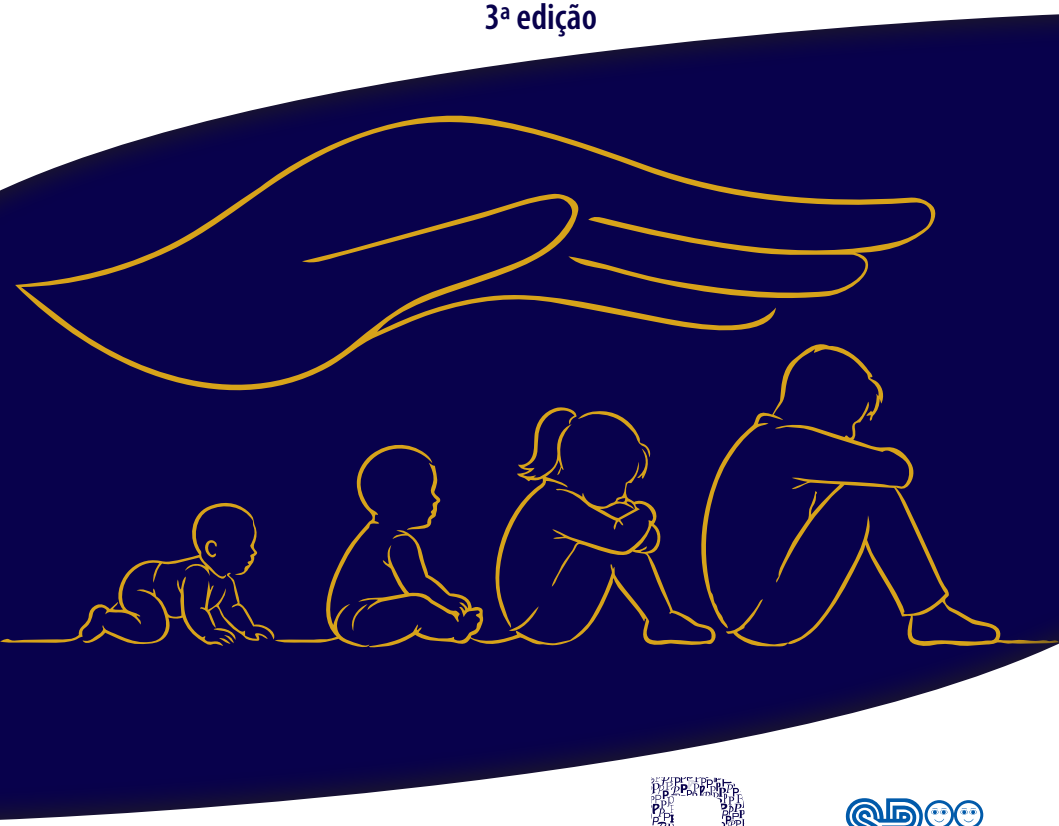
Renata Dejtiar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer
COORDENADORES

MANUAL DE
ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM SITUAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA

3ª edição



AMB Associação Médica Brasileira
sociedade brasileira de pediatria
SPSP WWW.SPSP.ORG.BR

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP)
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP)

Coordenadores
Renata Dejtiar Waksman
Mário Roberto Hirschheimer

MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA

3ª edição

AMB
São Paulo

2026

Copyright © Manual de atendimento às crianças e adolescentes em situação de risco de violência • 3ª edição • Sociedade de Pediatria de São Paulo/Sociedade Brasileira de Pediatria

Sociedade de Pediatria de São Paulo
Núcleo de Estudos da Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente
Rua Maria Figueiredo, 595, 10º andar • São Paulo/SP • CEP 04002-003
(11) 3284-0308 e 3284-9809 • www.spsp.org.br • pediatria@spsp.org.br

Sociedade Brasileira de Pediatria
Rua Santa Clara, 292 • Rio de Janeiro/RJ • CEP 22041-012
(21) 2548-1999 • www.sbp.com.br

Associação Médica Brasileira
Rua São Carlos do Pinhal, 324 • São Paulo/SP • CEP 01333-903
(11) 3178-6800 • www.amb.org.br

Supervisão editorial:
Capa: Ilustração gerada por IA usando NotebookLM
Copidesque: Paloma Ferraz
Revisão: Paloma Ferraz
Projeto gráfico/capa/diagramação: Lucia Fontes
Tiragem: 1000 exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual de atendimento às crianças e adolescentes em situação de risco e violência / coordenação Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer. -- 3. ed. -- São Paulo : Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2026.

