

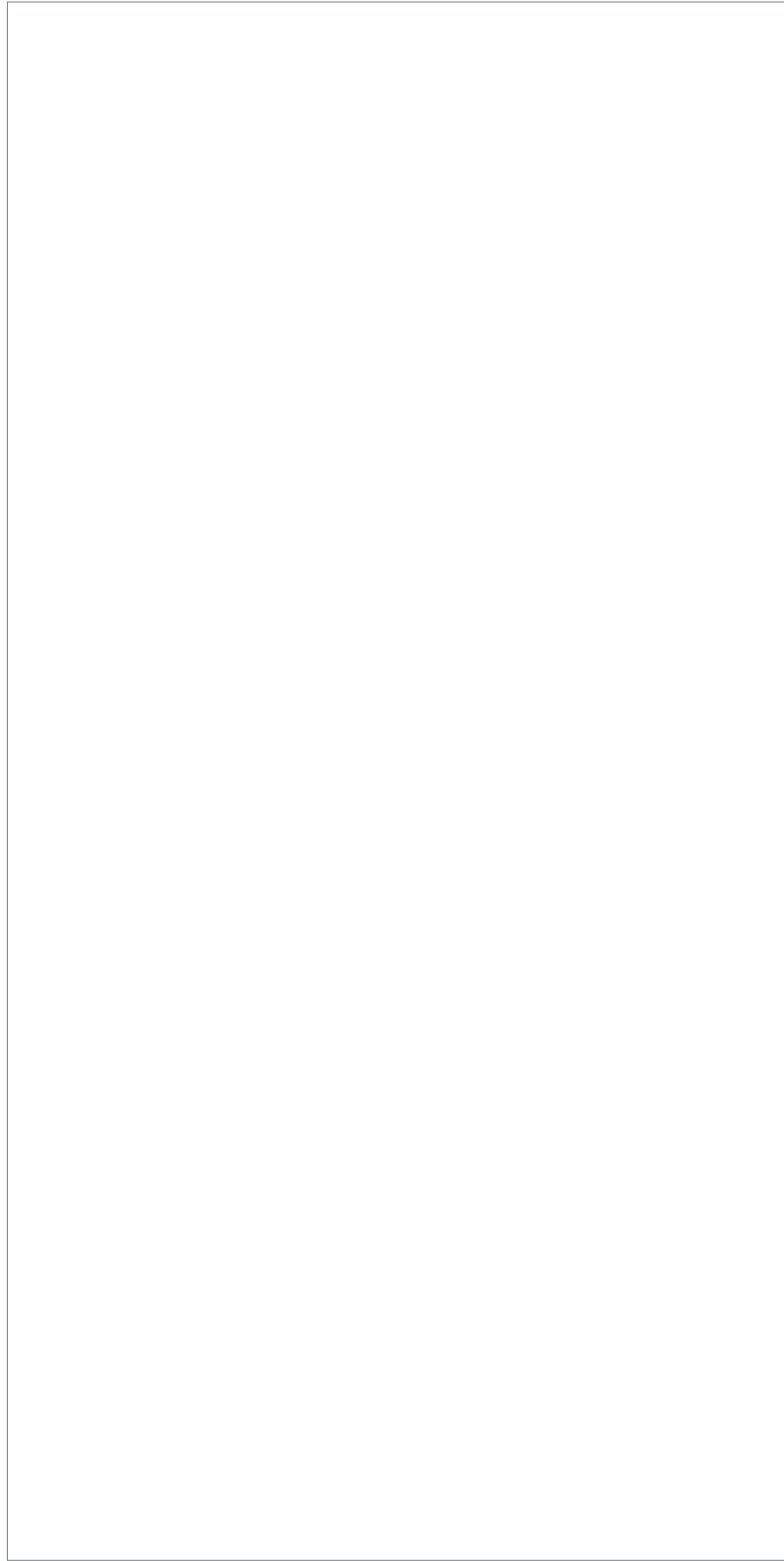


**GUIA DE ATUAÇÃO
FRENTE A MAUS-TRATOS
NA INFÂNCIA E
NA ADOLESCÊNCIA**

**Orientações para pediatras e
demais profissionais que trabalham
com crianças e adolescentes**



2ª Edição



**GUIA DE ATUAÇÃO
FRENTE A MAUS-TRATOS
NA INFÂNCIA E
NA ADOLESCÊNCIA**

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

**Centro Latino - Americano de Estudos de
Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves)**

**Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
FIOCRUZ**

**Secretaria de Estado dos Direitos Humanos
Ministério da Justiça**

2ª Edição

Rio de Janeiro - Março de 2001

Equipe de Elaboração

Ana Lúcia Ferreira – UFRJ / SBP

Aramis Antônio Lopes Neto – SMS / SBP

Célia Maria Stolze Silvany – UFBA / SBP

Edinilsa Ramos de Souza – CLAVES

Kathie Njaine – CLAVES

Kleber Henrique da Silva – CLAVES

Olga Bastos – IFF / SBP

Rachel Niskier Sanchez – IFF / SBP

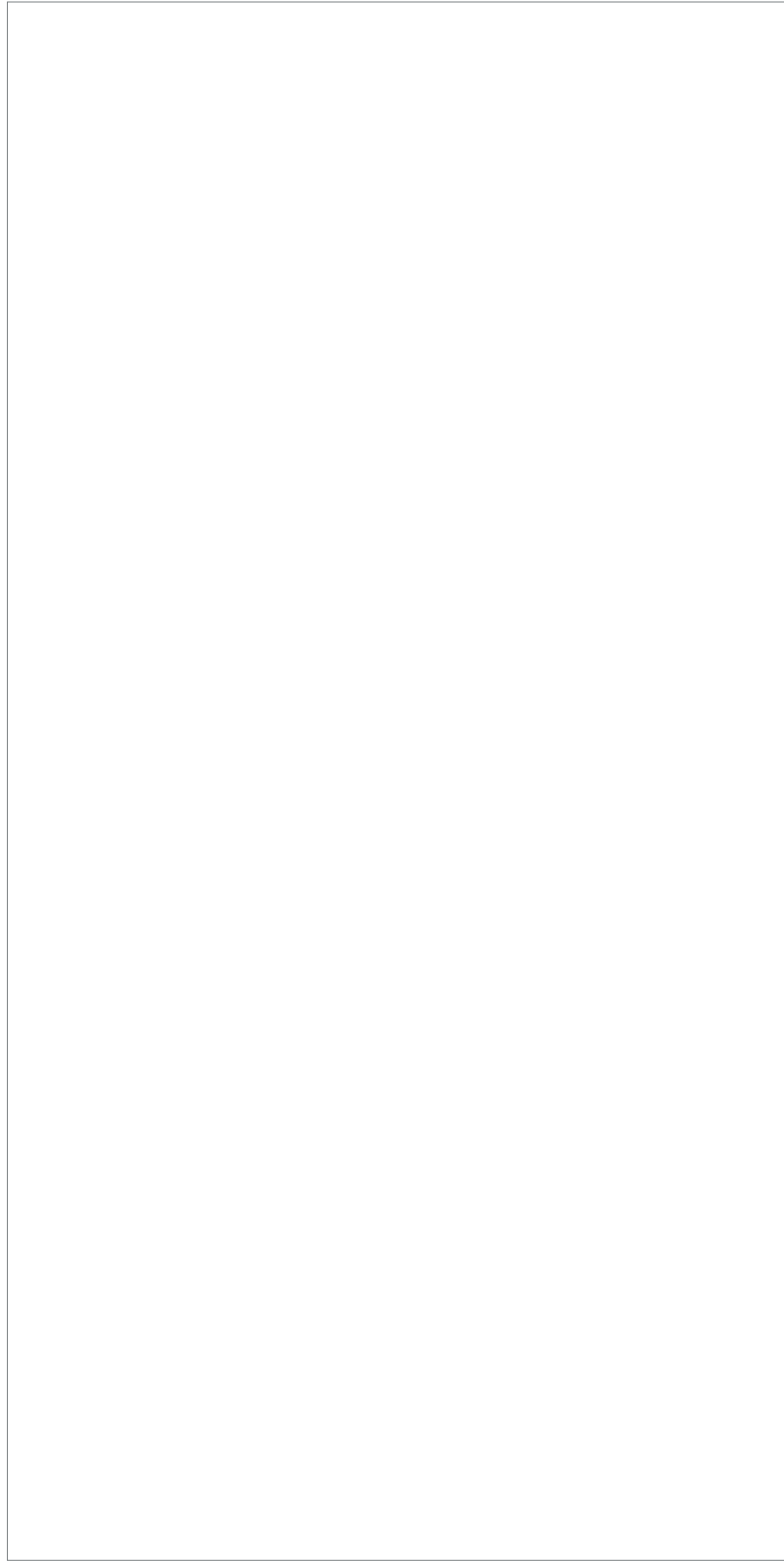
Romeu Gomes - IFF / CLAVES

Simone Gonçalves de Assis – CLAVES

Suely Ferreira Deslandes – IFF / CLAVES

SUMÁRIO

Introdução.....	7
Conceituando a violência contra a criança e o adolescente.....	11
O atendimento clínico.....	15
Dúvidas comuns no cotidiano do atendimento.....	31
A contribuição deste Guia.....	38
Referências.....	39
Instituições para notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes.....	40
Outras instituições com atuação contra a violência.....	40



A violência é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, constituindo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento. As crianças e adolescente são, ainda, exploradas sexualmente e usadas como mão-de-obra complementar para o sustento da família ou para atender ao lucro fácil de terceiros, às vezes em regime de escravidão. Há situações em que são abandonados à própria sorte, fazendo da rua seu espaço de sobrevivência. Nesse contexto de exclusão, costumam ser alvo de ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde.

É crescente o número de crianças e adolescentes vítimas de violência que vem sendo atendido nos consultórios da rede pública de saúde, assim como nas clínicas particulares. Entretanto, não se conhece ainda a magnitude real desse problema, devido a alguns fatores culturais e institucionais. Por um lado, não existe no país o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais da saúde frente ao problema da violência, o que contribui para a dificuldade desses profissionais de diagnosticar, registrar e notificar os casos. Por outro lado, colabora também para este desconhecimento o pacto