, gerando na criança o sentimento de culpa
- Raramente demanda atendimento em pronto-socorro

As situações de violência sexual crônica ocorrem por períodos mais extensos, de maneira progressiva, cometidas, principalmente, contra crianças de ambos os sexos, por pessoas próximas, que contam com a confiança dessas e das 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 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 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 da área 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 próprias. 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 profissionais que atuam de forma isolada, o que não é recomendado. A institucionalização do atendimento favorece o esclarecimento de informações contraditórias e protege o profissional que atende. O registro completo das informações de história e exame físico em prontuário é outro fator de proteção profissional.

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

Atendimento

Não há hipótese para se negar o atendimento médico a situações de violência sexual

- História e exame físico devem ser cuidadosamente descritos e registrados no prontuário do paciente:
 - proteção profissional
 - fornece subsídios para a feitura do laudo indireto de exame de corpo de delito
 - confidencialidade e sigilo devem ser preservados
 - Acolhimento: disponibilidade do profissional, atitude isenta de julgamento
- Privacidade: espaço físico adequado e evitar exposição desnecessária

- **Histórico:** relatar a fala do entrevistado, evitando traduzir tecnicamente o que foi dito. Não fechar o diagnóstico nesse momento
- **Registro dos dados:** anotar o mais fielmente possível, transcrevendo o que foi dito, a forma como foi dito e registrando quem disse. Evitar ser sintético

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

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 peritonal – buscar apoio em outros métodos diagnósticos
- Na urgência, sempre observar a diurese. A anatomia genital da criança torna mais provável 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 se constituir em 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 externamente visíveis. Pacientes com pequenas roturas perineais podem apresentar grandes lacerações em fundo de saco vaginal, com consequente hemorragia para a cavidade abdominal. Os sinais de irritação peritonal podem ser de difícil avaliação em crianças muito pequenas, sendo necessária a complementação diagnóstica com métodos de imagem.

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 indicador confiável
- Avaliar a região anal

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.

O exame ginecológico visa detectar a presença de lacerações sangrantes, que demandam intervenção cirúrgica imediata, e diagnosticar eventuais doenças sexualmente transmissíveis ou gestações. A colposcopia 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 as 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 sua retirada. O tamponamento de sangramentos vaginais deve ser evitado, pois os tampões vaginais tendem a aumentar de tamanho à medida que acumulam o sangue, e sua retirada pode ser bastante traumática para pessoa submetida à violência sexual.

Procedimentos diagnósticos

- Ultrassom pélvico e abdome total – afastar sangramentos intracavitários
- Hemograma completo, sorologias (HIV, sífilis e hepatites B e C), 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 urinalise, 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, faz-se necessário o monitoramento da função renal e hepática.

Coleta de provas forenses (norma técnica do Ministério da Saúde – 2005)

- Colocar material em papel-filtro estéril
- Secar e guardar em envelope lacrado
- Não utilizar sacos plásticos, em vista do risco de transpiração e contaminação do material
- Não utilizar fixadores
- Congelar material quando possível
- Arquivar em condições adequadas à disposição da Justiça

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 2005, preconiza a coleta de material para identificação forense de possíveis autores do delito. O material deve ser colhido em papel-filtro e guardado sob refrigeração, para eventual uso pela autoridade judicial.

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

Realizar nas primeiras 72 horas após o coito suspeito

Dentre os procedimentos realizados incluem-se as diversas profilaxias, as quais são indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, o mais precoce possível, sendo consideradas ineficientes após esse período ou em casos de abusos repetidos. Pacientes na menacma têm indicação de anticoncepção de emergência.

Dosagem recomendada: 2 comprimidos de Levonorgestrel 0,75mg, via oral (VO), em única tomada.

Profilaxia das DSTs não virais

- Profilaxia da sífilis – Penicilina benzatina
- Profilaxia da clamídia e do cancro mole – Azitromicina
- Profilaxia da gonorréia:
 - em crianças: Ceftriaxona
 - em adolescentes e adultos: Ciprofloxacina ou Ofloxacina
- Profilaxia da tricomoníase – Metronidazol

A maior parte das DSTs não virais pode ser evitada por meio de medicações de dose única.

Dosagens recomendadas para crianças:

- Penicilina benzatina: 50.000U/kg, intramuscular (IM), em dose única (dose máxima: 2.400.000U) ou Estearato de eritromicina: 50mg/kg/dia (dose máxima: 2g/dia), VO, 6/6 horas, por 15 dias
- Azitromicina: 30mg/kg, VO, em dose única (dose máxima: 1.500mg)
- Ceftriaxona: 250mg, IM, em dose única
- Metronidazol: 15mg/kg/dia (dose máxima: 750 mg/dia), VO, 8/8h, por 7 dias

Profilaxia da hepatite B

- Imunoglobulina anti-hepatite B - Imunização passiva
- Vacinação contra hepatite B - Imunização ativa

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

A dose recomendada da imunoglobulina anti-hepatite B é de 0,06ml/kg, IM, em dose única.

Quimioprofilaxia antirretroviral

Crítérios

- Tipo de exposição:
 - penetração vaginal ou anal
 - exposição há menos de 72 horas
 - episódios agudos
- Sorologia do agressor conhecida

Esquemas

- Iniciar em até 72 horas após a violência sexual
- Manter por 4 semanas consecutivas
- Esquemas terapêuticos: AZT+3TC+LPV/RTV ou AZT+3TC+INV
- Crianças: adaptar dosagem ao peso
- Cuidados com a adesão ao tratamento

As medicações antirretrovirais devem ser utilizadas criteriosamente, pois devem ser tomadas por 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 com penetração anal ou vaginal; o intervalo entre a exposição e o início da tomada da medicação – que deve ser inferior a 72 horas; e o *status* sorológico do agressor – quando conhecido.

O esquema de escolha inclui mais de uma droga, podendo ser adaptado individualmente.

As doses recomendadas para maiores de 12 anos (ou acima de 40kg) são:

- AZT 300mg + 3TC 150mg (Biovir[®]): 1 comprimido, VO, 12/12h;
- LPV 200mg + RTV 50mg (Kaletra[®]): 2 comprimidos ou 5ml da solução oral, VO, 12/12h.

As doses recomendadas para menores de 12 anos (ou abaixo de 40kg) são:

- AZT: 90 a 180mg/m², VO, 8/8h (máximo 600mg/dia);
- 3TC: 4mg/m², VO, 12/12h (máximo 300mg/dia);

- Solução (LPV – 20mg/RTV – 80mg/ml), de acordo com a tabela abaixo:

| <i>Peso kg</i> | <i>Dose mg/kg, 2x/dia</i> | <i>Volume ml, 2x/dia</i> |
|--------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 7 a < 15 | 12mg/kg | |
| 7 a < 10 | | 1,25ml |
| > 10 e < 15 | | 1,75ml |
| > 15 a 40 | 10mg/kg | |
| > 15 a < 20 | | 2,25ml |
| > 20 a < 25 | | 2,75ml |
| > 25 a < 30 | | 3,50ml |
| > 30 a < 35 | | 4,00ml |
| > 35 a < 40 | | 4,75ml |
| > 40 | | 5,00ml |

Acompanhamento

- Avaliação e conduta definidas pela equipe multidisciplinar
- Garantir seguimento ambulatorial após atendimento de urgência
- Notificação de autoridade competente
- Orientar família sobre demais medidas legais
- Seguimento sorológico

A notificação para conselho tutelar ou Vara da Infância e Juventude é obrigatória, de acordo com a legislação. Cabe à equipe multidisciplinar deliberar quanto à forma e o momento mais adequado para essa notificação.

A notificação criminal (boletim de ocorrência) de crimes sexuais é direito exclusivo da vítima ou de seu responsável legal, exceto quando o agressor possui o poder familiar sobre a vítima, caso em que o boletim de ocorrência pode ser feito pela equipe de saúde.

O seguimento de saúde deve prosseguir independente das medidas legais adotadas, incluindo seguimento sorológico, social e de saúde mental.

Aborto

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

Caso se constate gestação em decorrência de violência sexual, a legislação brasileira permite a realização de aborto, o qual deve ser sempre discutido em equipe, respeitando-se o desejo da paciente ou de seu responsável legal. Deve haver correlação entre a história de violência e a idade gestacional, e todos os procedimentos devem ser decididos pela equipe multidisciplinar que atende o caso.

Bibliografia

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A: Normas e manuais técnicos)
4. Minayo MCS. O impacto da violência social sobre a saúde. Cad Saúde Pública 1994;10(supl.1):S7-S18.

Capítulo 7

Roteiro de atendimento e notificação

*Mário Roberto Hirschheimer
Renata Dejtiar Waksman*

Os maus-tratos, abuso ou violência doméstica devem ser reconhecidos como enfermidades, pois são assim identificados no Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme o quadro abaixo.

CID-10

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)

O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças e adolescentes deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde, bem como a abordagem dessas situações que, às vezes, é de extrema complexidade. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus-tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com essa questão.

Os profissionais de saúde desempenham papel fundamental no levantamento da suspeita, confirmação do diagnóstico, tratamento das lesões e possíveis sequelas, e no acompanhamento e desencadeamento das medidas legais de proteção cabíveis a cada caso.

Dificuldades

Os profissionais de saúde normalmente encontram muitas dificuldades quando se deparam com situações de violência contra crianças e

adolescentes. Isso ocorre, principalmente, devido à falta de preparo técnico, ao fato dessas situações envolverem a transgressão de questões morais e sociais, além do medo ou recusa em envolver-se com o que é considerado culturalmente como problema “de família”, policial e jurídico. Faz-se, portanto, necessário o treinamento para capacitar os profissionais para o adequado atendimento dessas famílias.

- Falta de preparo técnico
- Envolvem questões:
 - morais e sociais
 - “de família”
 - policiais e jurídicas

Abrangência do atendimento

Os profissionais responsáveis pelo atendimento devem ter em mente que há sempre duas ou mais vítimas no abuso perpetrado contra a criança ou adolescente: a própria vítima, a pessoa (familiar) que praticou o ato, outros membros da família ou comunidade da vítima.

Assim, para elaborar um plano de trabalho da equipe que participará das intervenções, é importante verificar qual forma de abordagem melhor se adapta a cada situação.

Atendimento integral

O atendimento de situações com suspeita de maus-tratos a crianças e adolescentes deve ser realizado, necessariamente, por equipe multidisciplinar (mesma profissão, com áreas de atuação diferentes) e interprofissional (profissões diferentes) com as seguintes características: capacitada (com conhecimentos básicos sobre a temática), integrada, institucionalizada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições.

-
- Características das equipes:
 - capacitada
 - integrada
 - institucionalizada
 - ciente de suas atribuições
 - capaz de interagir com outras instituições

Atribuições dos profissionais

- *Acolhimento*: ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe
- *Proteção*: não agir prematura ou impulsivamente, buscar informações complementares sobre o caso, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) junto à equipe
- *Intervenção*: cabe à equipe interprofissional decidir a melhor forma de intervenção e encaminhamento dos casos. A questão da violência deve ser vista como problema familiar e social e não apenas relacionado à vítima e ao agressor
- *Prevenção*: ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas de maus-tratos, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais precisam estar dispostos a dar orientações aos pais desde o período da gestação, visando ajudá-los a desenvolver uma percepção real da criança e do adolescente, ensinando-os sobre as possibilidades e necessidades dos filhos. Discussões sobre a violência devem ser estimuladas entre os diferentes profissionais e desses com a comunidade em geral. Nesses espaços podem ser apresentadas as formas de violência, suas causas e consequências, devendo-se discutir o que pode ser feito para evitá-la

Atendimento médico

O papel do médico ante um caso de violência envolve diversas atribuições, entre elas:

- identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento por meio da anamnese e exame físico
- prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico), independentemente da situação da investigação policial
- prestar atendimento ambulatorial e interagir com os demais membros da equipe interprofissional nos casos de suspeita de violência sexual
- prescrever a contracepção de emergência e a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (ver protocolos correspondentes)
- propor o encaminhamento para serviços que oferecem abortamento legal, nos casos de gestação comprovada
- colher material para provas forenses no atendimento emergencial, se não houver tempo hábil para coleta em serviço especializado do Instituto Médico-Legal (IML)

- Levantar a suspeita
- Prestar atendimento emergencial
- Prestar atendimento ambulatorial
- Interagir com membros da equipe interprofissional

Nos casos de violência sexual

- Contracepção de emergência
- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis
- Propor o encaminhamento para serviço de abortamento legal, se necessário
- Providenciar encaminhamento para providências policiais e judiciais
- Colher material para provas forenses no atendimento emergencial, se não houver tempo para ser colhido pelo IML

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento médico da criança ou adolescente vítima de violência. Deve-se priorizar a emergência ou urgência médica. Questões policiais e judiciais devem ser abordadas após o atendimento das necessidades

médicas da vítima (exame físico, procedimentos indicados para o caso e respectiva conduta). A recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências. Nesse caso, de acordo com o artigo 13, § 2º do Código Penal, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos físicos e mentais, ou eventual morte do paciente.