Bibliografia.
ISBN 978-65-976513-0-6

1. Atendimento médico 2. Bullying 3. Crianças e adolescentes - Bem-estar 4. Cyberbullying 5. Violência contra adolescentes - Prevenção 6. Violência contra crianças - Prevenção 7. Violência sexual I. Waksman, Renata Dejtiar. II. Hirschheimer, Mário Roberto.

26-373892.0 CDD-363.32083

Índices para catálogo sistemático:

1. Violência contra a criança e o adolescente : Problemas sociais 363.32083

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB - SP-010133/0

COORDENADORES

Renata Dejtiar Waksman
Médica pediatra. Doutora em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (USP). Presidente do Departamento Científico (DC) de Combate às Violências da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Presidente do Núcleo de Estudos (NE) Violência Contra a Criança e o Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Presidente da SPSP (2022-2025).

Mário Roberto Hirschheimer
Médico pediatra, certificado nas áreas de atuação de Endocrinologia Pediátrica e de Medicina Intensiva Pediátrica. Membro do Departamento Científico (DC) de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Membro do Departamento Científico de Endocrinologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Membro dos Núcleos de Estudos (NEs) Bioética, Direitos da Criança e Adolescente e Violência Contra a Criança e o Adolescente da SPSP. Presidente da SPSP (2013-2016).

COLABORADORES

Adriana Rocha Brito
Professora associada de Pediatria da Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Pediatria pela SBP. Neurologista pediátrica pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF) Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e Doutora em Neurologia – UFF. Membro do DC de Espiritualidade da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ). Membro do DC de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência e do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental da SBP.

Alexandre Francisco de Lourenço
Professor afiliado da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Formação em Ortopedia e Traumatologia, com atuação exclusiva na área de Ortopedia Pediátrica. Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica (2013-2014).

Ana Claudia Brandão
Pediatra do Centro de Especialidades Pediátricas do Hospital Israelita Albert Einstein, com dedicação às crianças e adolescentes com Síndrome de Down. Presidente do Núcleo de Estudo A Criança e o Adolescente com Deficiência da SPSP.

Ana Lucia Ferreira
Médica pediatra. Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestrado em Medicina (Pediatria) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado em Ciências – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Fundação Oswaldo Cruz. Professora associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina – UFRJ. Diretora adjunta de Atividades Acadêmicas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – UFRJ.

Ana Maria Peixoto Guimarães de Araujo
Cirurgiã dentista. Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia (FO-USP). Especialista e Mestre pela Universidade Paulista – UNIP. Secretária do NE Saúde Oral da SPSP.

André Luis Santos do Carmo
Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Residência em Pediatria e em Neurologia Pediátrica no Hospital de Clínicas – HC-UFPR. Professor do Departamento de Pediatria – UFPR. Pediatra na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – HC-UFPR. Especialização em Cuidados Paliativos Pediátricos pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPR. Título de Especialista em Pediatria, com área de atuação em Neurologia Pediátrica e Cuidados Paliativos Pediátricos – SBP/AMB. Membro do DC de Neurologia da SBP.

Andrea Hercowitz
Pediatra e hebiatra no Centro de Especialidades Pediátricas do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Coordenadora da pós-graduação em Medicina do Adolescente – HIAE. Coordenadora do Grupo Médico Assistencial para População LGBTQIA+ – HIAE. Coordenadora de Saúde da ONG Mães pela Diversidade em São Paulo. Hebiatra da Casa Viva Clínica de Tratamento de Transtornos Alimentares. Coordenadora do Espaço Transcender do Cseb FMUSP. Membro do DC de Adolescência, do NE Direitos da Criança e do Adolescente e coordenadora do GT Fase de Transição para a Vida Adulta da SPSP. Editora do livro Adolescência e Sexualidade: visão atual pela editora Atheneu e editora e autora do livro Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar pela Editora Manole. Coordenadora e professora do Curso Saúde LGBTQIA+, práticas de cuidado transdisciplinar.

