

Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial

Violence against children: the medical care and the expertise assessment

Cristiane de Paiva¹, Vera Lucia Zaher²

Paiva C, Zaher VC. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. Saúde, Ética & Justiça. 2012;17(1):12-20.

RESUMO: Há vários modos de violência contra crianças e adolescentes. O atendimento médico, seja em um pronto socorro ou em um ambulatório, é, muitas vezes, a primeira oportunidade para identificação de violência contra eles. O método clínico ainda é a melhor ferramenta de que o médico dispõe para o diagnóstico de maus tratos ou violência. A incidência real de maus tratos é desconhecida. Estima-se que 10% das lesões em crianças com idade menor que cinco anos atendidas em prontos socorros sejam causadas por maus tratos; que 15% sejam internadas por queimaduras e que 50% das crianças menores de um ano com fraturas sejam vítimas de maus tratos. Os membros da família são os agressores mais freqüentes e o uso de álcool e drogas, o baixo índice de escolaridade, e os próprios agressores terem sido vítimas de maus tratos na infância são considerados fatores de risco para que o adulto venha a ser um agressor. No Brasil, os maus tratos contra a criança tiveram maior atenção da sociedade a partir do final dos anos 80, quando este tema foi contemplado pela Constituição Federal (art. 227, 1988) e quando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) foi criado. Estes instrumentos legais tornaram obrigatória a notificação às autoridades de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças ou adolescentes, prevendo penas para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixam de comunicar os casos desse tipo. A gravidade das implicações da violência para a saúde das crianças e adolescentes levou várias organizações sociais a implantar programas de combate à violência. O objetivo do presente estudo é abordar o papel do médico no atendimento de crianças e adolescentes que possam ter sido vítimas de violência. Foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema no período 2000-2010. Os dados coletados indicam a importância de médicos e outros profissionais de saúde, não só pelo reconhecimento dos sinais de violência contra crianças e adolescentes, mas também pelo correto manejo dessas situações, com notificação da ocorrência e encaminhamento para a autoridade local, inclusive solicitando perícia. Não negligenciar a criança ou adolescente vítima de violência é o principal papel desses profissionais.

DESCRITORES: Violência/psicologia; Prova pericial/ética; Prova pericial/legislação & jurisprudência; Maus-tratos infantis/psicologia; Maus-tratos infantis/ética; Defesa da criança e do adolescente.

-
1. Médica, pós-graduanda em perícias médicas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
 2. Professora do curso de Pós Graduação em Perícias Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Taquari, 941, Bloco 2, apartamento 156 – Mooca – São Paulo – CEP: 03166-001. E-mail: doctorcris@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O atendimento médico a crianças e adolescentes pode nos fornecer, além das informações a respeito da saúde, um panorama das condições de vida e sociais desse grupo muito particular. Entre estas condições que podem ser identificadas em um atendimento médico está a violência infantil. Hoje, o tema é largamente discutido em nosso meio, principalmente pelas graves conseqüências que a violência infantil impõe para a criança vítima de violência.

A Sociedade Brasileira de Pediatria¹ adota a seguinte definição para violência doméstica ou maus-tratos: “toda ação ou omissão praticada por adulto ou adolescente mais velho que, na qualidade de responsável, permanente ou temporário, tenha a intenção, consciente ou não, de provocar dor na criança ou no adolescente, seja essa dor física ou emocional”. A importância de combater essa grave forma de violência reside na constatação de que “os maus-tratos são a fonte de todas as formas de violência, pois, na dependência da idade, da intensidade e do tempo de duração, podem desestruturar a formação da personalidade da criança, levando a danos ao seu desenvolvimento físico, moral, intelectual ou psicossocial e determinando falhas na formação ou a destruição dos valores morais mínimos para a convivência consigo mesma e com o outro”.¹

A forma mais comum de violência praticada contra a criança e o adolescente é a violência doméstica e, na grande maioria dos casos, os pais e os responsáveis são os principais agressores. No Brasil, os dados de 2009 do Ministério da Saúde revelam que as causas externas são a primeira causa de morte entre adolescentes e crianças a partir de um ano de idade². A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2002, cerca de 53.000 crianças e adolescentes entre 0-17 anos de idade foram vítimas de homicídio³.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, a violência tem conseqüências graves e duradouras tanto, para as crianças e adolescentes vítimas dela, como também para as comunidades e os países que os abrigam, uma vez que a violência não implica apenas em marcas físicas, emocionais e psicológicas para suas vítimas, pois relaciona-se, também, ao maior risco de comportamentos nocivos no futuro, como o consumo de tabaco, o abuso de álcool e outras drogas ilícitas, inatividade física, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outras^{4,5}. Também há estudos que relacionam o fato de ter sido vítima de maus tratos na infância com

o início precoce da atividade sexual, transtornos depressivos, comportamento agressivo, violento e tentativas de suicídio².