de silêncio nos lares, espaço socialmente sacralizado e considerado isento de violência, mas que, na verdade, constitui-se como um lugar privilegiado para a prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Os maus-tratos a crianças e adolescentes, tema do presente Guia, são, entre as formas de expressão de violência, as mais frequentes e mais passíveis de prevenção pelo setor saúde.

O atendimento às vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado no país, sendo insuficiente para a demanda que chega aos serviços de saúde. Em algumas cidades já vêm sendo utilizadas fichas de notificação compulsória, treinados os profissionais e reorganizados os serviços para atender à especificidade dessa demanda.

A fim de contribuir para a adequação e a universalização desse atendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu em outubro de 1998 a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a observância dos preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o ECA, os profissionais da saúde são obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Para que este preceito legal seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; fornecer maior conhecimento sobre o tipo de atendimento a ser dado às vítimas desses agravos; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas; e aperfeiçoar o sistema de informação sobre o perfil de morbimortalidade por violência.

O cumprimento dos direitos garantidos pelo ECA é amparado pelo Conselho Tutelar, que é um órgão

permanente e autônomo, mantido com recursos públicos. De acordo com o ECA, os municípios deverão ter pelo menos um Conselho Tutelar, composto por cinco membros eleitos diretamente a cada três anos pela comunidade que reside em sua área de abrangência.

Por este motivo, o profissional de saúde deve notificar ao Conselho Tutelar, estabelecendo uma parceria fundamental para a proteção da criança e o apoio à família. O campo de atuação do Conselho Tutelar é diferente e mais amplo que o de uma unidade de saúde e o profissional passa a ter um parceiro para compartilhar o atendimento e dividir responsabilidades.

Os pediatras têm um importante papel na prevenção e no atendimento dos casos de maus-tratos, pois participam ativamente do acompanhamento da vida de seus pacientes e podem contribuir para a harmonia familiar, sendo muitas vezes referência de apoio e confiança.

A formação pediátrica possibilita, felizmente numa proporção significativa, a prática profissional cuidadosa e solidária, permeando a abordagem técnica com atitudes que trazem conforto e segurança às famílias.