Anna Christina da Motta Pacheco Cardoso de Mello
Psicóloga clínica e forense, assistente técnica e perita judicial em proteção da infância, família e no âmbito criminal. Mestre e doutora em Psicologia. Professora e supervisora. Membro do NE Violência contra a Criança e o Adolescente da SPSP.

Benito Lourenço
Médico de adolescentes. Doutor em Ciências. Chefe da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança e do Adolescente – HC-FMUSP. Membro dos DCs de Adolescência da SPSP e da SBP.

Carolina Galhós de Aguiar
Médica radiologista pela Universidade Federal de Santa Catarina. *Fellow* em Radiologia Pediátrica na EPM-UNIFESP.

Cássia Niero
Médica residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da EPM-UNIFESP.

Cecília Fernandes Lorea
Pediatra. Hematologista e hemoterapeuta pediátrica. Cancerologista pediátrica. Professora associada da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Responsável técnica pelo Hemocentro Regional de Pelotas (Hemopel). Responsável pelo Serviço de Coagulopatias Hereditárias – Hemopel.

César Eduardo Fernandes
Médico ginecologista e obstetra. Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). Professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Presidente da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (ANAGO).

Clarissa Barros Ferreira
Pediatra. Hematologista e Hemoterapeuta Pediátrico. Responsável Técnica pelo Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Responsável pelo Centro Coordenador de Coagulopatias do RS.

Claudio Barsanti
Advogado. Médico pediatra certificado nas áreas de atuação de Medicina Intensiva Pediátrica e Emergências Pediátricas. Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Infectologia Pediátrica da EPM-UNIFESP. Doutor em Medicina – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Médico responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Santa Marcelina. Coordenador do Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Santa Marcelina. Membro do NE Direitos da Criança e do Adolescente da SPSP. Presidente da SPSP (2016-2019).

Clóvis Francisco Constantino
Diretor da AMB e Associação Paulista de Medicina (APM). Professor de Ética Médica e Bioética - Medicina da Universidade Santo Amaro (UNISA). Professor de Ética Médica e Bioética da pós-graduação do mestrado em Direito Médico do Curso de Direito – UNISA. Presidente do DC de Bioética da SBP. Acadêmico titular da Cadeira 122 da Academia de Medicina de São Paulo.

Acadêmico titular da Cadeira 12 da Academia Brasileira de Pediatria. Gerente/assessor técnico Ética Médica-Bioética-Pediatria/Educação Permanente e Continuada – OSS/SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Microrregião RASTS-VMVG. Membro do Centro Pluridisciplinar de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (PT). *PhD in Bioethics Division da International Chair in Bioethics*. Membro da *International Forum of Teachers - IFT - I C Bioethics*. Coordenador (*Head*) da Unidade de São Paulo da *International Chair in Bioethics (World Medical Association Cooperation Center)* do Departamento dos Países de Língua Portuguesa (*Portuguese Language Countries Division Chair in Bioethics*) - sendo hospedeira (*host*) a UNISA. Ex-presidente do CREMESP, da SPSP e da SBP.

Cristiano Ricardo Faedo Nabuco de Abreu

Psicólogo. Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho - Portugal. Pós-doutorado pelo Departamento de Psiquiatria do HC-FMUSP. Fundador de unidade pioneira na América Latina para o atendimento de pacientes dependentes em tecnologia – coordenador de 2004 a 2023 – desenvolvendo modelos de intervenção em psicoterapia (IPq/HC-FMUSP). Presidente da Associação Matera: Sustentabilidade e Bem-Estar Digital. Coordenador do Curso de Especialização em Dependências Tecnológicas – PUC/PR. Coordenador do Curso de Especialização em Terapias Cognitivas – PUC/PR. Consultor técnico junto ao Governo Federal no Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos para o Programa Reconecte (2019- 2022). Consultor técnico do Alto Comissariado dos Direitos Humanos |ONU - Genebra – Projeto "Digitalização da Educação" (2022). Membro do Grupo de Trabalho da Secretaria de Políticas Digitais de Comunicação Social da Presidência da República/Governo Federal (2024-2025) na elaboração de Guia para Uso Consciente das Telas e Dispositivos Digitais.