Considera-se, hoje, que a ausência, perda ou diminuição dos vínculos entre pais e filhos seja o maior fator de risco para maus tratos, situação que pode ocorrer em qualquer período do relacionamento familiar¹. Algumas características, que podem ser identificadas ainda durante a gravidez ou no histórico dos pais, sugerem situações de risco e deveriam ser acompanhadas de forma diferenciada, pois são fatores de risco para desvinculação entre pais e filhos. São elas, principalmente: pais com pouca idade, emocionalmente imaturos e sem estrutura familiar de apoio, idealização exagerada do filho, doenças crônicas maternas, doenças gestacionais, possibilidade de doenças congênitas ou hereditárias, situação socioeconômica precária, gravidez indesejada, uso de drogas, abandono do parceiro, abandono anterior de criança ou adolescente, histórico de maus-tratos na infância ou adolescência, violência familiar, entre outros¹,

Existem várias maneiras de violência contra a criança e o adolescente. Classicamente, são divididas em quatro categorias, podendo coexistir mais de um tipo: o abuso físico, o psíquico, o sexual e a negligência¹.

O abuso físico é o uso da força física de forma intencional com objetivo de manter ou demonstrar poder, do mais forte contra o mais fraco. O abuso emocional, uma forma de abuso de difícil definição e diagnóstico, consiste na submissão de crianças e adolescentes por outrem, por meio de ações verbais ou atitudes que visem a humilhar e desqualificar a criança. O abuso sexual compreende o uso da criança ou do adolescente para a gratificação sexual e se manifesta na forma de carícias, manipulação de genitais, mama ou ânus, voyeurismo, pornografia, exibicionismo e exploração sexual ou ato sexual com penetração anal ou vaginal. Na ocorrência de contato ou relacionamento de natureza sexual, é presumida a violência sempre que se tratar de menores de 14 anos, de deficientes mentais ou quando a vítima não pode, por qualquer causa, oferecer resistência (art. 224, Código Penal Brasileiro)¹. A negligência é caracterizada pela omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsáveis, quanto à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto da criança ou do adolescente, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo¹.

O atendimento médico, seja em um pronto socorro ou em um ambulatório, é, muitas vezes, a primeira possibilidade de identificação da violência

contra uma criança ou adolescente. Quando o médico, principalmente o pediatra, atende uma criança ou adolescente, deve estar atento primeiramente, para os fatores de risco para a ocorrência da violência contra estes pacientes e, também, para os sinais gerais de maus tratos^{1,6,7}.

Os sinais gerais de maus tratos podem surgir em qualquer idade, mas se referem, sobretudo, às mudanças de comportamento da criança, distúrbios do sono, apatia, irritabilidade, déficits no desenvolvimento psicomotor sem um quadro de doença que o justifique. Tristeza constante, desinteresse pelas atividades próprias da idade ou por sua aparência e bem estar são manifestações freqüentes. Há sinais que devem servir de alerta para o sentimento de culpabilidade que é imposta às vítimas de maus tratos, como a enurese, encoprese e os distúrbios alimentares. A falta de perspectiva ou o desconhecimento de outras formas de relacionamento pode levar esta vítima à atitudes de autodestruição, o que pode culminar em suicídio^{1,6,7}.

A violência física muitas vezes é a forma de violência contra a criança e o adolescente mais evidente aos olhos do pediatra. Diante de uma suspeita, o primeiro papel do pediatra deve ser o acolhimento da vítima, que habitualmente está sob grande estresse emocional. O não-reconhecimento do sofrimento físico e emocional de uma criança ou adolescente que sofre violência pode agravar seu quadro e reforçar sentimentos de baixa auto-estima e impotência diante de seus agressores. Por outro lado, os responsáveis agressores, quando presentes, podem assumir uma postura que visa a intimidar o médico, atitude que reforça a suspeita de violência¹.

O método clínico, composto pela anamnese e o exame físico e auxiliado por exames complementares, é o maior arsenal que o médico dispõe para o diagnóstico de maus tratos ou violência infantil. Há princípios básicos que devem ser observados no primeiro atendimento a vítimas de violência e maus tratos. Ressalta-se entre esses princípios, além daqueles que devem ser inerentes à postura do médico, principalmente do pediatra, a necessidade de explicar à vítima a obrigatoriedade da notificação da agressão. Ao médico também caberá, quando possível, providenciar para que a avaliação por outro profissional, principalmente o perito do instituto médico legal, seja realizada. Feita a anamnese, o médico deverá partir para o exame físico da criança ou adolescente, procurando por sinais e sintomas que são indícios de agressão⁸.