A partir dessas considerações, em virtude da magnitude e da gravidade do problema dos maus-tratos na infância e adolescência e da relevância do papel preventivo e de assistência da equipe de saúde, é apresentado esse Guia de orientação para os pediatras e demais profissionais da saúde.

Este texto tem como objetivo auxiliar no reconhecimento, na notificação, no tratamento e na adequada

referência dos casos. Visa ainda à prevenção da reincidência e de episódios novos.

Através deste Guia pretende-se, com uma linguagem franca, objetiva e voltada para a ação, alcançar o universo dos pediatras e demais profissionais da saúde brasileiros. Busca-se apoiar esses profissionais em seus mais diversos locais de trabalho, para que possam adequar e melhorar o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Acredita-se que sua participação mais efetiva possa colaborar para a ampliação das iniciativas de atendimento a esses casos de violência, minimizando esta situação cruel que atinge toda a sociedade.

As definições para violência contra a criança e o adolescente variam de acordo com visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela e com os modelos explicativos usados para a violência.

Historicamente o conceito de violência vem sendo ampliado, em decorrência da maior conscientização a respeito do bem-estar da criança e do adolescente, de seus direitos e dos efeitos que a violência exerce sobre o seu desenvolvimento.

DEFININDO MAUS-TRATOS

”Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.” (Deslandes, 1994).

A definição do que possa ser uma prática abusiva passa sempre por uma negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (Deslandes, 1994).

Os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

Classicamente os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos:

♦ **MAUS-TRATOS FÍSICOS:** uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais,

responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994)

A “síndrome do bebê sacudido” é uma forma especial deste tipo de mau-tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.

A síndrome da criança espancada “*se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais*” (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

♦ **SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:** é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

♦ **ABUSO SEXUAL:** é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter

satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existam contato sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (Deslandes, 1994).

♦ **MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS:** são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.

♦ **NEGLIGÊNCIA:** é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola.

A identificação da negligência no nosso meio é com-

plexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta.

A suspeita e identificação dos casos de vitimização de crianças e adolescentes ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde. Isto faz com que as patologias e agravos evidenciados sejam diagnosticados e tratados apenas com base em sinais orgânicos evidentes.

A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge, geralmente, no momento em que se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico do paciente. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, como também de sintomas sugestivos de que a criança possa estar sendo vitimizada. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por equipe multiprofissional, na qual estejam incluídos, além do médico, psicólogo e assistente social.

A ATITUDE DO PROFISSIONAL

A entrevista inicial tem como objetivo estabelecer uma relação entre o médico e os pais ou responsáveis, além de se ouvirem as queixas apresentadas. É em nome deste relacionamento que o profissional da saúde deve manter uma atitude de isenção, mesmo que haja suspeita de que um dos pais ou o responsável seja o abusador.

As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação de acusação ou de censura, embora as intenções de esclarecer a suspeita ou confirmação dos

maus-tratos e de proteger a criança de novas agressões devam estar sempre presentes.

A abordagem à família deve ser empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares.

Algumas dificuldades e temores têm sido alegados pelos profissionais da saúde ao justificarem a falta de uma abordagem objetiva, no sentido de esclarecer sobre a intencionalidade ou não dos agravos. Entre esses receios, merecem destaque o de assumir um papel de denunciante, o de poder ser convocado para depor durante as investigações e o processo criminal, o risco de sofrer retaliações por parte da família denunciada, a insegurança para abordar o paciente e seus responsáveis, a desinformação sobre a legislação pertinente, para citar alguns.

Apenas como uma forma didática de abordar o assunto, apresentaremos a seguir os tipos de maus-tratos contra a criança e o adolescente, chamando atenção para dados da anamnese e do exame físico, além de alguns exames complementares que possam auxiliar no esclarecimento dos casos que se apresentam na prática pediátrica. Ressaltamos que, muitas vezes, esses maus-tratos ocorrem de forma concomitante.

Muitos dos sinais e sintomas relacionados aos maus-tratos são inespecíficos e podem ocorrer sem que a criança ou o adolescente esteja sendo vítima de qualquer tipo de violência. Faz-se sempre necessário, portanto, contextualizar cada situação que se apresenta.

MAUS-TRATOS FÍSICOS

ANAMNESE

Devem ser observadas as seguintes situações:

- ♦ História incompatível com as lesões existentes - frequentemente, nesses casos, a lesão é relacionada a um fato acidental ou a uma atitude da própria vítima que não condiz com a gravidade do quadro;
- ♦ Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança - alegação de que o acidente teria sido provocado por uma atitude da própria vítima, não sendo este ato compatível com a idade e o desenvolvimento motor da vítima;
- ♦ Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos - a adoção de estratégias como estas possibilitam a detecção de relatos falsos. Daí a importância de uma atuação interdisciplinar e a discussão dos casos por equipe multiprofissional;
- ♦ Relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente - mesmo que haja convivência dos responsáveis no acobertamento da violência, informações relacionadas ao detalhamento do suposto acidente não são ventiladas quando se formula a história mentirosa;
- ♦ Relatos discordantes quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente;
- ♦ Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado - geralmente relacionados à suposta hiperatividade, má índole, desobediências etc. da criança;
- ♦ Suposto acidente para o qual a procura de socorro

médico ocorre muito tempo após o evento;

- ♦ Dinâmica familiar denotando falta de estrutura estável - embora não seja patognomônico de maus-tratos, é sabido que a violência contra a criança é mais freqüente nos lares onde a relação familiar é precária ou prejudicada pelos sucessivos conflitos. Alcoolismo e uso de drogas ilícitas também aumentam a ocorrência de maus-tratos físicos na família;
- ♦ Problemas maternos relacionados à gravidez – mãe solteira, gravidez indesejada, não comparecimento às consultas de pré-natal, tentativas frustradas de abortamento, separação do casal etc;
- ♦ Relato dos pais sobre experiências próprias de terem sofrido alguma forma de violência na infância.

EXAME FÍSICO

Por ordem de freqüência, as lesões por maus-tratos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas e, em seguida, no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

♦ PELE E MUCOSAS

As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau.

Hematomas são as lesões de pele mais freqüentemente encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e os arranhões.

Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Assim, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).

Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes etc.).

O achado de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos.

É importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas.

♦ ESQUELETO

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes.