Cristina Giovannetti Del Conte

Cirurgiã-dentista. Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia (FO-USP). Especialista, mestre e doutora em Odontopediatra – FO-USP. Especialista em Odontologia Hospitalar – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP). Presidente do NE Saúde Oral da SPSP.

Danilo Blank

Professor titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dóris Rocha Ruiz

Cirurgiã-dentista. Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia Campos – UNIFLU. Especialista em Odontopediatria – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP). Mestre em Ciências – EPM-UNIFESP. Doutora em Ciências – FMUSP. Membro do NE Saúde Oral da SPSP. Coordenadora do GT de Saúde Oral da SBP.

Edson Ferreira Liberal
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Evelyn Eisenstein
Médica pediatra e clínica de adolescentes. Professora associada e aposentada da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM-UERJ). Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde na Era Digital da SBP. Membro da Academia de Medicina do Rio de Janeiro (AMRJ).

Fabio Ejzembaum
Formação pela FCMSCSP. *Fellow* do setor de Estrabismo da Santa Casa de São Paulo (SCSP) (2001-2003). Doutor em Oftalmologia – UNIFESP. Chefe do setor de Neuroftalmologia e médico assistente do setor de Estrabismo do Departamento de Oftalmologia da SCSP. Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (2019-2021). Membro do Centro Brasileiro de Estrabismo. Presidente do Centro de Estudos Jaques Tupinamba. Departamento Oftalmologia SCSP. Presidente do 26º Simpósio Internacional de Oftalmologia da SCSP.

Gislene do Carmo Jardim
Psicóloga e psicanalista. Graduação, mestrado e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia da USP. Professora universitária. Ex-membro do DC de Saúde Mental da SPSP.

Heloisa Galvão do Amaral Campos
Graduação em Medicina e residência médica em Cirurgia Pediátrica pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Mestrado e doutorado em Ciências da Oncologia – Fundação Antônio Prudente. Diretora do Departamento de Cirurgia Plástica Reparadora do A.C. Camargo Cancer Center (SP). Coordenadora da equipe multidisciplinar em Tumores Vasculares do A.C. Camargo Cancer Center. Tesoureira (2019-2021) e vice-presidente (2022-2024) da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Membro da *International Society for the Study of Vascular Anomalies* – ISSVA.

Jandrei Rogério Markus
Pediatra. Infectologista pediátrico. Especialista em Dermatologia Pediátrica. Mestrado e doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente – Universidade Federal do Paraná (UFPR). Presidente do DC de Dermatologia da SBP. Coordenador geral da Pediatria do Hospital Geral de Palmas.

Jersica Ferreira de Araújo
Fellow no Programa de Complementação Especializada em Otorrinolaringologia Pediátrica da FMUSP.

João Paulo Becker Lotufo
Graduação em Medicina pela FCMSCSP. Especialista em Peumologia Pediátrica. Ex-secretário do DC de Pneumologia da SBP. Ex-assessor de direção do Hospital Universitário – USP, responsável pelos pacientes externos. Mestrado e douturado em Pediatria – USP. Coordenador do Projeto Antitabágico do Hospital Universitário – USP. Responsável pelo projeto antitábagico Dr. Bartô, Doutores da Saúde, profilaxia de tabagismo, gravidez precoce e álcool em escolas de São Paulo. Responsável pela questão de drogas na SBP e SPSP.

Joelma Gonçalves Martin
Professora assistente. Doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) na Disciplina de Medicina Intensiva e Emergências Pediátricas. Emergencista e intensivista pediátrica. Chefe acadêmica do pronto-socorro de Pediatria do Hospital das Clínicas de Botucatu. Vice-presidente do DC de Emergências da SPSP.