A avaliação física deve abranger a investigação de sinais gerais de maus-tratos, mas,

também, buscar pela elucidação diagnóstica entre maus-tratos e outras doenças⁸. Os sinais gerais de maus tratos são: lesões que não são compatíveis com o desenvolvimento psicomotor ou com a idade da criança; lesões que não se justificam pelo acidente relatado; lesões em várias partes do corpo ou bilaterais; lesões que envolvam partes usualmente cobertas do corpo: áreas laterais, grandes extensões do dorso, pescoço, região interna de coxa e genitália; lesões em diferentes estágios de cicatrização ou cura; história ou exame físico demonstrando sinais de múltiplos acidentes; inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura por atendimento médico^{8,9}.

O diagnóstico de violência infantil pode ser difícil e exige do médico perspicácia e experiência profissional. Alguns sinais específicos devem servir como alerta para esse profissional, que deve procurar em cada etapa do exame físico pesquisar a presença de sinais de violência. Por isso, a investigação começa durante a avaliação da atitude da criança. Posturas temerosas, defensivas, apáticas, tristes, devem servir de alerta, principalmente quando associadas aos fatores de risco já citados. À esta atitude podem se somar presença de desnutrição e atraso no desenvolvimento, equimoses ou abrasões na região do crânio e da face; lesões de pele altamente sugestivas de intencionalidade tais como os arranhões, lacerações, equimoses, queimaduras. As características específicas das lesões devem chamar atenção. Raramente lesões em dorso, nádegas e órgãos genitais são decorrentes de acidentes. As equimoses com formato definido sugerem lesões padrão, que são aquelas que permitem definir o formato do instrumento que a provocou^{8,9}.

As queimaduras aparecem em 10% das crianças submetidas a abuso físico. Lesões agudas ou cicatriciais em formato arredondado em mãos e pés podem sugerir queimaduras por cigarro. As queimaduras por imersão surgem mais em nádegas, mãos e pés e são diferentes das causadas por acidentes, por não mostrarem marcas de respingos¹.

As fraturas de ossos são lesões comuns e ocupam o segundo lugar em freqüência. As fraturas estão presentes em 36% dos pacientes vítimas de abuso físico e devem ser avaliadas cuidadosamente por meio do exame clínico e radiológico. As peculiaridades das fraturas intencionais são: fraturas múltiplas, bilaterais ou em diferentes estágios de consolidação; fraturas incompatíveis com a história e o mecanismo de trauma relatado; tempo decorrido entre o trauma e a procura por atendimento médico; fraturas dos

arcos costais em vítimas com menos de dois anos ou fraturas de arcos costais posteriores; fraturas do extremo distal da clavícula e da escápula; fraturas metacarpais e metatarsais acompanhadas de outras fraturas; fraturas de vértebras sem história de trauma acidental de alto impacto; fraturas de mandíbula sem outras lesões que as justifiquem⁹.

As lesões do sistema nervoso central devem ser cuidadosamente investigadas, pois as lesões intracranianas provocadas por abuso físico são as de maior gravidade, sendo as principais causas de morbidade e mortalidade. Uma das formas mais graves de lesão cerebral é aquela provocada por sacudidas violentas da criança com até dois anos de idade. A Síndrome do bebê sacudido, como esta forma de agressão ficou conhecida, é grave por suas sérias conseqüências para o bebê. As lesões vasculares e teciduais por contusão, rompimento ou cisalhamento causadas pela aceleração e desaceleração podem causar alterações no nível de consciência, irritabilidade, convulsões, déficits motores, edema cerebral, problemas respiratórios, hipoventilação, coma, chegando, muitas vezes, à morte¹.

As características dos achados de anamnese e exame físico devem subsidiar a utilização de exames complementares, o que permite ao médico diagnosticar sua suspeita de maus-tratos. A partir da suspeita, o médico deverá conduzir o caso para os tratamentos adequados e notificação dos órgãos pertinentes. A comprovação de maus-tratos é dever dos órgãos de proteção legal, mas ao médico caberá se responsabilizar pelo seguimento clínico da criança ou do adolescente, continuando a promover sua saúde física e mental^{1,10,11}.

Como há algumas doenças que evoluem com lesões semelhantes às de violência, deve-se tomar cuidado para não levantar falsas suspeitas. Uma vez que esse fato ocorreu, haverá uma longa investigação, desnecessária se o diagnóstico estiver incorreto, podendo até traumatizar o menor e seus familiares

OBJETIVOS

Abordar o papel do médico no atendimento de crianças e adolescentes quando há suspeita de violência, demonstrar a importância do médico na identificação de violência contra crianças e adolescentes, no atendimento de urgência, em prontos socorros e no atendimento ambulatorial e discutir o encadeamento das ações de notificação e encaminhamento de vítimas de violência para as autoridades competentes.