As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades. Em crianças menores, os ossos longos costumam ser afetados na zona metafisária. O traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a

provocou: fraturas espiralares e fraturas transversas em ossos longos de lactentes sugerem maus-tratos (as primeiras por torção, as últimas por impactos violentos).

Fraturas de costelas (geralmente na região posterior, próximo à articulação costo-vertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto.

♦ SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão:

a) externa: fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas;

b) interna: produzida por “sacudida” ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóideo e a hemorragias retinianas;

Hemorragias retinianas em menores de 3 anos, na ausência de lesões externas de TCE, são quase específicas de maus-tratos (decorrem de forças de aceleração e desaceleração aplicadas na cabeça, como na “síndrome do bebê sacudido”).

Conforme acontece em danos neurológicos de outras etiologias, as alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

♦ LESÕES TORÁCICAS E ABDOMINAIS

Os traumatismos torácicos produzidos por maus-tratos são pouco frequentes, podendo decorrer de compressão antero-posterior (“síndrome do bebê sacudido”) ou de tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas,

contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax.

As lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual das crianças maltratadas, sendo mais freqüentes em crianças acima de 2 anos. Pode-se perceber sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intra-mural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço).

É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intra-mural).

EXAMES COMPLEMENTARES

- ♦ Coagulograma completo - importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias;
- ♦ Radiografias - RX completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 2 anos de idade e, em alguns casos, até os 6 anos de idade. Acima desta idade, geralmente bastam radiografias localizadas, de acordo com o caso. A radiografia pode ser normal na fase aguda do trauma. Diante da suspeita de maus-tratos pode-se, portanto, repetir o estudo radiológico após duas semanas;
- ♦ Tomografia computadorizada e ressonância magnética - indicadas na exploração das lesões intracranianas.

SÍNDROME DE “MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO”

A “síndrome de Munchausen por procuração” é, em sua maioria quase absoluta, perpetrada pela mãe da criança. Pode ser produzida por dois mecanismos diferentes: a simulação de sinais, como no caso de falsificação de amostras (por exemplo, adicionar sangue menstrual ou açúcar na urina da criança) e a produção de sinais, como no caso de administrar medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões.

Deve-se suspeitar desta síndrome diante das seguintes situações:

- ♦ Doença com características que indicam persistência ou recidivas;
- ♦ Relatos de sintomas não usuais, quase sempre descritos de forma dramática;
- ♦ Dificuldades em classificar as queixas dentro de uma linha de raciocínio diagnóstico coerente;
- ♦ Sinais que surgem sempre quando a criança está com uma mesma pessoa;
- ♦ Os demais parentes e os profissionais só constataam o quadro já consumado;
- ♦ Resistência e insatisfação com o tratamento preconizado e insistência para a realização de diversos procedimentos.

ABUSO SEXUAL

ANAMNESE

- ♦ Em cerca de 80% dos casos, o abusador é um dos pais ou pessoa com algum laço afetivo com a família da vítima e conhecida da criança. As vítimas são, em geral, do sexo feminino e os abusadores do sexo masculino.
- ♦ A identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais, após o diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou gravidez.
- ♦ Quando há o relato da criança/adolescente ou dos responsáveis, o direcionamento da anamnese torna-se mais objetivo, facilitando a abordagem do profissional de saúde. Em muitos casos há a negação do fato, não admitindo a possibilidade do abuso com o objetivo de proteger o abusador ou por temer pela ruptura do núcleo familiar.
- ♦ Quando houver o relato espontâneo da criança, seu depoimento deve merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história de abuso sexual.
- ♦ No diálogo com a criança, o profissional deve ter o cuidado para que a abordagem do assunto não cause mais sofrimento à vítima. Nesses casos, pode-se interromper a entrevista e recorrer a profissionais mais experientes, capacitados no uso de métodos indiretos de revelação.
- ♦ Falsas denúncias de abuso sexual também podem

ocorrer, principalmente entre casais em situação de litígio. Esse tipo de acusação tem como objetivo impedir a convivência de um dos pais com a criança. Segundo especialistas da área, essas situações não são tão comuns quanto se imagina. Nesses casos é muito mais difícil o diagnóstico. Apenas com a ajuda de especialistas é possível chegar a um diagnóstico. Até mesmo porque a suspeita de abuso pode ser uma das razões para a separação conjugal. Portanto, apenas conhecendo melhor a dinâmica familiar e o comportamento da criança e do adolescente é que se consegue esclarecer a situação. Independente da veracidade ou não do abuso, neste tipo de situação há uma desrespeitosa manipulação da criança como objeto para a acusação do parceiro.

EXAME FÍSICO

- ♦ Na grande maioria dos casos de abuso sexual não se constata lesões físicas evidentes.
- ♦ O exame deve ser sempre realizado na presença de um dos responsáveis.
- ♦ As crianças maiores devem ser esclarecidas previamente sobre os procedimentos que serão realizados.
- ♦ Deve-se proceder um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus.
- ♦ Os sinais físicos a serem pesquisados são: hipermia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de DST e gravidez.
- ♦ O abuso sexual traz, além das consequências físi-

cas, também as de ordem social, emocional e comportamental, que são mais freqüentes que as primeiras. Assim, pode-se observar: dificuldades de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos ou suicidas, comportamentos sexualizados, isolamento, aversão ou desconfiança de adultos, labilidade emocional, entre outros.

♦ São várias as conseqüências tardias decorrentes de abuso sexual. Distúrbios psicosexuais são alguns dos mais relatados, especialmente incapacidade de atingir o orgasmo, desprazer ou aversão sexual, redução de desejo sexual e a dispareunia, depressão, condutas automutiladoras e auto-aniquiladoras, baixa auto-estima e tendência suicida. Problemas nas relações interpessoais também são associados, além de prostituição e homossexualidade feminina.

EXAMES COMPLEMENTARES

♦ Sempre que possível, coletar material que ajude a comprovar o abuso: pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais pode ser feita quando o abuso ocorreu há menos de 72 horas.

♦ Ao indicar a obtenção de material para culturas e pesquisa sorológica para DST, considerar: possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de DST e a sintomatologia da criança.

Durante todo o procedimento de atendimento às vítimas de abuso sexual, deve-se ter cuidado com a repetição exaustiva dos exames e cuidado na forma de

efetuar as perguntas, evitando a revitimização da criança ou do adolescente, que pode trazer marcas emocionais significativas.