José Fernando Maia Vinagre, in memoriam*
*Autor de capítulo na segunda edição, escreveu ao final: "No Brasil, esse é mais um desafio que se impõe, exigindo respostas concretas das autoridades e também das famílias, que podem ser agentes efetivos de prevenção, seja pela adoção de normas de segurança, seja pelo estímulo ao diálogo entre pais e filhos, que certamente são medidas de proteção. Assim, muitos homens, mulheres, crianças e adolescentes serão poupados de horas de angústia e de desespero por desconhecerem o paradeiro de seus entes queridos." Sua partida precoce desta vida nos tirou um ser inteligente, humano, cordial, alegre, amigo, solidário às dores e sofrimentos humanos. Um exemplo de amigo, ser humano, médico e pediatra.

José Roberto de Souza Baratella
Ex-vice presidente da *World Federation of Associations of Pediatric Surgeons*. Ex-presidente da Associação Brasileira e da Associação Paulista de Cirurgia Pediátrica. Ex-presidente da Federação Brasileira de Academia de Medicina (FBAM) e da Academia de Medicina de São Paulo (AMSP). Sócio fundador da SPSP. Vice-presidente do DC de Clínica Cirúrgica em Pediatria da SPSP.

Juliana Sayuri Kimura
Cirurgiã-dentista. Graduada em Odontologia pela Universidade de Guarulhos. Especialização, mestrado e doutorado em Odontopediatria – Faculdade de Odontologia (FO-USP). Vice-presidente do NE Saúde Oral da SPSP.

Liubiana Arantes de Araújo
Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialização em Treinamento em Neurologia Infantil e Reabilitação pela Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação.

Mestrado na área de Neurociência, Neuropediatria e Reabilitação pelo Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutorado em Neuropediatria e Reabilitação pelo Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da UFBA, incluindo doutorado-sanduíche pela *Harvard Medical School*, área de Neurociências e Neuromodulação Terapêutica. Membro da coordenação e do corpo discente do Programa de Pós-graduação em Transtorno do Espectro Autista da UFMG. Professora adjunta IV do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Médica preceptora da residência de Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Presidente do Departamento de Desenvolvimento e Comportamento da SBP. Título em Neurologia Pediátrica pela SBP/AMB. Título em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pela SBP/Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Lucia Coutinho
Cirurgiã-dentista. Graduada em Odontologia pela Universidade São Francisco (USF). Especialista em Odontopediatria pela Universidade Camilo Castelo Branco. Capacitação em Gestão Empresarial na Área da Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (GV). Membro do GT Saúde Oral da SBP e do NE Saúde Oral da SPSP.

Magda Lahorgue Nunes
Professora titular de Neurologia da Escola de Medicina – PUC-RS. Presidente do DC de Neurologia da SBP.

Marco Antônio Chaves Gama
Médico pediatra com certificado na área de atuação de Medicina do Adolescente pela SBP. Pós-graduação em Saúde Mental da Infância e Adolescência. Acadêmico da Academia Mineira de Pediatria. Membro do GT Saúde Digital da SBP. Membro do DC de Prevenção e Enfretamento das Causas Externas na Infância e Adolescência da SBP.

Maria Helena Prado de Mello Jorge
Professora sênior da USP - Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Epidemiologia.

Miguel Akkari
Mestre e doutor em Ortopedia. Chefe do Grupo de Ortopedia Pediátrica da SCSP. Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica (2017-2018). Presidente eleito da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia 2026. Secretário do DC de Ortopedia da SPSP.

Mônica López Vázquez
Graduação em Medicina pela FCMSCSP e em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestrado na área de Tocoginecologia e doutorado em Tocoginecologia – FCMSCSP. Professora

primeiro assistente na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professora assistente – FCMSCSP. Vice-presidente do DC de Ginecologia e Obstetrícia da SPSP.

Renata C. di Francesco
Professora livre-docente da Disiciplina de Otorrinolaringologia – FMUSP. Graduação em Medicina – FMUSP. Doutorado em Medicina Otorrinolaringologia – USP. Pesquisadora da USP. Médica assistente do HC-FMUSP. Responsável pelo Estágio de Complementação Especializada em Otorrinolaringologia Pediátrica. Presidente do DC de Otorrinolaringologia da SBP.