REVISÃO DE LITERATURA

A violência infantil tem várias faces. As formas mais comuns são por omissão – carência física (falta de alimentação e de proteção) ou afetiva (falta de carinho) e por ação – maus tratos físicos, abuso sexual e maus tratos psíquicos⁹. Engana-se quem acredita que a violência contra a criança ou o adolescente é um problema novo. Na verdade, é possível traçar um histórico de violência contra crianças e adolescentes desde os primórdios da civilização grega. E, apesar do horror que nos causa, apenas há pouco mais de um século é que a violência contra crianças e adolescentes passou a ser vista como um problema, como algo a ser combatido^{12,13}.

Há registros provenientes da cultura asteca sobre a realização de oferendas de corações de crianças para satisfazer aos desejos do deus sol. Em Atenas, todas as crianças eram submetidas ao julgamento da Assembléia dos Anciãos. Crianças consideradas úteis tinham suas vidas preservadas, aquelas com deformidades eram condenadas à morte. Na Roma Antiga, o infanticídio era uma prática legal, inclusive aprovada por filósofos como Sêneca. Existem registros de rituais de fertilização em que jovens eram sacrificadas no Egito, China, Índia, México e Peru. Na Londres do século XIX, 80% dos filhos ilegítimos eram mortos ou vendidos como escravos. Além dos registros de infanticídio, há também diversos registros de mutilações cometidas contra crianças e adolescentes, desde os tempos antigos até os dias atuais. Na China ainda existe a prática de enfaixar os pés das meninas, com finalidades estéticas. A mutilação sexual feminina ainda é realizada em 26 países africanos, afetando aproximadamente 74 milhões de mulheres. No final do século XVII surgiu na Itália uma forma peculiar de mutilação: a ablação dos testículos antes da puberdade, com o objetivo de evitar o engrossamento da voz nos meninos, o que lhes conferia um timbre muito particular quando adultos¹².

Apesar desses relatos, que coincidem com as diversas crenças e hábitos de cada época, sempre houve figuras influentes que clamavam pela defesa das crianças e adolescentes, como os imperadores romanos Augustus e Tibério. Os livros que formam a base teológica das duas maiores religiões mundiais, a Bíblia e o Alcorão, proibiam o infanticídio. Paradoxalmente, a Bíblia traz histórias de infanticídios em massa, como a narrativa em que Herodes, manda assassinar todas as crianças menores de dois anos com o intuito de matar Jesus Cristo¹².

É possível que os maus tratos contra crianças e adolescentes persistam em virtude de dois conceitos acerca de crianças e adolescentes. O primeiro consiste no fato deles serem considerados como propriedade de seus pais, e se admite que estes tenham plenos direitos de tratá-los como acharem conveniente. Por outro lado, o tratamento rigoroso é justificado por sua suposta necessidade para manter a disciplina e inculcar posturas educativas¹².

A incidência real de maus tratos é desconhecida. Estima-se que 10% das lesões em crianças menores de cinco anos que são vistas em prontos socorros são provocadas por maus tratos; 15% são internadas por queimaduras e 50% das crianças menores de um ano com fraturas são vítimas de maus tratos¹⁴.

Os membros da família são os agressores mais freqüentes e o uso de álcool e drogas, baixo índice de escolaridade e terem sido vítimas de maus tratos na infância são tidos como fatores de risco para que o adulto se torne um agressor⁹. Os distúrbios comportamentais do agressor contribuem com 31,06% das causas de violência contra crianças e adolescentes e a desagregação familiar, com 21,97%. Além destes principais fatores desencadeantes da violência, filhos de mães jovens, despreparadas para o casamento e a maternidade, muitas vezes não casadas ou separadas, frutos de gravidezes indesejadas ou quando a mãe rejeita o bebê, têm mais riscos de sofrerem violência do que crianças filhas de famílias estruturadas¹³.

Há um grave panorama apresentado pelo Ministério da Saúde: em 2006 foram registrados 310 homicídios entre crianças menores de 10 anos de idade. As crianças menores de um ano estiveram expostas a maior risco de morte por violência (2,3/100 mil) quando comparadas às de 1 a 4 anos (0,6/100 mil) e de 5 a 9 anos (0,8/100 mil). Quanto à morbidade por lesões decorrentes de violência, 2226 crianças menores de 10 anos foram hospitalizadas em 2006¹⁵.

No Brasil, os maus tratos contra a criança só passaram a ter maior atenção por parte da sociedade a partir do final dos anos 80, sendo discutidos pela Constituição Federal (art. 227, 1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente¹¹. Estes instrumentos tornaram obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças ou adolescentes, prevendo penas para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento¹¹.