Em algumas situações de abuso sexual a ajuda de um profissional ginecologista pode ser necessária. A impressão de que a ocorrência de maus-tratos para ter efeito legal deve ser periciado no Instituto Médico-Legal não tem respaldo na lei (ECA).

MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS

É o tipo de violência mais difícil de detectar em sua forma isolada. Por outro lado, costuma estar presente concomitantemente aos demais tipos de abuso.

Pode ser passivo (abandono emocional, negligência com os cuidados afetivos) ou ativo (expressado de forma verbal ou em atitudes de ameaça, castigos, críticas, rejeição, culpabilização, isolamento).

Pode ocorrer em qualquer nível sócio-econômico e, embora não haja um perfil psicológico específico para os agressores, tem-se encontrado algumas características comuns nas famílias que cometem esse tipo de abuso, embora nem todas as famílias com essas características maltratem seus filhos:

- ♦ Número elevado de filhos, filhos não desejados, mães adolescentes sem suporte psicossocial ou em situação de isolamento, falta de apoio familiar e de recursos.
- ♦ Inexperiência e ignorância para cuidar dos filhos, desconhecendo suas necessidades afetivas.
- ♦ Antecedentes de violência familiar e ruptura familiar.

-
- ♦ Isolamento social.
 - ♦ Antecedentes psiquiátricos.
 - ♦ Toxicomanias.

Cabe lembrar que essas são também características de famílias que cometem outros tipos de maus-tratos contra seus filhos.

FORMAS DE MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS:

- ♦ Castigos excessivos, recriminações, culpabilização, ameaças.
- ♦ Rejeição ou desqualificação da criança ou do adolescente.
- ♦ Uso da criança como intermediário de desqualificações mútuas entre os pais em processos de separação.
- ♦ Responsabilidades excessivas para a idade (cuidar de irmãos menores ou desenvolver seu autocuidado em idade muito precoce; responsabilizar-se por seu próprio cuidado médico em patologias crônicas).
- ♦ Isolamento devido a mudanças frequentes ou a proibições de convívio social.
- ♦ Clima de violência entre os pais e uso da criança como objeto de descarga emocional.
- ♦ Uso inadequado da criança como objeto de gratificação, não permitindo independência afetiva.

QUADRO CLÍNICO

Os sintomas e transtornos que aparecem nas crianças que sofrem maus-tratos psicológicos não são específicos, podendo aparecer não só em outros tipos de maus-tratos como também em decorrência de patolo-

gias de outras etiologias. Costuma ter conseqüências a longo prazo. Podemos encontrar:

- ♦ Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional, social.
- ♦ Labilidade emocional e distúrbios de comportamento tais como agressividade, passividade, hiperatividade.
- ♦ Problemas psicológicos que vão desde a baixa auto-estima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a agressividade e a sexualidade.
- ♦ Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, escape fecal).
- ♦ Psicose, depressão, tendências suicidas.

Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar num acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

NEGLIGÊNCIA

A negligência é um dos tipos de maus-tratos mais freqüentes, e aparece muitas vezes associada a outras formas.

Dois critérios são necessários para caracterizar a negligência: a cronicidade (deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligência) e a omissão (um responsável deve ter deixado de satisfazer alguma necessidade da criança).

Embora haja a discussão a respeito de quem é o responsável pelos cuidados da criança (Estado, soci-

idade, família), e das repercussões que as dificuldades sócio-econômicas podem ter na sua vida, considera-se que a negligência ocorre quando não se satisfazem as necessidades básicas da criança.

Mesmo em condições de pobreza, a família possui um estoque de possibilidades para prover os cuidados de que a criança necessita. Esse “padrão” é observável, na prática, pela comparação com os cuidados que outras famílias, em mesma situação de pobreza, dispensam aos seus filhos.

A criança negligenciada pode se apresentar para os profissionais de várias formas:

- ♦ Aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição).
- ♦ Roupas não adequadas ao clima local.
- ♦ Desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes, por restrições devido a ideologias dos pais (vegetarianos estritos, por exemplo).
- ♦ Tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não seguimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações freqüentes).
- ♦ Distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica.
- ♦ Lares sem medidas de higiene e de segurança.
- ♦ Falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição.
- ♦ Freqüência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade, não participação dos pais nas tarefas escolares.

-
- ♦ Grandes períodos de tempo sem atividades, adolescentes com muito tempo livre sem supervisão, expostos ao provável contato com ambientes de risco.

Diante de qualquer tipo de maus-tratos, todos os dados obtidos a respeito da criança (relatos sobre o episódio de maus-tratos, exame físico e exames complementares) devem ser cuidadosamente registrados no prontuário, uma vez que a Justiça pode solicitar cópias da documentação da unidade de saúde.

Não é raro, também, a solicitação para que profissionais de algumas Instituições elaborem diagnósticos médico-psicológicos a fim de serem anexados aos processos. O Conselho Federal de Medicina determinou, através da Resolução CFM número 1.497/98, que “o médico nomeado perito, execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil” (artigo primeiro) e que “o médico designado perito pode, todavia, nos termos do artigo 424 do Código de Processo Civil, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo” (artigo segundo).

1. ATENDO A UMA DEMANDA ENORME TODOS OS DIAS. COMO DAR CONTA DE TUDO ISSO E AINDA ATUAR FRENTE AOS CASOS DE MAUS-TRATOS?

Uma solução é tentar dividir um pouco esta tarefa com outros profissionais da equipe (enfermeiras, auxiliares, assistentes sociais etc.) que podem ajudar a observar os casos e também compartilhar as decisões diante de cada situação. Mas lembre-se: a notificação é obrigatória e a responsabilidade do profissional de saúde é intransferível e poderá ser cobrada legalmente.

2. MAS EU VOU ASSUMIR A RESPONSABILIDADE DE NOTIFICAR SOZINHO?

Na maioria das vezes isso, infelizmente, ainda acontece. Entretanto a responsabilidade deve ser compartilhada com a equipe e a gerência de sua própria unidade ou serviço. Cobre também a participação dos conselhos profissionais e das sociedades científicas, pois todos devem apoiar a iniciativa de cada profissional. No atendimento em consultório particular estas entidades são o apoio indispensável.