Encaminhamentos

Quando a criança ou adolescente em situação de violência apresentar lesões leves e não for detectado risco de revitimização com o seu retorno para a moradia, deve-se notificar o conselho tutelar de sua região. Essa notificação pode ser feita mediante relatório institucional elaborado por um membro da equipe interprofissional ou preenchimento da ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências e acidentes onde esta esteja implantada. Essa notificação pode ser encaminhada no primeiro dia útil após o ocorrido.

Considera-se como risco de revitimização o fato do agressor não ser controlável ou a família ou cuidadores do paciente não parecerem competentes e capazes de proteger a criança ou adolescente.

Na presença de lesões graves ou quando o retorno da criança ou adolescente para sua moradia puder resultar em revitimização, essa deve ser internada, para que permaneça sob a proteção da instituição hospitalar – e deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude de sua região. Tal notificação precisa ser realizada mediante relatório da equipe multiprofissional e preenchimento da ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências e acidentes onde esta esteja implantada.

Casos leves e sem risco de revitimização:

- retorno para moradia
- notificar conselho tutelar

Casos graves ou com risco de revitimização:

- internação
- notificar Vara da Infância e Juventude e conselho tutelar
- instituição passa a ter a guarda da vítima até decisão judicial pela Vara da Infância e Juventude

Risco de revitimização:

- agressor não controlável
- família incapaz de proteger

Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir o encaminhamento a ser dado ao caso. A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial.

Após a alta hospitalar a criança ou adolescente, bem como suas famílias, deverão ser encaminhadas para acompanhamento ambulatorial por equipe interprofissional.

É importante ressaltar a importância da proteção e preservação física de quem notifica. Por isso, a notificação deve ser realizada pela instituição onde a suposta vítima está sendo atendida. Convém evitar envolvimento pessoal. Quando a notificação institucional não for possível, pode-se recorrer à denúncia anônima (por telefone, por exemplo, em São Paulo/SP = 181).

Providências policiais e judiciais (para os casos de violência sexual)

- Orientar o encaminhamento para delegacia
- Boletim de Ocorrência Policial
- IML

- Provas forenses:
 - esfregaço de secreção vaginal (colher em até 72 horas) ou anal (colher em até 6 horas) em 3 lâminas de vidro (deixar secar em ar ambiente e proteger em embalagem própria para lâminas)
 - colher secreção vaginal, oral ou anal por meio de *swab* ou similar e acondicionar em papel-filtro estéril (deixar secar em ar ambiente por pelo menos 6 horas)
 - pelos ou cabelos, se encontrados com bulbo, permitem a identificação do DNA

Após o atendimento médico, o responsável pela criança ou adolescente deverá ser orientado a lavar Boletim de Ocorrência Policial em uma delegacia, de preferência especializada no atendimento a mulheres ou a crianças, que deverá encaminhar o paciente para exames e coleta de provas forenses pelos peritos do IML. Se, por qualquer motivo, não houver a possibilidade de realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos poderão fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Seu preenchimento adequado é, portanto, imprescindível.

É necessária, para fins judiciais nos casos de abuso sexual, a coleta de material para provas forenses. O ideal, 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. É desejável integrar os procedimentos relacionados à assistência médica e jurídica criando-se centros de referência para atendimento às vítimas de abuso sexual. Dessa forma evita-se a necessidade constrangedora de repetidos relatos da agressão, bem como a submissão do paciente a repetidos exames realizados por profissionais diferentes.

Nos casos em que houver demandas médicas urgentes ou emergenciais, as provas forenses devem ser colhidas nos locais de atendimento.

O material coletado, após secar, deve ser guardado em envelope de papel lacrado, com a identificação da criança ou adolescente, e mantido em ambiente climatizado; quando possível, deve ser congelado. Não utilizar sacos plásticos, pelo risco de transpiração e contaminação do material; abolir o uso de fixadores. Deve-se arquivar todo o material em condições adequadas, para que permaneça à disposição

do Poder Judiciário, e o local de guarda deve estar clara e precisamente anotado no prontuário.

É importante lembrar que o prontuário pertence ao paciente e está sujeito a sigilo profissional, que só pode ser revelado por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente (art. 73 do Código de Ética Médica, 2010). No caso específico de crianças e adolescentes faz-se necessária a autorização, por escrito, de seus responsáveis legais.

Atendimento psicoterápico

A criança ou adolescente vítima de qualquer forma de violência deve ser encaminhada para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência pode deixar marcas psicológicas profundas em sua personalidade e comportamento. Nos casos de violência doméstica é importante ressaltar que a família deve ser também avaliada quanto à pertinência do acompanhamento psicológico, a fim de que a questão seja trabalhada como um todo, para que se torne possível quebrar a perpetuação desse problema familiar.

- Marcas psicológicas profundas
- Toda a família deve ser avaliada
- Quebrar a perpetuação do problema
- Elaborar relatório psicológico

Atendimento social

O serviço social deve seguir algumas etapas, visando levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses preliminares à compreensão dos casos de violência. São atribuições do serviço social:

- realizar estudos socioeconômicos para avaliação de renda e conhecimento das condições sociais da família
- informar e esclarecer o usuário sobre 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 contatos com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais
- elaborar relatórios sociais, abrangendo o registro das informações que podem ser constantemente atualizadas e constituem subsídios para as decisões da equipe

Notificação

Pode ser definida como a informação emitida pelo setor de saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o conselho tutelar, o Ministério Público ou a Vara da Infância e Juventude, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados à proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

O ato de notificar desencadeia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos dentro da família ou por parte de qualquer agressor. Vale ressaltar que a notificação não tem poder de denúncia policial, mas sim a finalidade de chamar o Poder Público à sua responsabilidade.

A notificação (ou denúncia) de suspeita ou confirmação de maus-tratos é um dever do médico, previsto no parágrafo único do artigo 28 do Código de Ética Médica, 2010.

Bases legais da notificação

No âmbito federal:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), artigos 13 e 245
- Portarias nºs 737/01 e 1.968/01, do Ministério da Saúde

No âmbito estadual:

- Lei nº 10.498/00

No âmbito municipal (São Paulo):

- Decreto municipal nº 44.142/03 e Decreto nº 48.421/07
- Lei nº 13.671/03

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 13, estabelece que a autoridade competente é o conselho tutelar do local de moradia da criança ou adolescente em situação de violência – onde o conselho tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da localidade de moradia da vítima. É recomendável que a notificação seja realizada pela instituição (hospital, unidade básica de saúde etc.).

O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos por médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente.

No âmbito federal, a Portaria nº 737, de 16/5/01, do Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e a Portaria nº 1.968, de 20/10/01, tornou compulsória, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional, a notificação dos casos, suspeitos ou confirmados, de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

No ano 2000, o Estado de São Paulo, pela Lei nº 10.498, estabeleceu a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

O Decreto municipal nº 44.142, de 20 de novembro de 2003 (que dá nova redação ao parágrafo único do art. 2º do Decreto nº 43.667, de 26 de agosto de 2003, regulamentando a Lei nº 13.198, de 30 de outubro de 2001), determina que os casos de violência contra crianças e adolescentes serão comunicados pelas secretarias municipais de Saúde ao Ministério Público e ao conselho tutelar.

A secretaria municipal de Saúde implantou a ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência e acidentes, que integra o Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes – Sivva, um aplicativo com a finalidade de produzir informações sobre esses agravos. O Decreto nº 48.421, de 6/6/07, regulamenta a Lei nº 13.671, de 26/11/03, que dispõe sobre a criação do Programa de

Informações sobre Vítimas de Violência – PIVV, no Município de São Paulo, e determina que o programa esteja sob responsabilidade da secretaria municipal de Saúde e que a notificação dos casos de violência é compulsória para toda a rede de saúde (pública e privada). A ficha de notificação estará disponível na internet para os estabelecimentos de saúde cadastrados pelo sistema.

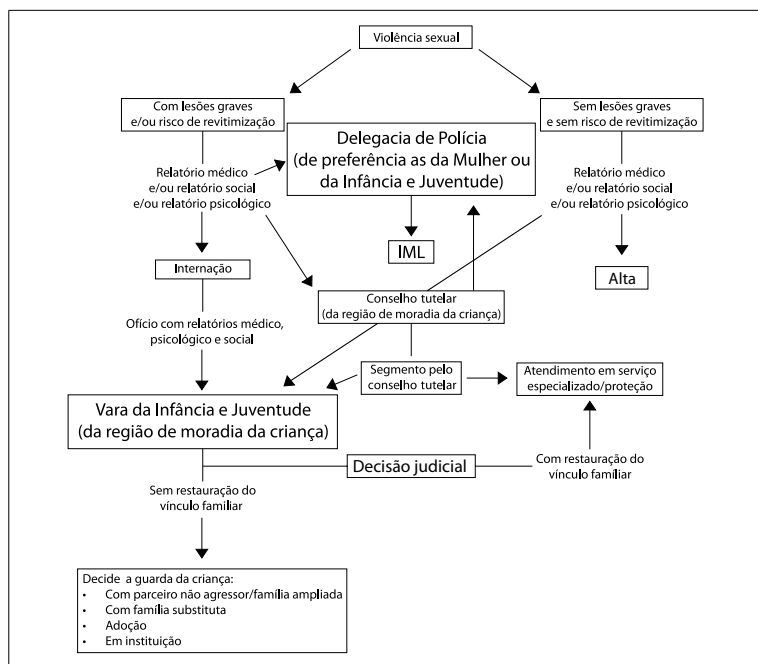
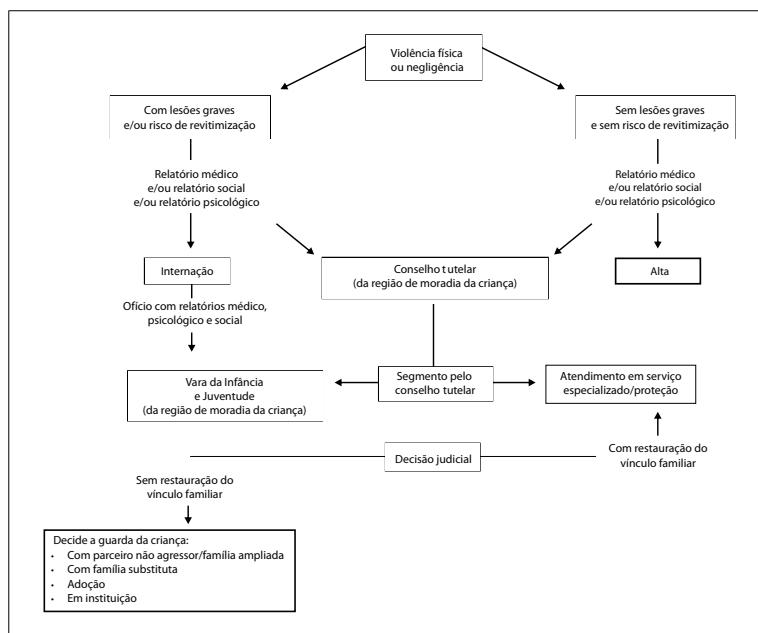
Considerações finais

A implantação de um sistema de notificação torna-se importante ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade, em especial nos casos de violência doméstica, sexual e de gênero. Associar a identificação da violência contra a criança e o adolescente segundo o tipo de violência e de vulnerabilidade, como gênero, etnia, escolaridade e deficiência, é imprescindível para o estabelecimento de critérios de intervenção que contemplem essa diversidade. Nessa avaliação, o preenchimento correto desses quesitos constitui um dos passos fundamentais para se compreender a complexidade do fenômeno da violência nesse grupo populacional.