A sub-notificação da violência é uma realidade no Brasil e o mesmo ocorre em países

onde a legislação é mais antiga, mesmo com sistemas de atendimento mais aprimorados. Este fato é justificado pelas dificuldades encontradas por esses profissionais no processo de notificar, mas, também, pela desinformação de muitos profissionais. A violência não é abordada na maioria dos currículos de graduação e muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la adequadamente. A estas questões somam-se as dúvidas do próprio profissional sobre dever ou não fazer a notificação¹¹.

Para o Ministério da Saúde, a notificação deve ser compreendida como um instrumento de garantia dos direitos e de proteção social das crianças e dos adolescentes, permitindo aos profissionais da saúde, educação, assistência social, assim como os conselhos tutelares e a justiça a adoção de medidas para cessar a violência^{2,11,15}.

A cultura familiar na sociedade brasileira também se configura como uma fonte de dificuldades para o combate à violência, pois tende-se a valorizar a privacidade da vida em família e qualquer intervenção que confronte o discurso dos pais e responsáveis é tida como intrusiva e ofensiva à autoridade paterna. Outro ponto para justificar a não-notificação é a ameaça do agressor aos profissionais^{11,16}.

Ao mesmo tempo, a comunidade **acoberta** as violências contra crianças e adolescentes, segundo o Ministério da Saúde, por ter medo de denunciar episódios de violência cometidos principalmente pelas pessoas que deveriam proteger as próprias crianças e adolescentes, tais como os pais, familiares, amigos, conhecidos, cuidadores, polícia e outras pessoas investidas de algum poder na comunidade e pela aceitação social da violência contra crianças e adolescentes utilizada como justificativa para educar. Trata-se de violências que se manifestam como castigo físico, humilhação, intimidação e assédio sexual, especialmente quando não produzem danos físicos visíveis e duradouros^{2,11}. A denúncia gera uma grande responsabilidade, pois terá que se provar a violência. O denunciante terá, então, o compromisso de depor às autoridades competentes, o que, de certo modo, pode incomodar. Do lado da vítima, pode ser que ela passe por situações que considere humilhantes, como exame pericial e depoimentos. Pior ainda, se o agressor for um familiar, além de haver um desconforto, poderá até ser enviada a um abrigo ou, nos casos em que se determina o afastamento do agressor, vir a ser responsabilizada, pelos familiares, pela desestruturação da família. Em relação ao profissional de saúde, também é difícil levantar suspeita, pelos mesmos motivos já

explicados.

As lesões mais comuns apresentadas por vítimas de violência são: hematomas, queimaduras, mordidas humanas, alopecias traumáticas, lesões genitais por abuso sexual, desnutrição, fraturas ósseas e roturas viscerais internas. O exame clínico da vítima de violência deve ser centrado no trauma físico e emocional a que este paciente foi submetido. Suas atitudes devem ser cuidadosamente observadas, pois as vítimas estão, em geral, amedrontadas e aterrorizadas, além de sentirem culpadas pelo que lhes aconteceu. Este perfil especial deve ser considerado pelo médico, que será ainda mais cuidadoso ao lidar com uma vítima de maus tratos. No exame físico, deve-se estar atento para a presença de lesões cutâneas múltiplas, em diferentes estágios de cicatrização, principalmente nas faces e membros (estas são lesões muito comuns provocadas pela reação de defesa contra o agressor), a coincidência de lesões cutâneas com fraturas ósseas, as contradições nas informações dos familiares, fraturas múltiplas com tempos diferentes de reconstrução óssea⁹.

Sobretudo, o médico atencioso não deixará de conceber e pesquisar as possibilidades das lesões aparentes serem oriundas de patologias e não de violência. Os principais diagnósticos diferenciais são as coagulopatias quando há presença de equimoses e hematomas; epidermólise bolhosa ou dermatite herpetiforme na presença de lesões semelhantes a queimaduras e osteogênese imperfeita, erros inatos do metabolismo ou síndromes genéticas, nos casos de fraturas sucessivas⁹.