Renato Stanziola Vieira
Advogado. Presidente do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (2023-2024). Mestrado em Direito Constitucional pela PUC-SP. Mestrado e doutorado em Direito Processual Penal pela USP.

Roberta Cassandra Moraes
Promotora de Justiça do Estado de São Paulo com atuação na área de enfrentamento à violência doméstica e crimes contra vulneráveis.

Roberto Santoro Almeida
Psiquiatra de Crianças e Adolescentes. Coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde Mental da SBP. Membro do DC de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ). Chefe do Serviço de Saúde Mental do Hospital Municipal Jesus (RJ). Especialização em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e AMB. Mestrado em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicanalista docente e didata, membro da *International Psychoanalytical Association*. Presidente da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ).

Rodrigo Ragazzini
Médico radiologista pediátrico. Chefe do Departamento de Diagnóstico por Imagem da EPM-UNIFESP. Presidente do DC de Diagnóstico por Imagem da SPSP.

Rosa Maria Graziano
Doutora em Oftalmologia – FMUSP. Coordenadora do GT de Oftalmologia Pediátrica da SBP. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Ex-presidente do DC de Oftalmologia da SPSP.

Sarah Saul
Pediatra. Presidente do DC de Segurança da SPSP.

Selma Maria Furman Hélène
Médica dermatologista. Graduação pela FCMSCSP. Mestrado em Dermatologia pela SCSP. Ex-presidente do DC de Dermatologia da SPSP. Médica dermatologista pediátrica no Hospital Israelita Albert Einstein.

Sidnei Ferreira
Médico pediatra. Pneumologista pediátrico. Escritor. Professor associado de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Médico pediatra do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ. Acadêmico Titular da Academia Brasileira de Pediatria (ABP). Diretor financeiro da SBP.

Sulim Abramovici
Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Secretário do DC de Emergências da SBP. Membro do NE Violência contra a Criança e o Adolescente da SPSP. Pediatra emergencista pela SBP. Coordenador dos Departamentos Científicos da SPSP.

Sylvia Lavínia Martini Ferreira
Cirurgiã-dentista. Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia (FO-USP). Doutora em Odontopediatria – FO-USP. Ex-presidente do NE Saúde Oral da SPSP.

Tânia Maria R Zamataro
Graduação em Medicina pela USP. Residência médica – USP. Aperfeicoamento em Especialização em Emergências Pediátricas – USP. Pediatra do HC-FMUSP. Médica intensivista pediátrica da UNIFESP. Médica pediatra na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (Hospital Albert Einstein). Secretária do DC de Segurança da SBP. Presidente do NE Combate ao Uso de Drogas e membro do NE Violência contra a Criança e o Adolescrente da SPSP.

Théo Lerner
Graduação em Medicina e mestrado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela USP. Médico assistente da Divisão de Clínica Ginecológica do HC-FMUSP. Efetivo da Prefeitura Municipal de Diadema. Presidente do DC de Ginecologia e Obstetrícia e membro do NE Violência contra a Criança e o Adolescente da SPSP.

Vera Ferrari Rego Barros
Psicóloga e psicanalista. Presidente do NE Depressão da SPSP. Membro do NE Saúde Mental da SPSP. Coordenadora do GT de Saúde Mental da SBP. Psicóloga do Serviço de Psicologia do Instituto da Criança e do Adolescente do HC-FMUSP.

Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Graduação em Medicina pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Primeiro médico residente do Programa de Residência Médica em Medicina Legal e Perícias Médicas da FMUSP. Mestrado em Ciências da Saúde – FCMSCSP. Doutorado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Médico legista do Instituto Médico Legal do Estado de São Paulo. Professor de Medicina Legal da Academia de Polícia da Polícia Civil do Estado de São Paulo. Coordenador do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da ACADEPOL. Coordenador técnico do Curso de Especialização em Perícias Médicas da FCMSCSP. Professor de Medicina Legal e Ética da FCMSCSP e da Universidade Anhembi Morumbi.