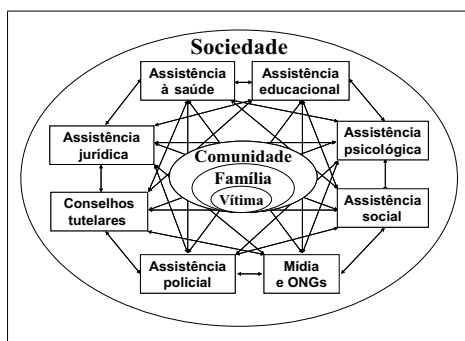
Assim, produzir informações em saúde sobre a violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes atendidas é ação necessária para dimensionar o seu impacto na vida das pessoas, nos serviços de saúde e para elaborar estratégias de intervenção com vistas à superação da violência.

O profissional de saúde deve conversar com a família, mostrando sensibilidade ao problema pelo qual ela está passando, e explicar a importância da notificação, a fim de que essa família receba ajuda adequada para enfrentar e lidar com tal situação. É fundamental que os profissionais tenham em mente que o vínculo estabelecido entre o sistema de saúde e a pessoa que acompanha o paciente precisa ser fortalecido para que o tratamento à vítima e sua família tenha continuidade.

O Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, da Sociedade de Pediatria de São Paulo, recomenda os fluxogramas de atendimento e notificação de vítimas de violência física (a seguir) como um roteiro para os profissionais que atuam em serviços de atendimento médico de urgência ou internação.



O cuidado integral à criança e ao adolescente em situação de risco de violência implica em organizar e integrar uma rede intersetorial de proteção, como a apresentada abaixo, que envolva toda a sociedade.



Bibliografia

1. Assis SG, Minayo MCS, Santoro Jr M. Violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes: velho problema com novas faces. In: Waksman RD, Gikas RMC. Segurança na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003. p.137-56. (Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo).
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União 17 jul 1990; seção I: p. 13563.
3. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: portaria MS/GM nº 737, de 16/5/01, publicada no Diário Oficial da União nº 96, seção 1, de 18/5/01 [internet]. [citada 19 jun 2007]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf.
4. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 27 nov 2001; (226):seção I; p.31.

5. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 49 p. (Série A; nº 167).
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis [internet]. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 18 jun 2007]. (Série Manuais, nº 68). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 11 jun 2007]. p.137-41. (Série Manuais, nº 18). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/informes_tecnicos/consenso_pediatria.pdf.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A: Normas e manuais técnicos)
9. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RC, Waksman RD et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatria Moderna* 2003;39:354-62.
10. Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância (Crami). Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo: Cortez/Unicef; 2002.
11. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves; 1994. 40p.
12. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Ped (Rio J)* 2005;81(5 Supl):S173-80.
13. Hirschheimer MR. Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de acidentes e violência. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de segurança da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: SBP; 2003. p. 299-311.

-
14. Oselka G, Constantino CF, Hirschheimer MR. Aspectos éticos do relacionamento entre profissional de saúde e o paciente pediátrico. In: Segre M. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006. p.101-4.
 15. Pfeiffer L, Waksman RD, Alves EFS, Cardoso ACA, Frantz JM, Gonçalves MT et al. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD, coordenadores. Manual de segurança da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: SBP; 2003. p.195-278.
 16. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal, MF. Violência e criança. São Paulo: Edusp; 2002. p.189-204.
 17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. Rio de Janeiro: SPB; 2001.

Capítulo 8

A prevenção da violência contra crianças e adolescentes

Carmen Teresinha de Oliveira Lutti

Prevenção

Sempre que ocorre a participação de adolescentes em crimes, é reacendido o debate sobre a violência e a discussão acerca dos instrumentos de contenção dos mesmos e a efetiva proteção dos cidadãos comuns, expostos a episódios violentos de grande impacto e ocorrências cotidianas de agressão.

Esses fatos exigem uma discussão bem além da revisão da legislação penal, redução da idade para imputabilidade penal e o aparelhamento dos órgãos de segurança, o que é imprescindível para a manutenção da ordem social, bem como para a definição de estratégias com vistas a prevenir ações de grupos do crime organizado. O equívoco reside em restringir a discussão a essas questões, buscando apenas ações retaliativas sob a forma de punição.

A questão fundamental é: qual a origem de personalidades tão violentas, capazes de atos tão brutais contra seus iguais? Observe-se que a brutalidade e a violência não são prerrogativas do mundo do crime. Estão também instaladas nos organismos que, *a priori*, foram constituídos para coibi-las. Contudo, órgãos institucionais e grupos criminosos não praticam a violência; as pessoas praticam a violência.

Quem são essas pessoas? Quais foram as suas histórias? Essas questões são particularmente relevantes quando se sabe que crianças bem amadas e bem assistidas em suas necessidades, a não ser por variáveis patológicas, não se transformarão em adultos violentos, assim como crianças que tiveram a infância erodida pela violência intrafamiliar apresentam enorme probabilidade de reproduzir essa violência.

A construção de uma sociedade justa é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado e deve:

assegurar o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária. Com salvaguardas de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, de modo a garantir o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social.

A violência que solapa a ordem social deve ser enfrentada na origem. A construção de uma sociedade livre, justa e generosa começa na família, responsável, em primeira instância, pela formação de pessoas íntegras na personalidade e caráter. A responsabilidade do Estado reside na garantia das condições para que a família possa cumprir seu papel, conforme preconiza a Constituição Federal em seu art. 226, § 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*, e 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*.

A restauração da ordem social pela elisão da violência começa, portanto, na prevenção da violência intrafamiliar, garantindo-se a crianças e adolescentes o *desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade* (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, art. 3º). Formar cidadãos capazes de conviver de forma plena e saudável constitui o caminho realmente eficaz para a construção de uma sociedade sem violência.

A legislação garantidora dos direitos supracitados é bastante recente na sociedade brasileira. Antes do advento da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, as relações familiares eram reguladas pelo Código Civil de 1917 e crianças e adolescentes situavam-se no sistema jurídico como meros apêndices de seus genitores. Crianças e adolescentes considerados em situação irregular

(órfãos, carentes ou infratores) eram de responsabilidade exclusiva do Estado, que os confinava, literalmente, nos antigos orfanatos, excluindo-os do convívio social, como forma de evitar que sua situação irregular os levasse, necessariamente, a delinquir.

Doutrina da proteção integral (Constituição Federal e ECA)

- Todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos
- Todos somos responsáveis

A Constituição (art. 227) e o ECA (art. 15), substituindo o paradigma menorista pela doutrina da proteção integral e considerando que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, atribuíram à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade pela formação de cidadãos integrais, sepultando em definitivo o conceito de *situação irregular*.

Esse é o elemento básico da prevenção da violência – a efetiva implementação da doutrina da proteção integral, pela qual todos somos responsáveis.

Prevenção primária (responsabilidade do Estado)

- Produção legislativa
- Implementação de programas
- Normatização de ações efetivas que possam evitar a eclosão de focos de violência

Estratégias:

- Planejamento familiar
- Adequada assistência no pré-natal
- Programas de informação
- Orientação e apoio às famílias
- Campanhas de divulgação de informações

A adoção de políticas públicas para o enfrentamento do fenômeno é de responsabilidade do Estado, mas a provocação das ações, da sociedade. Embora ainda escassa, a literatura produzida sobre o tema divide em níveis as políticas públicas e ações preventivas. Divisão de caráter mais pedagógico do que factual, classificando como primária a prevenção de caráter abrangente, com extenso raio de ação, dirigindo-se ao conjunto da população e incluindo a produção legislativa, a implementação de programas e a normatização de ações efetivas que possam evitar a eclosão de focos de violência.

Nesse nível, as estratégias incluem a orientação eficiente sobre o planejamento familiar e adequada assistência no pré-natal; programas de informação, orientação e apoio às famílias, campanhas de divulgação de informações pelos meios de comunicação e quaisquer outras ações que subsidiem a sociedade, as comunidades e as famílias para uma necessária evolução cultural em relação ao fenômeno.

Prevenção secundária

Identificação da população de risco para evitar eclosão do fenômeno

Programas de treinamento dos agentes públicos:

- geral
- saúde
- educação
- justiça
- segurança

Em nível secundário, a prevenção se constitui em ações que visam à identificação precoce da chamada “população de risco”, objetivando evitar a eclosão do fenômeno. Programas de treinamento dos agentes públicos em geral e em especial de saúde, educação, justiça e segurança são imprescindíveis para estimular ações de respeito à criança e ao adolescente, como sujeitos de direitos, sem tolerância para com a violência, em qualquer das suas manifestações – inclusive aquela reputada como pedagógica. Relevante, ainda, a negligência, por vezes considerada como traço cultural ou atribuída à pobreza,

mas que constitui manifestação de violência, uma vez que viola a integridade física e psicológica da vítima.

Prevenção terciária

- Intervenção em situações de violência já instalada
- Cessação imediata da agressão
- Redução das sequelas
- Programas de reabilitação física e social
- Intervenções terapêuticas individuais e familiares
- Recuperação da autoestima e do lugar na família e comunidade

A prevenção terciária se constitui na intervenção em situações de violência já instalada, visando à cessação imediata da agressão e redução das perversas sequelas do processo de vitimização. Fazem parte da estratégia programas de reabilitação física e social e intervenções terapêuticas individuais e familiares que auxiliem no processo de recuperação da autoestima e do seu lugar no ambiente familiar e comunitário.

Violência intrafamiliar

- Direito dos pais de usar castigos físicos e constrangimento psicológico como método de educação?
- Prevenção = transformação cultural necessária para superar esse modelo

Nesses três níveis de intervenção, qual seria o nosso papel, enquanto cidadãos, membros de comunidades sociais e categorias profissionais, e enquanto agentes, públicos e privados, de saúde, educação, justiça e segurança?

Inicialmente, há que se considerar que, quando se fala em prevenção da violência contra a criança e o adolescente, estamos falando de violência intrafamiliar. No mais das vezes, a criança que cresce protegida e amada em ambiente familiar saudável terá, em situações

de normalidade, recursos internos e externos para proteger-se da violência extrafamiliar. E quando se fala em prevenção da violência intrafamiliar emerge a primeira e fundamental variável do fenômeno: a questão cultural. Historicamente, para a sociedade, o sistema jurídico e o sistema de segurança, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a não ser em suas manifestações mais graves, teve caráter pedagógico, de direito dos pais de usar castigos físicos e constrangimento psicológico como método de educação. A prevenção da violência pressupõe a transformação cultural necessária à superação desse modelo.

Sinais de alerta

Acompanhamento pré-natal

- Gravidez indesejada
- Ocultação da gravidez
- Tentativa de aborto
- Desejo de “doar” o filho
- Mãe solteira sem suporte emocional
- Desajustes sérios entre os genitores
- História de doença mental ou distúrbios emocionais
- Drogadição/alcoolismo
- História de comportamentos violentos
- História pessoal de vitimização

Essa transformação cultural é que nos permitirá um olhar seguro para identificar o fenômeno da violência antes de sua eclosão, pela percepção de seus sinais. No acompanhamento pré-natal, profissionais de saúde e da área social devem dedicar especial atenção aos casos em que percebem as manifestações listadas no quadro a seguir.