A gravidade das implicações para a saúde das crianças e adolescentes que a violência gera levou várias organizações sociais a implementar programas de combate à violência. Um destes Programas é o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), programa implementado pelo Ministério da Saúde a partir de 2006 que se destina a esmiuçar o perfil dos atendimentos às vítimas de causas externas realizadas em serviços de urgência e emergência do SUS. Os dados e as informações coletados pelo VIVA permitem aos gestores identificarem os principais tipos de violência, os horários de maior frequência e o perfil do possível autor da agressão, entre outras informações, fornecendo subsídios para o planejamento de ação de prevenção e de intervenção¹⁷

A Sociedade Brasileira de Pediatria começou sua campanha de prevenção aos acidentes envolvendo crianças e adolescentes em 1998. Entre as ações promovidas por esta campanha, em 2004 foi publicado um Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. Este manual aborda as

diversas faces da prevenção às injúrias intencionais e não intencionais contra crianças e adolescentes, seu reconhecimento e diferenciação por parte do atendimento médico, a epidemiologia dos maus tratos e os encaminhamentos e tratamentos necessários nessas situações^{1,17}.

Toda violência contra crianças e adolescentes deve ser notificada aos órgãos responsáveis. O profissional de saúde deve avaliar a gravidade do caso e proceder à notificação, encaminhamento para serviços de saúde, de educação, ao Conselho Tutelar e ao SOS Criança. Na vigência de risco de morte, além da notificação, a criança deverá ser internada e o profissional deverá desencadear todos os procedimentos necessários para o diagnóstico global da situação de violência, tratamento e acompanhamento⁹.

A condução dos casos de agressão agudos e crônicos é diferenciada. Nos casos agudos, é necessária uma seqüência de condutas de assistência imediatas, tanto à saúde física quanto à saúde emocional da vítima. Nos casos agudos de violência sexual, com menos de 72h do ocorrido, as medidas legais já devem acompanhar toda a assistência inicial de diagnóstico e tratamento. Nos casos crônicos e repetitivos, sem grandes lesões visíveis, será fundamental o registro de anamnese, histórico familiar e dados de exame físico. Para fins de processo judicial e a necessária comprovação da agressão, bem como para confecção de exames que levem à identificação do agressor, é preciso que os responsáveis façam um boletim de ocorrência em delegacia de polícia, que requisitará o laudo pericial do Instituto Médico Legal⁹.

Em 1990, foi sancionada a Lei Federal 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo seus direitos e deveres, além de fixar as responsabilidades do Estado, da sociedade e da família com o futuro das novas gerações, trazendo uma nova visão e postura frente à infância e adolescência. Estabelece a criança e o adolescente como sujeitos de direito, levando em conta a condição peculiar de seres em desenvolvimento e merecedores de prioridade absoluta¹⁸. Em qualquer caso de violência contra crianças e adolescentes, é fundamental a atuação dos médicos, principalmente pediatras, para o manejo clínico e psicológico das vítimas, incluindo o conhecimento da legislação específica. A negligência desses aspectos pode ser interpretada pelo processo como novo processo de agressão, desta vez, pelo serviço de saúde que ele procura¹⁹.

Muitos casos de violência contra crianças e adolescentes não chegam a ter o atendimento adequado. Isso decorre de diversos fatores,

incluindo as manobras de sedução, intimidação e ameaças comumente praticadas pelo agressor. Também é comum a convivência dos familiares, inclusive da mãe e, nos casos de abuso sexual, formas variadas de contato sexual que excluem a penetração com o intuito de não caracterizar o estupro. Assim diagnosticados, os poucos casos que chegam a ser denunciados e passar pelos trâmites legais, têm laudos médico-legais inconclusivos ou de atos libidinosos, que não deixam marcas físicas ou marcas físicas graves (o que não exclui a gravidade emocional dessas marcas). Porém, os laudos periciais têm sido o principal instrumento judicial de graduação das ações violentas e deste decorre todo o processo penal. Nos casos em que a violência é praticada pelo responsável ou o autor está ligado à criança pelos laços familiares ou de dependência, a falta ou inconclusão do ato pericial faz com que não se consiga a culpabilização do abusador e, com isso, a proteção da vítima, que muitas vezes continua convivendo com o agressor, com a violência sendo potencializada pela impunidade após o ato criminoso ser delatado¹⁹.

Estudiosos na área dos direitos da infância e do adolescente defendem a avaliação técnica realizada pelo profissional da área da saúde. A perícia é um instrumento para auxiliar o juiz de Direito em algum impasse ou conflito para o qual ele não possui competência técnica para compreender ou decifrar. Diferentemente de um depoimento ou inquirição, é uma forma de escutar as crianças no âmbito do Judiciário sem a obrigatoriedade de aferição de provas. Pode ser realizada pelo médico, pelo psicólogo ou pelo assistente social, legalmente matriculado em seu órgão de classe, que seja especialista no assunto em questão²⁰.