3. E SE EU ESTIVER EM DÚVIDA SOBRE O DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS? EU NÃO ESTARIA PREJUDICANDO O PACIENTE E SUA FAMÍLIA AO NOTIFICAR?

Não. Mesmo em casos de suspeita, a notificação deve ser feita ao Conselho Tutelar. No entanto, é importante fundamentar sua suspeita através de anamnese e exame físico cuidadosos e, quando possível, avaliação social e psicológica. Você pode trocar suas im-

pressões com outros colegas, mas não transferir para outro profissional a sua responsabilidade de fazê-lo. Ao contrário do que se pensa, a notificação não é uma ação policial, mas objetiva desencadear uma atuação de proteção à criança e de suporte à família.

4. COMO EU PROCEDO COM A FAMÍLIA? DEVO AVISÁ-LA DE QUE ESTAREI NOTIFICANDO?

Uma vez que você vai notificar ao Conselho Tutelar, estará rompendo a confidencialidade da situação. Contudo, o Conselho Tutelar tem a obrigação de continuar a garantir esta confidencialidade. É eticamente aconselhável que você converse com a família, explicando bem que ela vai se beneficiar de ajuda competente. Além do mais, aquela família precisa do seu amparo no processo de atendimento que se desdobrará após a notificação.

5. O QUE EU FAÇO QUANDO O AGRESSOR É ALGUÉM DO MEIO FAMILIAR DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE?

Geralmente, o agressor é alguém muito próximo da criança/adolescente (mãe, pai, padrasto, entre outros familiares). A orientação educativa é fundamental nessas situações, evitando julgamentos e atribuições de culpa (o que não quer dizer que você vai aceitar a situação). Esse agressor também precisará ser alvo de atenção e ajuda. É importante orientar os familiares, explicando em linguagem apropriada as graves consequências dos maus-tratos para o crescimento e o desenvolvimento da criança/adolescente e o importante papel que eles terão em mudar essa situação.

6. COMO FAZER A NOTIFICAÇÃO?

Alguns estados e municípios já têm uma ficha padronizada para fazer essa notificação. Nos casos em que não esteja disponível, sugere-se que o profissional faça um relatório o mais completo possível. Você pode fazer isso por telefone, mas o ideal é que seja por escrito (sempre que possível com o ciente da chefia da unidade, envolvendo-a na ação). Esse relatório deverá ser encaminhado então ao Conselho Tutelar da sua localidade. Uma boa descrição da situação evitará que o Conselho precise solicitar a você que complemente as informações. Previne ainda que, em algumas situações, pergunte-se à criança ou ao adolescente e à sua família várias vezes sobre os maus-tratos, aumentando seu sofrimento. A notificação ao Conselho Tutelar não exclui a possibilidade de encaminhar a família, paralelamente, para serviços de apoio existentes, complementando a rede de suporte.

7. COMO DEVO AGIR QUANDO ESTOU SOZINHO NO CONSULTÓRIO PARTICULAR?

No consultório, geralmente você atenderá pessoas de padrão sócio-econômico mais alto. Isso acaba exigindo um olhar atento, pois a situação social privilegiada não significa a inexistência de maus-tratos. O que ocorre, habitualmente, é serem ocultados. Um desafio é não ter com quem trocar impressões para definir o diagnóstico de maus-tratos. A abordagem com a família exige, como em qualquer outra situação de atendimento, um comportamento franco e respeito-

so. Você deve esclarecer à família que os maus-tratos são um problema de saúde de grande magnitude e, portanto, abordar tal questão faz parte de sua conduta habitual de anamnese. Muitos profissionais pensam duas vezes antes de notificar um caso e acabar perdendo o cliente. Mas é fundamental lembrar que o pediatra tem um compromisso ético de garantir o bem-estar dessa criança, notificando o caso para o Conselho Tutelar e seguindo os trâmites habituais.

8. O QUE ACONTECE COM A CRIANÇA E COM A FAMÍLIA QUANDO A NOTIFICAÇÃO É FEITA?

O Conselho Tutelar vai receber a notificação e primeiro vai apurar a veracidade da situação através de conversas com a família e visita domiciliar. O Conselho vai realizar um diagnóstico da situação de cada família. Poderá acionar os serviços da comunidade em que aquela família mora para ajudar em seus problemas (necessidade de apoio psicológico, inserção na escola; vaga em creche e tantas outras demandas). Apenas nos casos mais graves ou em que o Conselho esgote as tentativas para a mudança daquela situação, o próprio Conselho irá acionar a Vara da Infância e da Juventude (ou outra Vara afim, como a Vara da Família) ou o Ministério Público.

9. E AS IMPLICAÇÕES PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE?

O profissional ficará como referência para consulta do Conselho Tutelar. Cabe ao profissional acompanhar e cobrar do Conselho o retorno das informações

sobre o atendimento de cada família. Você pode solicitar uma reunião entre os conselheiros e profissionais do seu serviço para se conhecerem mutuamente. Ao contrário do que se pensa, apenas num reduzido número de casos ele será chamado a prestar informações à Justiça.

10. E O QUE EU FAÇO SE NÃO HOUVER CONSELHO TUTELAR NO LOCAL ONDE RESIDE A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE QUE EU ESTOU ATENDENDO?

O artigo 262 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu que “enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária”. Nesses casos, portanto, as notificações devem ser encaminhadas ao Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente na localidade onde reside a vítima.

11. E SE EU NÃO CONCORDAR COM A FORMA COMO O CONSELHO TUTELAR CONDUZIU O CASO?

Sabemos que os Conselhos têm diversos problemas, sejam de recursos, pessoal e até de serviços de suporte para encaminhar adequadamente cada necessidade. Trata-se de uma importante organização social, recente na sociedade, e ainda está consolidando uma metodologia de trabalho. Acompanhar o caso e tornar o conselheiro um parceiro é fundamental. Compartilhar o atendimento e dividir as responsabilidades é muito importante. Portanto, caso não concorde com

os procedimentos instituídos, é importante conversar com o conselheiro e dar sugestões para melhorar a condução do caso.

12. UM ATENDIMENTO FEITO NOS MOLDES PROPOSTOS ACIMA PODE REALMENTE RESOLVER O PROBLEMA DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE?