Acompanhamento perinatal

- Depressão
- Raiva
- Apatia
- Comentários depreciativos sobre o bebê
- Frieza e distanciamento do bebê
- Não deseja segurar o bebê, alimentá-lo ou acariciá-lo
- Demonstra repulsa pelas secreções e excrementos
- Faz o aleitamento com indiferença
- Mostra desinteresse pelas orientações
- Falta de visitas à criança hospitalizada

No período perinatal são indicações importantes as manifestações do quadro a seguir, às vezes mais perceptíveis no puerpério.

Acompanhamento pediátrico

- Rudeza no trato com a criança
- Negligência na higiene
- Agressividade
- Extrema exigência em relação à criança
- Baixo peso
- Desenvolvimento prejudicado
- Internações recorrentes
 - acidentes domésticos
 - doenças que se cronificam por negligência

O acompanhamento pediátrico também permite observar comportamentos indicativos de possível vitimização, tais como os seguintes:

Sinais físicos de alerta

- Manchas no corpo
- Hematomas
- Marcas de corda, cinto, mordidas
- Fraturas em diferentes estágios de consolidação
- Lesões de pele em diferentes estágios de cicatrização
- Roupas rasgadas ou manchadas de sangue
- Dificuldade para caminhar ou sentar
- Hemorragia vaginal ou retal
- Dor ao urinar ou incontinência urinária
- Cólicas intestinais
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Gravidez precoce
- Roupas inadequadas ao clima
- Dermatites não tratadas
- Descuido na higiene corporal e vestuário
- Negligência nos atendimentos médicos ou no esquema de vacinas

A prevenção terciária pressupõe atenção aos sinais físicos e psicológicos.

Manifestações psicológicas de alerta

- Distúrbios do sono
- Distúrbios da alimentação (inapetência, bulimia, anorexia, obesidade)
- Cansaço
- Sonolência
- Agitação ou terror noturno ou pesadelos
- Agressividade ou passividade

- Depressão
- Choro frequente
- Desconfiança
- Estado de alerta permanente
- Medo de ficar só ou em companhia de determinadas pessoas
- Preferência pela escola à casa
- Fugas de casa
- Negligência educacional como absenteísmo escolar
- Baixo rendimento escolar
- Dificuldade de concentração
- Comportamentos autodestrutivos:
 - uso de drogas ou álcool
 - prática de pequenos furtos

A presença de um ou outro indicador físico ou psicológico pode não significar, necessariamente, a ocorrência de violência; contudo, nenhum sinal deve ser desprezado, sob pena de se remeter a intervenção para momento tardio, com agravamento do quadro e das sequelas.

*Sinais de alerta relativos ao
comportamento dos responsáveis*

- Menosprezo e desatenção para com a vítima
- Responsabilização da vítima por problemas familiares
- Rigidez ou permissividade
- Excesso de zelo ou indiferença
- Privilégio para a vítima (compra do silêncio)
- Acusações à vítima de práticas que considera inadequadas, inclusive promiscuidade e sedução, ameaça, chantagem, cerceamento de contatos sociais
- Explicações inconvincentes sobre as lesões que a vítima apresenta
- Antecedentes de vitimização

- Baixa autoestima
- Uso de álcool e drogas
- Atitudes sedutoras
- Defesa do castigo físico como método pedagógico
- Grande exigência em relação aos filhos

O comportamento dos pais, responsáveis ou cuidadores também merece atenção quando se observam atitudes ou manifestações como as supracitadas.

Desafios

Combate ao tabu da invasão de privacidade para justificar a omissão nas instituições de educação e de saúde

Transformação cultural efetiva:

- noção de cidadania
- poder da sociedade civil ativa e participante
- compromisso profissional de olhar e ver

A despeito da legislação protetora e significativos avanços na identificação do fenômeno, a prevenção da violência contra a criança e o adolescente ainda prevalece no nível terciário. A significativa massa de notificações originárias dos estabelecimentos de atenção a essa população ainda vem dos hospitais. De modo geral, antes da hospitalização a vítima frequentava unidades básicas de saúde, consultórios, ambulatorios, creches, escolas, núcleos educativos. A questão é: ninguém viu? Aparentemente, ninguém olhou. Defrontamo-nos, também, com o tabu da invasão de privacidade como justificativa para a omissão.

Somente uma transformação cultural efetiva, que nos permita olhar e ver, será capaz de edificar os alicerces da tão sonhada paz social. O reforço da noção de cidadania e do poder da sociedade civil ativa e participante são determinantes para reivindicar justiça e segurança. Isso passa também pelo compromisso profissional de olhar e ver, superando o axioma do profissional insípido, incolor e inodoro, que “não se envolve”, para se alcançar uma prática responsável e ética que, efetivamente, se caracterize como trabalho preventivo.

Bibliografia

1. Assis MM. Psicologia judiciária: da prática forense à instituição acadêmica. In: Brito LMT, organizador. Temas de psicologia jurídica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999 p. 73-85.
2. Azevedo MA, Guerra VA. A violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe Edl; 1995.
3. Boss M. Angústia, culpa e libertação. Trad. Barbara Spanoudis. 3ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1981. (Ensaio de Psicanálise Existencial)
4. Bowlby J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. Capítulo O cuidado com as crianças; p.17-32.
5. Cohen C. O profissional de saúde mental no tribunal. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Edusp; 1996. p. 239-46.
6. Drezett J. Aspectos médicos do abuso sexual contra adolescentes. In: Mallak LM, Vasconcelos MGOM. Compreendendo a violência sexual contra crianças e adolescentes. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida; 2002.
7. Maldonado MT. Os construtores da paz. São Paulo: Moderna; 1997.
8. Mendes MUF. Cuidando do cuidar. In: Congresso ibero-americano de psicologia jurídica; São Paulo; 1999. Resumos. São Paulo: Associação Ibero-Americana de Psicologia Jurídica; 1999. p.55.
9. Nogueira PL. Estatuto da criança e do adolescente comentado. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
10. Straus MB. Violência na vida dos adolescentes. São Paulo: Círculo do Livro; 1994.

Capítulo 9

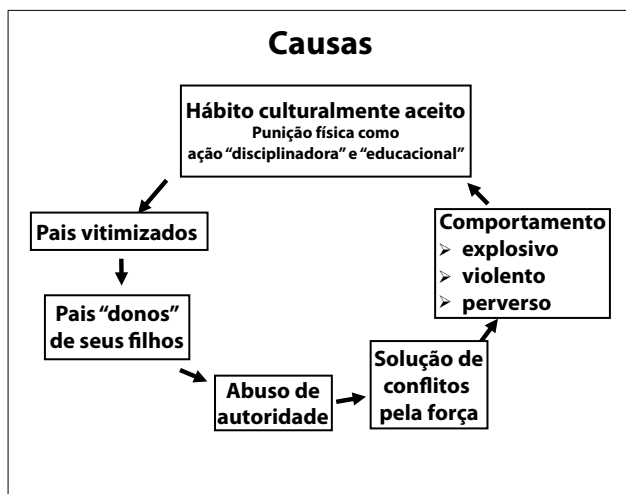
Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de violência

Mário Roberto Hirschheimer

Cláudio Barsanti

Introdução

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente de que está ante uma situação complexa, com risco de morte, que quase sempre deixa sequelas psíquicas graves e, frequentemente, sequelas físicas incapacitantes e que afetam todos os membros de um núcleo familiar de forma e intensidade diferentes, com potencial de também afetar gerações futuras dessa mesma família.



Se o modelo de violência for transmitido e perpetuado nas relações em família, os filhos aprenderão que a solução de conflitos é determinada pela força e tenderão a reproduzir esse modelo não só junto às suas futuras famílias, mas em todas as relações interpessoais (na rua, escola, trabalho etc.).

Abuso doméstico praticado contra crianças ou adolescentes é um distúrbio da função parental devido à má percepção da criança pelos pais, que as consideram sua propriedade e não sua responsabilidade.

Pais que foram submetidos a experiências traumáticas durante a infância precoce, como abuso, privação, abandono emocional, castigo físico, determinam traços de personalidade e caráter que podem produzir comportamentos explosivos, violentos, perversos, que predispõem ao abuso de crianças ou adolescentes. Nesse modelo linear, as experiências traumáticas dos pais provocarão alterações de comportamento que os levarão a abusar de seus filhos em uma relação de causa-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 nos planos 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 de saúde sobre o atendimento eticamente adequado e juridicamente lícito a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos |
|---|

Sendo 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), violência, crueldade e opressão (art. 227 da Constituição Federal), compete à equipe multiprofissional de saúde, ao atender 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 os 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 função 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 nos diversos momentos de sua execução.

Princípios éticos

- São deveres independentes e não excludentes
- São condicionados às circunstâncias do atendimento nos diversos momentos de sua execução
- 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, 2010)

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 essas não atendem aos interesses do paciente menor de idade (art. 14 do Código de Ética Médica, 2010)

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 esses 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,

2010). Essa capacidade de operar o pensamento concreto, se fazer compreender e perceber as consequências de parte de seus atos se aperfeiçoa entre os seis e onze anos de vida, e vai-se completando progressivamente por toda a adolescência. Cabe à equipe multiprofissional, que cuida do paciente, interpretar o 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 vitimizadas a situação pode gerar conflitos e dilemas. Se a atitude dos pais sempre beneficiasse os filhos, não haveria a necessidade de elaboração 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 expressam 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

Informações contidas no prontuário médico devem ser resguardadas

Alcança todas as pessoas que tenham 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, 2010) 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 a 5º do Código Civil e art. 74 do Código de Ética Médica, 2010, 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 salvar 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 e que o paciente não tem intenção de informar.

Notificação

É um dever legal, mesmo que só de caso suspeito. Deve visar ao benefício e segurança do paciente

- Momento oportuno deve ser criteriosamente julgado (equipe multiprofissional)
- Aconselhável ser feita pelos responsáveis legais ou instituição
- Envolvimento pessoal só 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 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 Juventude do local de moradia da vítima. É aconselhável que tal notificação seja feita pelos responsáveis legais da vítima ou instituição onde está sendo atendida. O envolvimento pessoal de algum membro da equipe multiprofissional que atende ao paciente só deve ocorrer se essas alternativas forem inviáveis. Preservar a própria segurança é importante aspecto no atendimento. Ao julgar que a notificação possa ameaçar quem a faz, lembramos ser possível utilizar a denúncia anônima.

Legislação

A seleção de partes da legislação adiante apresentada intenta oferecer as 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 desse texto.