A intervenção médica, em alguns casos, só acontece quando a violência contra a criança e o adolescente resulta em morte e consiste na realização de necropsia. Antes de proceder a necropsia, sempre que possível, é necessário coletar todas as informações possíveis relacionadas ao caso, o que permitirá a interpretação e correlação dos achados. Estas informações devem incluir a descrição de todas as circunstâncias relacionadas à morte, o que pode ser conseguido por meio dos informes da polícia, do serviço de urgência, da história clínicas, dos estudos radiológicos, de testemunhas. É de grande valia dispor de fotografias do lugar dos acontecimentos e conhecer as características do mesmo (presença de móveis, características do solo, objetos presentes) a fim de poder interpretar possíveis lesões comparadas com elementos presentes no mesmo. Também pode-se constatar a presença de animais domésticos,

de outras crianças, de adultos e sua relação com a vítima, assim como inspecionar as roupas que a vítima utilizava no momento da morte. A partir destas informações é que se procederá a necropsia de fato¹².

A necropsia será composta pelo exame externo e o exame interno. O exame externo revela importantes pistas em relação a natureza, extensão e data aproximada das lesões. O exame interno deve ser realizado após estudo radiológico completo de todo o cadáver, o que permite evidenciar possíveis fraturas existentes, tanto antigas, quanto novas. O exame interno não difere daquele realizado no adulto, mas é importante colher mostras de todas as lesões existentes e que este material deve seja enviado para os exames histológicos e bioquímicos pertinentes¹².

Trajetória metodológica

Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 2000 a 2010, nas principais bases de dados (PubMed, ISI, Scopus, SciELO), buscando textos publicados referentes ao tema “violência infantil”. Os descritores utilizados foram “child and maltreatment”, “child and violence”, “child and violence and Brazil”. Dos artigos encontrados, foram pré selecionados aqueles considerados relevantes para a discussão do tema.

A este levantamento bibliográfico foram somados dados provenientes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Também foram utilizados livros de Pediatria e a legislação brasileira e internacional relacionada à violência infantil.

DISCUSSÃO

O mais importante para o médico diante de uma criança ou adolescente vítima de violência é o correto diagnóstico e abordagem, visto que há graves conseqüências a curto, médio e longo prazo para estes pacientes. Para o médico, a certeza diagnóstica não é uma imposição, considerando que não cabe a ele a comprovação dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes. No entanto, as implicações sociais e jurídicas que se estabelecem nesses casos obrigam o médico a considerar diagnósticos diferenciais que norteiem seu raciocínio clínico e, afastados estes, surge a certeza diagnóstica, que se impõe por exclusão de qualquer outra possibilidade e que exige do médico o concurso de toda sua inteligência e experiência.

Por isso, na presença de hematomas, fraturas, hemorragias retinianas e intracranianas, o

médico deve estar atento não só para os indícios de maus tratos, mas também para as evidências de traumas acidentais, distúrbios de coagulação, meningites, sepse, erros inatos do metabolismo, envenenamento por monóxido de carbono, ingestão acidental de substâncias tóxicas, traumatismos decorrentes do parto, osteomielite, osteogênese imperfeita, sífilis congênita, entre outras doenças. Essa postura cuidadosa garante o respeito à integridade da criança ou do adolescente.

A violência contra a criança e o adolescente é um tema tão relevante em nosso meio que estimulou a Assembleia Geral da ONU, em 2001, a pedir ao seu Secretário-Geral que conduzisse um estudo aprofundado sobre a questão da violência contra as crianças. Mais tarde, foi nomeado um perito independente para liderar o Estudo em colaboração com o Alto Comissariado para os Direitos Humanos, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta ação denota a gravidade das injúrias contra crianças e adolescentes, principalmente por suas repercussões sociais a curto, médio e longo prazo e a importância de criar redes de proteção para as crianças e adolescentes.

Em qualquer caso de violência contra a criança, nos casos de abuso sexual, agressões, maus-tratos ou negligência, é imprescindível que o médico, em especial o pediatra, esteja capacitado para o manejo clínico e psicológico das vítimas, incluindo o conhecimento da legislação específica. Isso exige que este profissional tenha sensibilidade, disponibilidade e experiência. Ao descuidar desses aspectos, o profissional pode até causar um novo trauma na vítima, que interpreta esta negligência como menosprezo em relação a sua dor.

As palavras do perito independente, Paulo Sérgio Pinheiro, nomeado pelo Secretário Geral da UNICEF, devem ser largamente divulgadas: “a

melhor forma de tratar do problema da violência contra as crianças é impedir que aconteça”. Esse mesmo estudioso ressalta “todas as pessoas têm um papel a desempenhar nesta causa, mas cabe aos Estados assumir a principal responsabilidade. Isso significa proibir todas as formas de Violência contra as Crianças, onde quer que aconteça e independentemente de quem a pratica, e investir em programas de prevenção para enfrentar as causas que lhe estão subjacentes”.