É preciso ter clareza de que qualquer ação de saúde que envolva o atendimento às vítimas de maus-tratos padece de vários limites (a rede de serviços nem sempre é adequada nem suficiente). Em muitas localidades as possibilidades de atuação ainda são muito limitadas. Mas é fundamental lembrar que uma crescente demanda por esse tipo de atendimento acaba evidenciando uma prioridade que deve ser contemplada pela sociedade e pelas autoridades competentes. É sempre um processo em que a ação de cada um se torna contribuição essencial. Por outro lado, o próprio problema dos maus-tratos tem, muitas vezes, uma dinâmica complexa que compromete profundamente as relações e práticas familiares. A mudança desse horizonte às vezes é mais lento do que nossos anseios desejariam. Ter paciência e controlar suas próprias expectativas de resolução rápida, bem como alertar à família sobre a possível demora na resolução do caso ajudam a abrandar as ansiedades e evitam o desestímulo em continuar buscando soluções.

13. O QUE FAZER DIANTE DE UM CASO DE MAUS-TRATOS CONTRA A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE, ALÉM DE NOTIFICAR?

Os profissionais de saúde, mesmo mobilizados pela

situação de violência, não devem deixar em segundo plano todas as medidas clínicas emergenciais cabíveis (por exemplo, fazer suturas ou administrar medicamentos para dor), mesmo que isto implique em atraso de outros procedimentos. O bem-estar da criança deve ser sempre valorizado.

É importante avaliar o risco imediato de reincidência dos maus-tratos. Algumas vezes cabe até mesmo indicar internação para avaliar melhor o caso, especialmente se há risco de vida em decorrência da revelação. Caso não seja viável internar, é importante identificar um familiar ou vizinho que possa ajudar. O Conselho Tutelar pode auxiliar na resolução imediata desses casos, porém também cabe à unidade de saúde apresentar alternativas. Todos os casos devem ser acompanhados (crianças e familiares), de preferência por equipe multiprofissional, mesmo após a notificação: as funções dos Conselhos Tutelares não substituem as da equipe de saúde.

Com este guia, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) acredita estar contribuindo para a divulgação de informações atualizadas sobre uma importante questão de saúde pública: os maus-tratos às crianças e adolescentes. O texto foi elaborado para estimular a discussão sobre estes agravos, fornecer subsídios à atuação dos profissionais da área da saúde e contribuir para afirmar o respeito aos direitos humanos.

Afinal, como diz o slogan da campanha, “Violência é covardia. As marcas ficam na sociedade”.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review*. Pediatrics, 1999. 103 (1): 186-191.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. *Maustratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção. Guia para orientação para profissionais da saúde*. Petrópolis: Autores & Agentes & associados, 1997.

AZEVEDO, V.N.A.; GUERRA, M.A. (Org). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

BRASIL. Ministério da Justiça; CONANDA. *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*. Resolução 41/95, 13 de outubro de 1995.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

DESLANDES, S.F. *Prevenir a violência – um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994.

FLORES, J.C.; HUERTAS, J.A.D.; GONZÁLEZ, C.M. (Org). *Niños Maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.

JOHNSON, C.F. *Inflicted injury versus accidental injury*. *The Pediatric Clinics of North America*, 1990. 37(4): 791-814.

**INSTITUIÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE
VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**

- ♦ Conselhos Tutelares
- ♦ Juizados da Infância e da Juventude

**OUTRAS INSTITUIÇÕES COM ATUAÇÃO CONTRA A
VIOLÊNCIA:**

- ♦ Varas da Infância e da Juventude ou Varas da Família
 - ♦ Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude /
Ministério Público
 - ♦ Defensoria Pública
 - ♦ Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente
 - ♦ Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente
 - ♦ Secretarias de Saúde
 - ♦ Secretarias de Desenvolvimento Social *
 - ♦ Organizações Não-Governamentais ligadas à
Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
- * O nome pode variar de acordo com a região.

**Guia de Atuação Frente aos Maus-tratos
na Infância e na Adolescência**

Produção: Assessoria de Comunicação da
Sociedade Brasileira de Pediatria
Maria Celina Machado
Daniela Zdanowsky
Lígia Diniz