Constituição Federal de 1988

| | |
|-----------------|---|
| Art. 5º | <p>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:</p> <p><i>III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;</i></p> <p><i>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;</i></p> |
| Art. 226 | <p><i>A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.</i></p> <p><i>§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.</i></p> <p><i>§ 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.</i></p> |

| | |
|-----------------|---|
| Art. 227 | <p><i>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.</i></p> <p><i>§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.</i></p> |
| Art. 229 | <p><i>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.</i></p> |

Código Civil (Lei nº 10.406, de 10/1/2003)

| | |
|----------------|---|
| Art. 1º | <p><i>Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.</i></p> |
| Art. 2º | <p><i>A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.</i></p> |
| Art. 3º | <p><i>São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I - os menores de dezesseis anos;</i> <i>II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;</i> <i>III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.</i> |

| | |
|-----------------------|---|
| <p>Art. 4º</p> | <p><i>São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;</i> <i>II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;</i> <i>III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;</i> <i>IV - os pródigos.</i> <p>Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.</p> |
| <p>Art. 5º</p> | <p><i>A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.</i></p> <p>Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>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 dezesseis anos completos;</i> <i>II - pelo casamento;</i> <i>III - pelo exercício de emprego público efetivo;</i> <i>IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;</i> <i>V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.</i> |

| | |
|-------------------|---|
| Art. 1.638 | <p><i>Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:</i></p> <p><i>I - castigar imoderadamente o filho;</i></p> <p><i>II - deixar o filho em abandono;</i></p> <p><i>III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes.</i></p> |
|-------------------|---|

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13/7/1990)

| | |
|----------------|---|
| Art. 4º | <i>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 lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária.</i> |
| Art. 5º | <i>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.</i> |
| Art. 13 | <i>Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar e respectiva localidade.</i> |
| Art. 98 | <p><i>As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:</i></p> <p><i>I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;</i></p> <p><i>II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;</i></p> <p><i>III - em razão de sua conduta.</i></p> |

| | |
|------------------------|---|
| <p>Art. 101</p> | <p><i>Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;</i> <i>II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;</i> <i>III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;</i> <i>IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;</i> <i>V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;</i> <i>VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;</i> <i>VII - abrigo em entidade;</i> <i>VIII - colocação em família substituta.</i> <p>Parágrafo único. <i>O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.</i></p> <p>Comentário do autor: entende-se por autoridade competente as Varas da Infância e Juventude ou os conselhos tutelares.</p> |
|------------------------|---|

| | |
|-----------------|---|
| Art. 129 | <p><i>São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I - encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;</i> <i>II - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;</i> <i>III - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;</i> <i>IV - encaminhamento a cursos ou programas de orientação;</i> <i>V - obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;</i> <i>VI - obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;</i> <i>VII - advertência;</i> <i>VIII - perda da guarda;</i> <i>IX - destituição da tutela;</i> <i>X - suspensão ou destituição do pátrio poder.</i> |
| Art. 130 | <p><i>Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.</i></p> |
| Art. 131 | <p><i>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.</i></p> |
| Art. 132 | <p><i>Em cada Município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, permitida uma recondução.</i></p> |

| | |
|------------------------|---|
| <p>Art. 136</p> | <p><i>São atribuições do Conselho Tutelar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos art. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;</i> <i>II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;</i> <i>III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;</i> <i>b. representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.</i> <i>IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;</i> <i>V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;</i> <i>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;</i> <i>VII - expedir notificações;</i> <i>VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;</i> <i>IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;</i> |
|------------------------|---|

| | |
|------------------------|--|
| <p>Art. 136</p> | <p><i>X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;</i></p> <p>Comentário do autor: este artigo (220) 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.</p> <p><i>XI - representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder.</i></p> |
| <p>Art. 137</p> | <p><i>As decisões do Conselho Tutelar somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse.</i></p> |
| <p>Art. 138</p> | <p><i>Aplica-se ao Conselho Tutelar a regra de competência constante do art. 147.</i></p> |

| | |
|------------------------|---|
| <p>Art. 147</p> | <p><i>A competência será determinada:</i></p> <p><i>I - pelo domicílio dos pais ou responsável;</i></p> <p><i>II - pelo lugar onde se encontre a criança ou adolescente, à falta dos pais ou responsável.</i></p> <p><i>§ 1º Nos casos de ato infracional, será competente a autoridade do lugar da ação ou omissão, observadas as regras de conexão, continência e prevenção.</i></p> <p><i>§ 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 abrigar a criança ou adolescente.</i></p> <p><i>§ 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.</i></p> |
| <p>Art. 245</p> | <p><i>O médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deve comunicar à autoridade competente, sob pena de multa, os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.</i></p> <p>Comentário do autor: 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 Juventude é que deve ser comunicada.</p> |

Código Penal (Decreto-lei nº 2.848, de 7/12/1940)

| <i>Homicídio simples</i> | |
|--------------------------|--|
| Art. 121 | <p><i>Matar alguém:</i></p> <p>Pena - reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos.</p> <p><i>Caso de diminuição de pena</i></p> <p>§ 1º <i>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.</i></p> |
| Art. 122 | <p><i>Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:</i></p> <p>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.</p> <p>Parágrafo único. A pena é duplicada:</p> <p><i>Aumento de pena</i></p> <p>I - se o crime é praticado por motivo egoístico;</p> <p>II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.</p> |
| <i>Infanticídio</i> | |
| Art. 123 | <p><i>Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após:</i></p> <p>Pena: detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.</p> |
| <i>Lesão corporal</i> | |
| Art. 129 | <p><i>Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:</i></p> <p>Pena: detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano.</p> |

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 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.*

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 | |
| | <p>§ 6º Se a lesão é culposa (modificado pela Lei nº 4.611/65):</p> <p>Pena: detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano.</p> |
| Aumento de pena | |
| | <p>§ 7º Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do art. 121, § 4º (modificado pela Lei nº 8.069/90)</p> <p>§ 8º Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121 (modificado pela Lei nº 8.069/90).</p> |
| Violência doméstica (incluída pela Lei nº 10.886/04) | |
| | <p>§ 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 nº 11.340/06):</p> <p>Pena: detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.</p> <p>§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 nº 10.886/04).</p> <p>§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 nº 11.340/06).</p> |
| Abandono de incapaz | |
| | <p>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:</p> <p>Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>§ 1º <i>Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:</i></p> <p>Pena - <i>reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.</i></p> <p>§ 2º <i>Se resulta a morte:</i></p> <p>Pena - <i>reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.</i></p> <p><i>Aumento de pena</i></p> <p>§ 3º <i>As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:</i></p> <p>I - <i>se o abandono ocorre em lugar ermo;</i></p> <p>II - <i>se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima;</i></p> <p>III - <i>se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos (acrescentado pela Lei nº 10.741/03).</i></p> |
| Exposição ou abandono de recém-nascido | |
| Art. 134 | <p><i>Expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.</i></p> <p>§ 1º <i>Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.</i></p> <p>§ 2º <i>Se resulta a morte:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.</i></p> |
| Omissão de socorro | |
| Art. 135 | <p><i>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:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.</i></p> |

| | |
|---|---|
| | Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte. |
| <i>Maus-tratos</i> | |
| Art. 136 | <p><i>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:</i></p> <p>Pena - detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa.</p> <p>§ 1º <i>Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:</i></p> <p>Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.</p> <p>§ 2º <i>Se resulta a morte:</i></p> <p>Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.</p> <p>§ 3º <i>Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos (acrescentado pela Lei nº 8.069/90).</i></p> |
| <i>Violação do segredo profissional</i> | |
| Art. 154 | <p><i>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:</i></p> <p>Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.</p> <p>Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.</p> |
| <i>Estupro</i> | |
| Art. 213 | <i>(redação dada pela Lei nº 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:</i> |

| | |
|--|--|
| | <p>Pena: <i>reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.</i></p> <p>§ 1º <i>Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.</i></p> <p>§ 2º <i>Se da conduta resulta morte:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.</i></p> |
| Violação sexual mediante fraude | |
| Art. 215 | <p>(redação dada pela Lei nº 12.015/09) <i>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:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.</i></p> <p>Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.</p> |
| Assédio sexual | |
| Art. 216-A | <p>(incluído pela Lei nº 10.224/01) <i>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.</i></p> <p>Pena: <i>detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.</i></p> <p>§ 2º <i>A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.</i></p> |
| Estupro de vulnerável | |
| Art. 217-A | <p>(incluído pela Lei nº 12.015/09) <i>Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.</i></p> |

| | |
|--|--|
| | <p>§ 1º <i>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.</i></p> <p>§ 3º <i>Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.</i></p> <p>§ 4º <i>Se da conduta resulta morte:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.</i></p> |
| Corrupção de menores | |
| Art. 218 | <p>(incluído pela Lei nº 12.015/09) <i>Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.</i></p> |
| Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente | |
| Art. 218-A | <p>(incluído pela Lei nº 12.015/09) <i>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:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.</i></p> |
| Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável | |
| Art. 218-B | <p>(incluído pela Lei nº 12.015/09) <i>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:</i></p> <p>Pena: <i>reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.</i></p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>§ 1º <i>Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.</i></p> <p>§ 2º <i>Incorre nas mesmas penas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> I - <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;</i> II - <i>o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no caput deste artigo.</i> <p>§ 3º <i>Na hipótese do inciso II do § 2º, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.</i></p> |
| Abandono material | |
| Art. 244 | <p>(redação dada pela Lei nº 10.741/03) <i>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:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País.</i></p> <p>Parágrafo único. <i>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.</i></p> |
| | |

| <i>Entrega de filho menor a pessoa inidônea</i> | |
|---|---|
| Art. 245 | <p>(redação dada pela Lei nº 7.251/84) <i>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:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.</i></p> <p>§ 1º <i>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.</i></p> <p>§ 2º <i>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.</i></p> |
| <i>Abandono intelectual</i> | |
| Art. 246 | <p><i>Deixar, sem justa causa, de prover à instrução primária de filho em idade escolar:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 15 (quinze) dias a 1 (um) mês, ou multa.</i></p> |
| Art. 247 | <p>Permitir alguém que menor de 18 (dezoito) anos, sujeito a seu poder ou confiado à sua guarda ou vigiância:</p> <p>I - <i>frequente casa de jogo ou mal-afamada, ou conviva com pessoa viciosa ou de má vida;</i></p> <p>II - <i>frequente espetáculo capaz de pervertê-lo ou de ofender-lhe o pudor, ou participe de representação de igual natureza;</i></p> <p>III - <i>resida ou trabalhe em casa de prostituição;</i></p> <p>IV - <i>mendigue ou sirva a mendigo para excitar a comisseração pública:</i></p> <p>Pena - <i>detenção, de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa.</i></p> |

*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

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.

Código de Processo Civil

| | |
|-----------------|---|
| Art. 406 | <p><i>A testemunha não é obrigada a depor de fatos:</i></p> <p><i>II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo.</i></p> |
|-----------------|---|

Lei das Contravenções Penais *(Decreto-lei nº 3.688, de 3/10/1941)*

| <i>Omissão de Comunicação de Crime</i> | |
|--|--|
| Art. 66 | <p><i>Deixar de comunicar à autoridade competente:</i></p> <p><i>I - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação;</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>Pena: multa.</p> |

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/09

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. |
| Art. 14 | <i>Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.</i> |
| Art. 22 | <i>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.</i> |
| Art. 24 | <i>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.</i> |

| | |
|----------------|---|
| Art. 26 | <i>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.</i> |
| Art. 28 | <p><i>Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.</i></p> <p>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.</p> |
| Art. 73 | <p><i>É vedado ao médico 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.</i></p> <p>Parágrafo único. Permanece essa proibição:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;</i> <i>quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;</i> <i>na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.</i> |
| Art. 74 | <p><i>É vedado ao médico 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.</i></p> <p>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.</p> |

| | |
|----------------|---|
| Art. 78 | <i>É vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.</i> |
|----------------|---|

Consolidação das Leis do Trabalho

| | |
|-----------------|--|
| Art. 402 | <i>Considera-se menor para os efeitos desta Consolidação, o trabalhador de 14 até 18 anos (...).</i> |
| Art. 403 | <p><i>É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos.</i></p> <p>Parágrafo único. <i>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.</i></p> |
| Art. 405 | <p><i>Ao menor não será permitido o trabalho:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I – nos locais e serviços perigosos ou insalubres (...)</i> <i>II – em locais ou serviços prejudiciais à sua moralidade.</i> |

Bibliografia

1. Segre M, Silva KL, editores. Simpósio: os limites da autonomia do paciente. *Bioética* 1998;6(1):13-93.
2. Constantino CF, Zlochevsky ERM, Hirschheimer MR. Ética médica em terapia intensiva pediátrica. In: Matsumoto T, Carvalho WB, Hirschheimer MR, editores. *Terapia intensiva pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 49-54.
3. Associação Médica Mundial. Declaração de Genebra. Genebra: WMA; 1948.
4. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Aprovada na 18ª Assembleia Mundial de Médicos. Helsinque: Finlândia; 1964. Revista na 29ª Assembleia Mundial de Médicos. Tóquio: Japão; 1975.
5. Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem. 3ª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris: França; 1978.
6. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Resolução CNDCA nº 41/95, aprovada na 27ª Assembleia Ordinária de 13/10/95. *Diário Oficial da União* 17 out 1995: seção, p.16319-20.
7. Haering B. Ética médica. São Paulo: Editora Roma; 1975. p. 75-111.
8. King NMP, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr* 1989;115:10-6.
9. Kipper DJ, Francisconi CF, Oselka GW, Clotet J, Goldim JR, Loch JA. Uma introdução à bioética. *Temas de Pediatria Nestlé* 2002;73:56.
10. São Paulo [Estado]. 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. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 18 mar 1999;109(51).
11. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Bioética. Reuniões ordinárias. Atas de 1999 a 2003.