CONCLUSÕES

Nenhum problema pode ser resolvido sem um conhecimento profundo de todos os seus aspectos. Somente a adequada investigação e conhecimento de todas as faces que envolvem a violência contra a criança e os adolescentes permitirão um manejo adequado desta grave condição. O reconhecimento e a notificação desta entidade clínica é premissa fundamental do médico, principalmente do pediatra, mas deve ser conhecida por todos os profissionais de saúde, pois todos são responsáveis, juntamente com a sociedade, por prevenir que a violência aconteça. Também devemos nos sentir igualmente responsáveis pela saúde física, mental e emocional desta vítima, que pode ter os prejuízos advindos da violência minimizados pelo gerenciamento correto e afetivo da situação.

Esta obra abraça o tema “violência contra crianças” e enfoca o quanto é importante o primeiro atendimento médico, para o seguimento do caso, visto que será a base de todo o andamento do processo. Às vezes, o perito só tem como “olhos” essa única consulta, por isso torna-se tão especial, e deve-se ser tão detalhista. E nunca se esquecer dos projetos cuidadores das crianças e adolescentes, contra violência, no Brasil (e no mundo), pois deve-se preservar um bem tão importante quanto a vida daqueles que representam o futuro.

Paiva C, Zaher VC. Violence against children: the medical care and the expertise assessment. *Saúde, Ética & Justiça*. 2012;17(1):12-20.

ABSTRACT: There are several ways of violence against children and adolescents. Medical care, whether in an emergency room or a clinic, is often the first opportunity for identification of violence against them. The clinical method is still the best tool for the physician to diagnose child abuse or maltreatment. The actual incidence of abuse is unknown. It is estimated that 10% of the injuries in children under five years of age, who are seen in emergency rooms, were caused by maltreatment, 15% were hospitalized for burns and 50% of children who was admitted with fractures under one year of age were victims of maltreatment. Members of the family are the most frequent offenders. Being themselves victims of child maltreatment, low level of education and alcohol and drug use are considered risk factors for the adult to become an aggressor. In Brazil, maltreatment against children had more attention of the society since the late 1980s, when this topic was contemplated by the Federal Constitution (art. 227, 1988) and when the Statute of Children and Adolescents (ECA, 1990) was created. Notification to the authorities of suspected or confirmed cases of violence against children or adolescents were made compulsory

by these legal instruments, providing penalties for physicians, teachers, and directors of health and educational institutions who omitted reporting such cases. The seriousness of the implications of violence for the health of children and adolescents has led many social organizations to implement programs to combat violence. The aim of this paper is to emphasize the physician's role in the treatment of children and adolescents who may have been victims of violence. We performed a review of publications on the subject in the period 2000-2010. Such data reveal the importance of physicians and other health professionals, not only by their recognition of the signs of violence against children and adolescents, but also by their correct handling of these situations, with notification of the event and referral to the local authority, also requesting further investigation. Not neglecting children or adolescents who are victims of violence is the main role of these professionals.

KEYWORDS: Violence/psychology; Expert testimony/ethics; Expert testimony/legislation and jurisprudence; Child abuse/ethics; Child abuse/psychology; Child advocacy.

REFERÊNCIAS

1. Lopez FA, Campos Júnior D, organizadores. Tratado de pediatria. São Paulo: Manole; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (Document WHO/EHA/SPI. POA.2).
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Eliminating violence against children. Handbook for parliamentarians. Geneve; 2007.
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Violência contra as crianças [citado em 22 out. 2010]. Disponível em: http://www.out.unicef.pt/pagina_estudo_violencia.php.
6. Cardoso MHCA. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. Rev Latino-Amer Enferm. 2000;1(8).
7. Flaherty EG, Jones R, Sege R. The child abuse recognition experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. Child Abuse Neglect. 2004;28.
8. Pfeiffer L, Waksman RD. Violência na infância e adolescência in: Manual de segurança da criança e do adolescente. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé Nutrição; 2004.
9. França GV. Medicina legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.629.
10. Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Cad Saúde Pública. 2004;1(24).
11. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2002;1(18).
12. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad Med Forense. 2010;16(1-2).
13. Gomes R, et al. Porque as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus tratos infantis na literatura. Cad Saúde Pública. 2002;3(18).
14. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Tratado de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
15. Mascarenhas MDM, et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad Saúde Pública. 2010;2(26).
16. Saliba O, et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007;3(47).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Publicações. Campanha da Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasil, 2004. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/exposicoes/sociedade/publicacoes/sbp/campanha_sbp.pdf
18. Brasil. Lei no. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.
19. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatria. 2005;81(5).
20. Froner JP, Ramires VRR. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. Paidéia. 2008;40(18).

Recebido em: 08/03/2012
aprovado em: 16/05/2012