Revisão: Adriana de Oliveira

Projeto Gráfico: Paulo Felício

Endereço para correspondência:
SBP

Rua Santa Clara, 292 – Copacabana

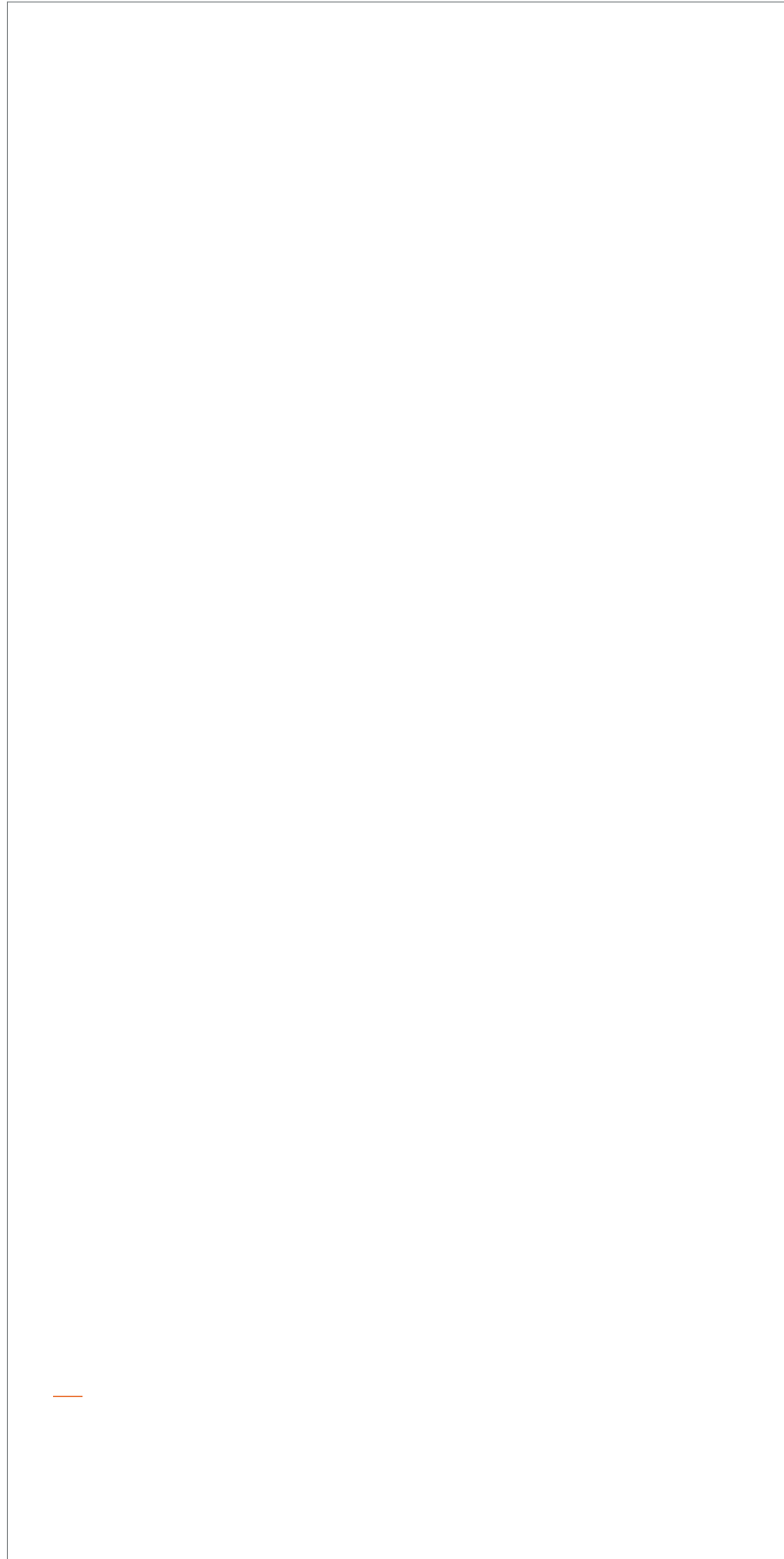
Rio de Janeiro

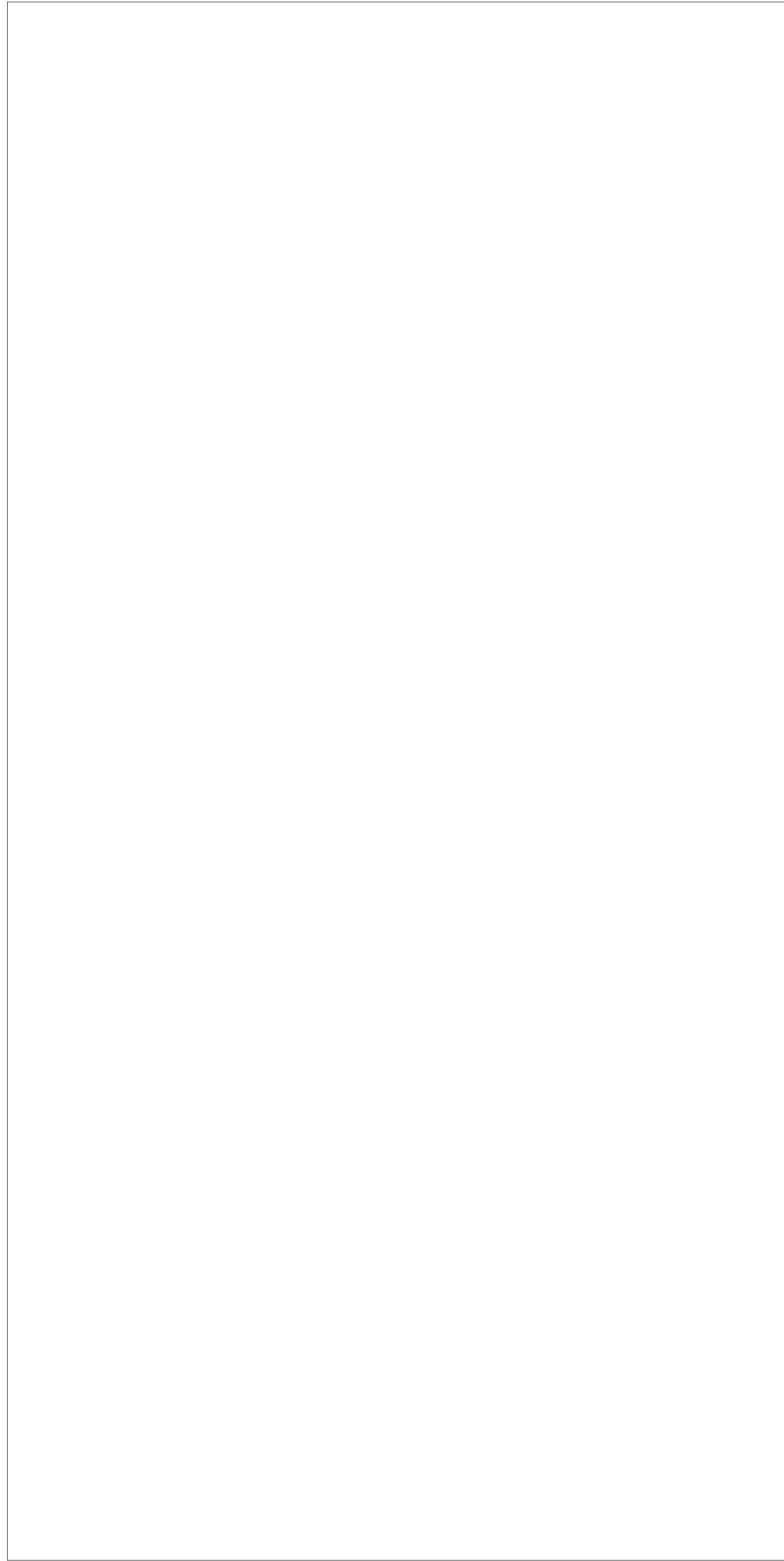
CEP 22041-010

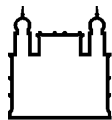
Tel./Fax (0xx21) 548 1999

E-mail: imprensa@sbp.com.br

<http://www.sbp.com.br>







Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino - Americano de Estudos de
Violência e Saúde Jorge Careli

Ministério da Justiça

Secretaria de Estado
dos Direitos Humanos

Departamento da Criança
e do Adolescente