-
12. Silva FL. Beneficência e paternalismo. Medicina (CFM) 1997;10(88):8-9.
 13. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Termo de responsabilidade para atendimento à criança e ao adolescente: aprovado em sessão em 5.11.1998.
 14. Hospital Municipal Infantil Menino Jesus da Prefeitura de São Paulo. Termo de responsabilidade para atendimento a crianças e adolescentes.
 15. Weil WB. Guidelines for infant bioethics committees. Pediatrics 1984;74(2):306-10.

Caso 1

Descrição do caso

E.I.S.L., 10 meses de idade, sexo masculino, branco, deu entrada no pronto-socorro com história de sonolência e recusa alimentar. A mãe refere que no dia anterior a criança havia caído do berço. Logo após a queda chorou muito, depois ficou “roxinha”, “revirou” os olhos e dormiu. Vomitou uma vez hoje. Nega febre.

Antecedentes pessoais

Havia sido internado no mesmo hospital há dois meses, com trauma craniano. Na época, apresentou convulsão e a tomografia revelou hemorragia subdural. A história relatada foi de queda da mãe com a criança no colo. Ficou internado por três semanas, permanecendo 10 dias na UTI. Foi suspeito de maus-tratos, porém, por decisão judicial, voltou para casa com os pais.

Antecedentes familiares

Mãe, com 22 anos, não trabalha fora. Pai, com 25 anos, trabalha como autônomo (conserto de moto). Ambos os genitores concluíram o segundo grau de ensino. Irmã, com dois anos de idade, é saudável. Avó materna mora com a família. Pai é usuário de droga (cocaína).

Exame físico

Mau estado geral (MEG), sonolência, respondendo pouco aos estímulos dolorosos, respiração irregular, abaulamento de fontanela bregmática, postura em opistótono. Durante o atendimento inicial, apresentou convulsão focal em membro superior direito (MSD). Lesão cicatricial em membro inferior esquerdo (MIE), com sinais de respingos, sugestivo de queimadura (confirmado pela mãe, que refere queda acidental de água quente, quando estava cozinhando).

Hipóteses diagnósticas

- Convulsão pós-trauma
- Hipertensão intracraniana
- Sequela de queimadura de membro inferior esquerdo (MIE)

Exames complementares

- Líquor: hemorrágico
 - Tomografia computadorizada de crânio: hemorragia subdural e áreas sugestivas de necrose de parênquima. Fratura complexa de crânio em região parietal posterior e occipital
- Radiografia de esqueleto: fratura antiga de úmero direito (calo ósseo)
- EEG: acentuada depressão difusa de atividade elétrica cerebral

Dados relevantes para hipótese diagnóstica de violência doméstica

As principais causas de óbito em crianças submetidas a maus-tratos são os traumas cranianos e abdominais. Estima-se que 30% das crianças agredidas apresentam trauma craniano. Dessas, até 50% apresentam alterações neurológicas permanentes. As quedas de até 150cm de altura (normalmente os berços apresentam altura menor a essa), apesar de poderem produzir fraturas lineares e labirintite traumática, induzindo vômitos, excepcionalmente produzem lesões significativas em sistema nervoso central. Outro dado relevante para essa criança, sugerindo abuso físico, foi o achado de fratura antiga (calo ósseo) em úmero direito.

É relevante a presença da cicatriz de queimadura em MIE. Possivelmente, trata-se de um acidente doméstico (queimadura por líquido fervente), já que havia sinais de respingos na pele. Nas queimaduras intencionais o agressor coloca o membro afetado no líquido em questão. Normalmente, são queimaduras bilaterais, simétricas e bem delimitadas, poupando a palma quando se trata de membros superiores ou acometendo mais a região dos tornozelos quando se trata de membros inferiores, por algum

esboço de defesa do agredido. Nesse caso, é outra modalidade de violência – a negligência. Essa mãe, com o nível de escolaridade que apresenta, deveria estar ciente dos riscos de manter uma criança na cozinha, principalmente próxima do fogão.

Fatores predisponentes e sinais de alerta

- *História clínica:*
 - dados não condizentes com o exame físico
 - paciente de baixa idade
 - internação anterior com suspeita de abuso físico
- *Antecedentes familiares:*
 - pai usuário de droga ilícita
- *Exame físico:*
 - abaulamento de fontanela
 - cicatriz de queimadura
- *Exames complementares:*
 - líquido hemorrágico
 - hemorragia subdural na tomografia de crânio
 - fratura antiga de úmero direito

Evolução

O paciente foi encaminhado à UTI e no mesmo dia submetido à neurocirurgia (drenagem de hematoma subdural). Óbito no 3º dia de evolução.

Conduta

- Devido à suspeita importante de violência física, além da suspeita de negligência, levando-se em consideração a gravidade

do quadro clínico e a baixa idade (paciente menor de um ano, com consequente maior risco de agressões físicas), foram realizados relatórios médico, social e psicológico, posteriormente encaminhados à Vara de Infância e Juventude. Nesses, foi enfatizado o fato de a criança já ter sofrido possível abuso físico anterior e mesmo apresentando clínica de comprometimento importante de sistema nervoso central, apesar de apresentar boa evolução, a decisão judicial havia sido pelo retorno com os familiares.

- Na evolução do processo judicial o agressor foi considerado o pai e o processo foi encaminhado à Vara Criminal, e o agressor passou a responder processo por homicídio.

Pontos relevantes

- Suspeita de violência física com evolução trágica (óbito)
- Suspeita de negligência

Caso 2

Descrição do caso

M.G.R., dois meses de idade, sexo masculino, pardo, deu entrada com história de convulsão. A mãe refere que a criança estava bem até que começou a convulsionar. Nega traumas, febre ou outra alteração.

Antecedentes familiares

Mãe com 18 anos de idade, solteira, não trabalha e mora com os pais e irmãos.

Exame físico

Mau estado geral (MEG), sonolência, gemência alternada com irritabilidade, dificuldade respiratória, com períodos curtos de apneia, crises de postura em opistótono, abaulamento de fontanela.

Hipóteses diagnósticas

- Convulsão a esclarecer
- Hipertensão intracraniana

Exames complementares

- Líquor: hemorrágico
- Tomografia computadorizada de crânio: hemorragia subdural (puncionada quatro vezes, com saída de líquido sanguinolento) e áreas sugestivas de necrose de parênquima
- Radiografia de esqueleto: fratura de tíbia esquerda
- Exame de fundo de olho: hemorragias retinianas
- EEG: acentuada depressão difusa de atividade elétrica cerebral

Dados relevantes para hipótese diagnóstica de violência doméstica

A síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*) caracteriza-se por lesões do sistema nervoso central e hemorragias retinianas em menores de três anos de idade, provocadas por chacoalhamento. O episódio de chacoalhamento pode ser bastante breve, ocorrer apenas uma vez, ou pode ser repetido várias vezes, durante vários dias, semanas ou meses. Acarreta ruptura das veias pontes no espaço subdural e consequente hemorragia subdural. A vítima típica costuma ter menos de seis meses de idade, em geral do sexo masculino, cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão. Pode ser causado pelo pai ou por cuidadora do sexo feminino (babá). Os sintomas podem ser leves ou graves, mas costumam ser inespecíficos num primeiro momento. Os sintomas iniciais mais comuns são: diminuição do nível de consciência; sonolência; irritabilidade; diminuição da aceitação alimentar; vômitos; convulsões; alteração respiratória, incluindo apneia; coma e postura em opistótono. Lesões no esqueleto aparecem em até 50% das crianças agredidas, mas a sua presença não é requerida para o diagnóstico. Quando identificadas, as fraturas de costelas pos-

teriores constituem outro sinal que reforça o diagnóstico. Embora nenhuma lesão seja patognomônica dessa síndrome, a combinação de hemorragias retiniana e subdural em um lactente pequeno, na ausência de justificativa, aumenta o grau de suspeita.

Excetuando as quedas de grandes alturas, os acidentes automobilísticos e as três primeiras semanas de vida (pequenas hemorragias retinianas por trauma de parto), essa síndrome é praticamente a única causa de hemorragia retiniana.

Fatores predisponentes e sinais de alerta

- *História clínica:*
 - dados não condizentes com o exame físico
 - paciente de baixa idade
- *Antecedentes familiares:*
 - mãe jovem, solteira e desempregada
- *Exame físico:*
 - abaulamento de fontanela
 - hemorragia retiniana
- *Exames complementares:*
 - líquido cefalorraquidiano
 - hemorragia subdural na tomografia de crânio
 - fratura de tíbia esquerda

Evolução

Alta após 35 dias, porém com seqüela neurológica grave.

Faleceu após dois anos, por broncopneumonia.

Conduta

- Pela forte suspeita de violência física, considerando a gravidade das lesões e a baixa idade (paciente predisposto a agressões graves), foram realizados relatórios médico, social e psicológico, posteriormente encaminhados à Vara de Infância e Juventude da localidade de moradia do paciente.
- Por ocasião da alta hospitalar, por decisão judicial, o paciente foi encaminhado a uma instituição de abrigo.

Pontos relevantes

- Suspeita de violência física
 - síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*)

Caso 3

Descrição do caso

Criança de etnia guarani, que habita aldeia na região norte da cidade de São Paulo, com um ano de idade, portadora de pneumopatia crônica potencialmente curável, reinternada por quatro vezes, sempre com grave crise de asma aguda, broncopneumonia (BCP) e desnutrição, por não aderência ao tratamento e cuidados propostos, com peso inferior ao da alta hospitalar anterior. Nos períodos entre as internações era levada a cerimônias tribais e submetida a ritos de pajelança, que incluía exposição a fumaças de várias origens. Tanto o quadro pulmonar quanto o nutricional foram controlados durante a internação.

Nas conversas com líderes da tribo, que queriam o retorno da criança à aldeia, era explicitado: *“Pelos nossos costumes, o espírito desta criança, que tem tantos problemas, está só de passagem para visitar sua tribo. Se vocês não tivessem internado ela no hospital, ela não ‘estava’ mais aqui na Terra. Quando ela voltar ‘para nós’, ela vai ser tratada como todas as outras nossas crianças, de acordo com nossos costumes – nós não vamos mudar o destino dela.*

Conflitos e dilemas éticos

- *Beneficência*
 - O médico está obrigado a agir no melhor interesse do paciente, fazendo o bem, de forma intransferível e inalienável, e promovendo seu bem-estar da melhor forma, viabilizando o desabrochar de todo o seu potencial como ser humano.
- *Justiça*
 - Agir com justiça, nesse caso, é garantir a essa criança o acesso aos meios disponíveis de cuidados e de proteção que viabilizem a sua existência, como para qualquer outra criança ou adolescente não indígena que viva no território brasileiro, garantindo-lhe os direitos previstos nos artigos 5º e 227 da Constituição Federal.
- *Não maleficência*
 - Para o médico, sabendo que o prognóstico dessa criança se torna reservado ao voltar para a sua aldeia, fazer o mal é não impedir que esse fato aconteça. Para a tribo, fazer o mal seria deixar o “espírito” preso a um corpo incompetente/doente que “está só de passagem para visitar sua tribo”, “mudando seu destino”, “coisificando-a”.
 - Fazer o mal pode ser opor-se à busca do *valor e do sentido da vida*: “Uma intensificação da vontade de viver a ponto de nos dar coragem para morrer” (Rubens Alves).
- *Autonomia*
 - Os arts. 9º e 10 do Estatuto do Índio garantem ao índio a possibilidade de requerer sua liberação do regime tutelar, investindo na plenitude da capacidade civil, desde que preencha alguns requisitos. Esse direito pode ser exercido aos 21 anos de idade. Essa criança, permanecendo na tribo, poderá estar sendo impedida desse “vir a ser”.
 - Se a atitude dos responsáveis pelas crianças sempre as beneficiasse, não haveria a necessidade de leis específicas para tutelar os direitos e interesses dos menores e evitar eventuais excessos, abusos ou omissões.

- Essas leis visam equilibrar as consequências de algum senso de propriedade que os responsáveis expressam em relação aos menores sob sua responsabilidade, como o art. 227 da Constituição e o ECA.
- Para a tribo, um tratamento que conflita com sua cultura é torná-la indigna perante sua comunidade, é vitimizá-la com um estigma, é condená-la a morrer culturalmente ainda que viva biologicamente.
- Para a equipe de saúde, aceitar que prevaleça o aspecto cultural é afirmar que esse ser humano é de categoria diferente perante a lei e a ética profissional, uma vez que qualquer outra criança nascida em solo brasileiro tem melhor garantia de vida e de existência do que ela.

Aspectos legais

Código Civil – Lei nº 10.406, de 2002. Autonomia da população indígena

Art. 4º: São incapazes, relativamente a certos atos (da vida civil), ou à maneira de os exercer: (...)

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial (Estatuto do Índio).

Fundação Nacional do Índio (Funai): órgão do governo brasileiro que estabelece e executa a política indígenista no Brasil, dando cumprimento ao que determina a Constituição de 1988.

Lei nº 9.836, de 1999 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (acrescida ao SUS)

Art. 19-F: *Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.*

Estatuto do Índio – Título II - Dos Direitos Cíveis e Políticos

Art. 6º: Serão respeitados os usos, costumes e tradições das comunidades indígenas e seus efeitos, nas relações de família, na ordem de sucessão, no regime de propriedade e nos atos ou negócios realizados entre índios, salvo se optarem pela aplicação do direito comum.

Parágrafo único. Aplicam-se as normas de direito comum às relações entre índios não integrados e pessoas estranhas à comunidade indígena, excetuados os que forem menos favoráveis a eles e ressalvado o disposto nesta lei.

Comentário do autor: o argumento jurídico pode ser reforçado: a vida é bem inalienável e a Constituição não exclui a sua proteção seja qual for a circunstância; os direitos da criança e do adolescente prevalecem inclusive sobre o interesse dos pais ou responsável legal; a Carta Magna prevalece sobre a lei ordinária.

Dados relevantes para a hipótese diagnóstica de violência doméstica

Dentre os tipos de violência descritos – física, sexual, psicológica e por negligência e abandono –, além das formas de interpretação mais complexa, como as de submissão a cultos ritualísticos e à síndrome de Munchausen por transferência, o caso acima poderia ser caracterizado como negligência e submissão a culto ritualístico.

É ainda possível caracterizar crime de periclitção da vida e da saúde, de acordo com o art. 136 do Código Penal: *“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”*.

Fatores predisponentes

- Relacionados aos pais: imaturidade (mãe com 14 anos de idade), expectativa irreal em relação aos filhos (não era sadia, como esperado para os padrões daquela tribo).

-
- Relacionados à família: relações familiares precárias ou prejudicadas por sucessivos conflitos (mãe fugiu da aldeia, por conflito com seus líderes, deixando a criança aos cuidados da comunidade) e consequente separação dos pais.
 - Relacionados à criança: separação prolongada devido às internações anteriores, o que dificulta a formação de vínculos.
 - Relacionados às condições socioeconômicas: grupo étnico é uma minoria que experimenta isolamento social em relação à metrópole em que a aldeia está instalada, em más condições habitacionais. Líderes da aldeia têm pouca escolaridade. A sobrevivência ocorre por ajuda governamental aos indígenas e à venda de artesanato rudimentar, ocasionando diminuição do poder econômico.

Sinais de alerta de negligência

- Na atenção médica: demora na procura de recursos médicos; tratamentos inadequados; não cumprimento do calendário vacinal; não seguimento de recomendações; acompanhamento irregular de portador de enfermidade crônica e internações frequentes.
- Nos cuidados corporais e de higiene: descuido na guarda, preparo e oferta dos alimentos; uso de roupas inadequadas ao clima; dermatite de fraldas de repetição (sem tentativas de tratamento).
- Durante atendimento médico: responsáveis raramente tocavam a criança; choro excessivo; apatia e sonolência.
- Das características dos responsáveis: experimentam isolamento social; eram frios, passivos, retraídos e ambivalentes: ora pediam “socorro” e providências ao internar a criança, ora negavam o que lhes era proposto.

Encaminhamento

- Art. 232 da Constituição Federal: “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo”.

-
- Decisão judicial provisória (Vara da Infância e Juventude): abrigo em instituição.

Pontos relevantes

- Violência por negligência
- Culto ritualístico
- Conflito cultural
- Dilema ético
- Questionamento jurídico

Caso 4

Descrição do caso

G. S., 14 anos de idade, sexo feminino.

- 1ª internação: com 13 anos tentou se matar, jogando-se de uma passarela sobre uma autoestrada.*
- 2ª internação: dez meses após a primeira, em segunda tentativa de morrer no mesmo local e da mesma forma.*
- 3ª internação: três meses depois da segunda tentativa de suicídio, na ala psiquiátrica de um grande hospital geral público de São Paulo, foi tratada durante um mês e meio e permanece em tratamento em hospital-dia.*

Antecedentes pessoais

- Mãe teve depressão pós-parto, ficou muitos meses afastada da criança e foi o pai quem cuidou dela
- Dificuldade de alimentação desde bebê, sendo a única filha que a mãe se recusou a amamentar

-
- Aos nove anos começou a provocar feridas na pele dos pulsos, que chegavam a sangrar e infectar, só parando com esse comportamento após iniciar o uso de drogas
 - Algumas internações por abuso de álcool e drogas sem intervenção efetiva dos pais para superar o problema

Dados familiares

É a terceira filha de uma prole de quatro meninas; pais em situação de divórcio afetivo discutem uma provável separação; mãe, 46 anos, negligente, não se preocupa em dar limites na educação das filhas, trabalha muito; pai, 48 anos, aposentado por invalidez, deprimido, bebe e fuma demais, extremamente preocupado com as filhas.

Exame físico

Como consequência física das tentativas de suicídio, teve duas fraturas de fêmur, bacia e outras partes da perna, tendo sido submetida a três cirurgias para colocação de pinos; quebrou o maxilar e os dentes da frente e do lado direito superior. Além das cirurgias ortopédicas, fez duas cirurgias plásticas no rosto e uma para recolocação do maxilar. Estava sem dentes, pois ainda não tinha condições clínicas de colocar prótese nem de fazer implantes dentários, o que a deixava mais deprimida.

Exame psiquiátrico/psicológico

Deprimida, chorosa, não queria contato com os familiares, não falava com a mãe nas visitas; muito preocupada com o pai, se culpabilizava por tudo o que acontecia com ele; o fato desencadeador da primeira tentativa de suicídio foi uma fratura de fêmur que o pai teve em decorrência de briga com o namorado dela, que era bandido e usava drogas. G. usou drogas desde os 11 anos (maconha, cocaína e experimentou *ecstasy*). Chegou a fazer programas sexuais para obter dinheiro para comprar drogas. Medicada com antidepressivo (sertralina) e divalproato de sódio (dois comprimidos de manhã e um à noite), como antipsicótico. Iniciou psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico semanais.

Hipóteses diagnósticas

Distúrbios psicológicos e psiquiátricos decorrentes, provavelmente de violência psicológica na família desde tenra idade: insultada e desprezada, é tratada de forma diferenciada das irmãs pela mãe; excluída, não teve limites seguros de nenhum dos pais, nem estabeleceu vínculos afetivos estruturantes com as figuras parentais. A mãe, para ela, é um ser destruidor e devorador, por quem nutre ódio e ressentimento. O pai, um fraco, sensível, que ela ama e quer proteger. O psiquiatra aventou também a hipótese de distúrbio afetivo bipolar.

Dados relevantes para a hipótese diagnóstica de violência psicológica

- Avaliação da história e dinâmica familiar
- Avaliação psicológica e acompanhamento
- Levantamento do histórico médico

Fatores predisponentes

- Crise conjugal crônica dos pais, explícita e com relações aberrantemente destrutivas entre eles
- Inversão de papéis familiares básicos
- Depressão pós-parto da mãe
- Depressão operativa e alcoolismo/tabagismo (dependência química) do pai
- Falta de coerência entre os pais na educação da filha e falta de colocação de limites

Sinais de alerta

- Praticamente, os mesmos da resposta anterior, somados aos da menina:

-
- baixa autoestima
 - comportamentos autodestrutivos, dos pequenos às tentativas de suicídio
 - falta básica de apetite; dificuldades de aprendizado escolar e de desenvolvimento regular
 - sofrimentos depressivos exteriorizados na forma de muito choro, tristeza e falta de vontade de viver
 - relação cheia de conflitos com a mãe e permeada por ansiedade e culpa com o pai

Conduta

- Trabalho articulado em rede: ambulatório psiquiátrico, hospital geral, psicologia do posto de saúde, serviço psicológico e serviço social judiciário
 - a. Médico:
 - tratamento psiquiátrico, medicação
 - avaliações e acompanhamento ortopédico
 - acompanhamento clínico
 - tratamento para dependência química
 - b. Psicológico e social:
 - psicoterapia semanal da menina; psicoterapia para os familiares
- Avaliação e acompanhamento psicossocial e judiciário em Vara da Infância e Juventude: orientação a G. e aos pais, verificação dos encaminhamentos e visitas domiciliares

Pontos relevantes

- Violência psicológica por ação e por omissão:
 - rejeição afetiva
 - negligência afetiva

Caso 5

Descrição do caso

G.S.M., com um ano e quatro meses de idade, sexo feminino, eutrófica, veio com queixa de febre intermitente e dor abdominal recorrente. A equipe médica orientou acompanhamento ambulatorial, o que foi contestado pela mãe, que chegou a ser agressiva com os médicos. A criança já havia passado por vários outros serviços, sem diagnóstico conclusivo. Durante a internação não se observaram os sintomas e sinais relatados pela mãe. Na investigação só foi encontrado um leve refluxo gastroesofágico. Quando avaliada pelo serviço de psicologia, a mãe mostrou-se não cooperativa, não aceitando essa avaliação até que fossem excluídas todas as possíveis causas orgânicas, pedindo que fossem realizados exames cada vez mais complexos. Permaneceu internada por 23 dias e até a data da alta questionava as condutas médicas. Mesmo encaminhada para seguimento ambulatorial, dizia que continuaria a tentar encontrar o diagnóstico da criança.

Antecedentes familiares

- Mãe é filha única, com 30 anos de idade e bom nível de escolaridade (2º grau completo)
- Experiência materna anterior com crianças (creche)

Exame físico

- Sem os sinais que justificaram a internação (febre)
- Sem alterações ao exame físico

Hipóteses diagnósticas

- Febre e dor abdominal a esclarecer
 - doença do refluxo gastroesofágico

Exames complementares

- Hemograma completo, VHS (velocidade de hemossedimentação), teste da velocidade de sedimentação das hemácias, PCR (proteína C reativa), imunoglobulinas, complemento total, urina tipo I, urocultura, parasitológico de fezes, radiografia torácica e abdominal, ultrassom de abdome total normal
- Endoscopia digestiva alta: esofagite grau I (eritema leve ao nível da transição epitelial, apagamento, friabilidade e perda do brilho da mucosa)

Dados relevantes para hipótese diagnóstica de violência doméstica

A síndrome de Munchausen por transferência é definida como uma situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais são inventados, simulados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Essa prática impõe violência física à criança, como exigências de exames complementares desnecessários e uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pela multiplicação de consultas e internações sem motivo.

O agressor mais frequente é a mãe, geralmente com bom nível de escolaridade e alguma experiência em lidar com crianças (enfermeira, psicóloga, assistente social, trabalhadora em creches etc.). Na abordagem dessa síndrome deve-se considerar que há três categorias de envolvidos: o agredido (paciente), o agressor e o enganado (equipe de saúde). Para o envolvimento desse terceiro ator, é necessário certo nível de conhecimento do segundo ator, o agressor.

Fatores predisponentes e sinais de alerta

- Dados não confirmados durante a internação
- Passagem por vários hospitais
- Falta de cooperação materna
- Discordância das condutas médicas

- Avidez por exames laboratoriais complexos
- Comportamento materno (insistência, agressividade, questionamento)

Conduta

- Pela suspeita de abuso infantil, considerando o risco potencial para a criança (a mortalidade pode chegar a 9% para a síndrome), foram realizados relatórios médico, social e psicológico, posteriormente encaminhados à Vara de Infância e Juventude
- Após a alta hospitalar, por decisão judicial, voltou para casa, com a mãe, e recebe acompanhamento pela equipe técnica (psicólogos e assistentes sociais) da mesma Vara de Infância e Juventude
-

Pontos relevantes

- Síndrome de Munchausen por transferência
 - violência física e psicológica

Caso 6

Descrição do caso

J.P.S., sexo masculino, sete anos de idade, encaminhado a serviço ambulatorial por lesões perianais. Comparece acompanhado da mãe e do pai, ambos bastante angustiados e questionando se “isso vai afetar o futuro do menino”. Na entrevista inicial mostra-se bastante calado e retraído, negando qualquer tipo de manipulação ou contato com adulto. Os pais informam que ambos trabalham fora o dia todo e que o menino fica sob os cuidados da irmã mais velha, de 11 anos, que cuida, ainda, de mais um irmão de cinco anos.

Antecedentes pessoais

- Ainda não frequenta a escola

Exame físico

- Exame físico geral: nada digno de nota (NDN)
- Região perianal: presença de múltiplas lesões verrucosas, compatíveis com condiloma acuminado

Complemento da anamnese

- Após o exame físico, em conversa reservada com o menino, esse informa que um vizinho, de cerca de 20 anos, o convida para jogar videogame na casa dele e lá “ele mexe comigo”.

Dados relevantes para hipótese diagnóstica de violência doméstica

Dentre as formas de negligência, pode-se aqui identificar a emocional e a educacional. Essa omissão do cuidar constitui forma insidiosa de violência, com consequências danosas para a autoestima da vítima, que existe tanto na forma social, por falta de recursos para o sustento da família, como na forma intencional.

As situações de violência sexual crônica ocorrem por períodos mais extensos, cometidas por pessoas próximas, que contam com a confiança das vítimas e das famílias. As ameaças são geralmente veladas e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis.

Condilomas acuminados são verrugas anogenitais causadas pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão pode ocorrer durante o parto, por contato não sexual (autoinoculação ou heteroinoculação, a partir de verrugas cutâneas) ou por contato sexual. O risco de abuso sexual é de 25% a 50% dos casos ¹.

Fatores predisponentes

- Criança fica a maior parte do tempo em casa, sem a supervisão de um adulto

¹ Sherer EA, Gulko PS, Dillenburg RF, Ramos MC, Bakos L. Condiloma acuminado em crianças. Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Grande do Sul;7(3):168-70, dez. 1987.

Sinais de alerta

- Presença de doença sexualmente transmissível
- Relato reservado do paciente

Conduta

- Particular atenção quanto à privacidade e sigilo
- Biópsia para confirmação diagnóstica anatomopatológica e exérese das lesões
- Não descartar a possibilidade de forma não sexual de transmissão dessa doença, nem a hipótese de o abuso ter sido cometido por outra pessoa
- Investigação social e psicológica ao orientar a família sobre a suspeita levantada, antes de tomar as medidas legais cabíveis (se persistir a suspeita de abuso sexual, além do conselho tutelar a Vara da Infância e Juventude deve também ser notificada)
- Notificação ao conselho tutelar quanto à situação escolar do paciente
- Manter seguimento médico, psicológico e social do caso

Pontos relevantes

- Negligência educacional e emocional
- Suspeita de violência sexual, por apresentar doença potencialmente transmissível por contato sexual

Caso 7

Descrição do caso

B.M.F., dois anos de idade, sexo feminino, é trazida pela mãe (de 22 anos) a serviço ambulatorial. A mãe refere ter encontrado alterações

na região genital da criança após ela ter voltado de um fim de semana na casa do pai e quer saber se pode ter havido violência sexual. O casal está separado há sete meses e a menina é a única filha do casal. Quinzenalmente, passa um fim de semana na casa do pai. Nega qualquer antecedente mórbido significativo. Refere, com raiva, que “o pai da criança é muito mulherengo”.

Exame físico

Bom estado geral (BEG), tranquila, interagindo bem. Estado nutricional adequado. Exame ginecológico sem alterações significativas: hímen íntegro, ausência de sinais inflamatórios.

Dados que corroboram a hipótese de violência

A violência doméstica tem maior probabilidade de se desenvolver nas famílias cujos pais:

- fazem uso de drogas lícitas, como álcool, e/ou ilícitas
- são imaturos (pais adolescentes)
- manifestam outras formas de violência ou de perda de controle emocional
- sofreram maus tratos na infância
- apresentam distúrbios mentais (como depressão, ansiedade, baixa autoestima, esquizofrenia, atraso mental, transtornos de agressividade)
- são solteiros e a paridez não foi desejada
- são separados ou estão em conflito, ou quando há conflito entre os cuidadores da criança (às vezes, vários membros da família expandida)
- têm expectativas irreais em relação aos filhos
- apresentam rigidez ou inflexibilidade que correspondem a modelos familiares de imposição de disciplina

Fatores predisponentes

- Genitores jovens, casal separado e em conflito

Sinais de alerta

- Nenhum

Conduta

- Atentar para a possibilidade de tentativa de manipulação da equipe com uma denúncia falsa
- Encaminhamento da mãe e do pai (se possível) para atendimento em serviço social e de psicologia, para melhor compreensão da situação do casal e da criança
- Manter seguimento médico de rotina e notificar o conselho tutelar após a avaliação da equipe multiprofissional

Pontos relevantes

- Suspeita de violência doméstica, sem dados que corroborem esse fato em família com risco para tal tipo de violência
- A falsa imputação de abuso sexual leva a procedimentos que constituem abuso de fato, com o acusador como agressor (a insistência na imputação pode levar a criança a acreditar que o abuso tenha efetivamente ocorrido)

Caso 8

Descrição do caso

S.S.S., 16 anos, sexo feminino, dá entrada em serviço de urgência relatando ter sido atacada por desconhecido quando ia para a escola há um dia. Segundo ela, o agressor portava uma faca e a obrigou a ir para um terreno baldio, onde tirou suas roupas e a forçou

a ter relações sexuais. Ficou com vergonha e voltou para casa. Só procurou o pronto-socorro porque estava sentindo muita dor e não parava de sangrar. Diz ter medo de voltar a sair sozinha na rua. Última menstruação há cerca de 15 dias. Tem vida sexual ativa com o namorado, com o qual usa preservativo (camisinha).

Exame físico

Bom estado geral (BEG), descorada 2+/4+, consciente, contactando. Pele: equimoses em rosto, mama direita e braços. Escoriações em membros inferiores. Abdome: doloroso à palpação, sem dor à manobra de descompressão brusca. Ginecológico: presença de laceração em fúrcula vaginal com cerca de 3cm de extensão, sangrante. Exame especular: sem sinais de rotura de fundo de saco vaginal, colo epitelizado. Toque: útero em anteversoflexão de tamanho normal, indolor à palpação e à mobilização.

Dados que corroboram a hipótese de violência

Coerência entre o histórico e o exame físico da paciente. A violência extrafamiliar, a que estão sujeitas todas as pessoas, é aquela que ocorre fora de suas moradias. No caso da infância e da juventude, é praticada, mais frequentemente, por parentes próximos ou pessoas de sua convivência, mas também por pessoas que detêm sua guarda temporária e por estranhos.

Fatores predisponentes

- Ataque fora de casa, em situação de trânsito para a escola

Sinais de alerta

- História e exame físico: dor, sangramento genital

Conduta

- Atendimento médico é prioritário às medidas policiais e jurídicas

-
- Acolhimento requer disponibilidade e paciência, por envolver pacientes com sentimentos de degradação, humilhação, vergonha, culpa e que estão com medo, confusas, assustadas, sentindo-se traídas
 - Particular atenção quanto à privacidade e sigilo
 - Evitar contato físico desnecessário, que pode ser interpretado como “revitimização”
 - Esclarecer antecipadamente todos os procedimentos, obtendo o consentimento para efetua-los
 - Atender com acompanhante
 - Para realizar o exame físico, particularmente o ginecológico, usar sedação e anestesia, se necessário
 - Propedêutica subsidiária: ultrassonografia pélvica e abdominal, hemograma, urina I, função hepática e renal
 - Colher exames para diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e provas forenses
 - Sutura e hemostasia das lesões sangrantes
 - Observar diurese (hematúria)
 - Profilaxias das DSTs não virais e virais
 - Profilaxia de gestação
 - Avaliação por equipe de saúde multiprofissional

Encaminhamentos

- Orientar sobre as medidas policiais e legais cabíveis (fazer Boletim de Ocorrência)
- Providenciar que a instituição de saúde realize a notificação ao conselho tutelar e à Vara da Infância e Juventude
- Manter seguimento médico, psicológico e social do caso:
 - repetir sorologias para DSTs em três e seis meses
- Orientar sobre serviço de aborto legal, se ocorrer gravidez

Particularidades do atendimento à vítima de violência sexual

O risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis exige ações imediatas para sua prevenção ou, pelo menos, para a realização de diagnósticos e tratamentos precoces, nas primeiras 36 horas.

A ocorrência de gravidez pode ser evitada pela anticoncepção de emergência, cuja eficácia é maior se utilizada em até 72 horas. Nos casos de gravidez, a legislação brasileira garante o direito ao aborto legal. Cabe propor o encaminhamento a serviço que realize esse procedimento, independente de qualquer documentação legal ou certeza quanto ao coito que originou tal gestação (tal averiguação é função do serviço que realizará o aborto).

O atendimento deve ser detalhadamente relatado no prontuário do paciente, que pode servir de documentação jurídica (laudo de exame de corpo de delito e conjunção carnal), se solicitado. Essas informações estão sujeitas, ética e legalmente, aos princípios do sigilo e confidencialidade.

O exame ginecológico é obrigatório, se necessário sob narcose, a fim de identificar e tratar lesões e para coleta de material para exames de detecção de DSTs e provas forenses – as quais ficarão anexadas ao prontuário do paciente (sujeitas ao sigilo, só podendo ser liberadas com autorização do paciente ou de seu responsável legal ou para médico perito judicial).

A notificação à Vara da Infância e Juventude e ao conselho tutelar é obrigatória, mas o momento para realizá-la deve ser criteriosamente estudado pela equipe de saúde, com o conhecimento da paciente.

O encaminhamento policial para elaboração de Boletim de Ocorrência (BO) deve ser esclarecido à vítima ou a seu responsável. A eles cabe fazer a denúncia em delegacia (especializada, de preferência), responsável pelo encaminhamento ao Instituto Médico-Legal.

Quando a vítima é legalmente incapaz e o agressor é o próprio responsável legal, ou existem indícios de convivência ou proteção desse em relação ao agressor, a competência para as providências legais pertinentes ao agressor é do curador de menores (Ministério Público).

A paciente não pode ser liberada sem o encaminhamento para serviços médicos (DSTs, risco de gestação, saúde reprodutiva) e psicológico (estresse pós-traumático, saúde mental).

Pontos relevantes

- Violência sexual e psicológica de origem extrafamiliar
- Risco de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez
- Questões éticas e legais



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



ISBN 978-85-87077-18-9



9 788587 077189