SUMÁRIO

MENSAGENS DE APRESENTAÇÃO ____ 17
César Eduardo Fernandes
Edson Ferreira Liberal
Sulim Abramovici

PREFÁCIO ____ 23
Clóvis Francisco Constantino

INTRODUÇÃO ____ 27
Danilo Blank

1. MORBIMORTALIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS ____ 43
Maria Helena Prado de Mello Jorge

2. FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
UM PANORAMA CRÍTICO E O CONTEXTO BRASILEIRO ____ 53
Mário Roberto Hirschheimer, Renata Dejtiar Waksman

3. VIOLÊNCIA FÍSICA ____ 61
Mário Roberto Hirschheimer, Sulim Abramovici

4. NEGLIGÊNCIA OU OMISSÃO DO CUIDAR ____ 79
Mário Roberto Hirschheimer, Ana Lucia Ferreira

5. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA ____ 101
Anna Christina da Motta Pacheco Cardoso de Mello, Gislene do Carmo Jardim,
Vera Ferrari Rego Barros

6. VIOLÊNCIA EM CASOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS ____ 115
Ana Cláudia Brandão, Liubiana Arantes de Araújo

7. CRIANÇAS E ADOLESCENTES LGBTI+ ____ 129
Andrea Hercowitz

8. TRANSTORNO FACTÍCIO IMPOSTO A OUTRO
(SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO) ____ 143
Mário Roberto Hirschheimer, Renata Dejtiar Waksman, Renato Stanziola Vieira

9. VIOLÊNCIA SEXUAL ____ 163
Théo Lerner, Mônica López Vázquez, Joelma Gonçalves Martin

10. DAS LESÕES AUTOPROVOCADAS AO SUICÍDIO ____ 177
Benito Lourenço, Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

11. VIOLÊNCIA ENTRE PARES E CRIMES DIGITAIS

A. *Bullying* e *cyberbullying* ____ 189
Benito Lourenço, Evelyn Eisenstein

B. Violência digital ____ 205
Cristiano Ricardo Faedo Nabuco de Abreu, Mário Roberto Hirschheimer, Marco Antônio Chaves Gama

12. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: TABACO, CIGARRO ELETRÔNICO, DROGAS E ÁLCOOL 227
João Paulo Becker Lotufo, Tânia Maria R Zamataro, Renata Dejtiar Waksman, Sarah Saul

13. AMEAÇAS AMBIENTAIS À SAÚDE 259
Clóvis Francisco Constantino, Mário Roberto Hirschheimer

14. SEQUESTRO E TRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM DESAFIO GLOBAL E NACIONAL 265
Sidnei Ferreira, Renata Dejtiar Waksman, José Fernando Maia Vinagre (*in memoriam*)

15. CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA 275
Renata Dejtiar Waksman, Joelma Gonçalves Martin

16. ALERTAS DOS ESPECIALISTAS

A. Cirurgia Pediátrica 289
José Roberto de Souza Baratella, Heloisa Galvão do Amaral Campos

B. Dermatologia 295
Jandrei Rogério Markus, Selma Maria Furman Hélène

C. Hematologia 307
Cecília Fernandes Lorea, Clarissa Barros Ferreira

D. Neurologia 315
André Luis Santos do Carmo, Magda Lahorgue Nunes

E. Odontopediatria 325
Ana Maria Peixoto Guimarães de Araujo, Sylvia Lavínia Martini Ferreira, Juliana Sayuri Kimura, Dóris Rocha Ruiz, Lucia Coutinho, Cristina Giovannetti Del Conte

F. Oftalmologia 331
Rosa Maria Graziano, Fabio Ejzembaum

G. Ortopedia 337
Alexandre Francisco de Lourenço, Miguel Akkari

H. Otorrinolaringologia 341
Renata C. di Francesco, Jersica Ferreira de Araújo

I. Saúde Mental 347
Roberto Santoro Almeida, Adriana Rocha Brito

J. Radiologia e Diagnóstico por Imagem 361
Rodrigo Ragazzini, Carolina Galhós de Aguiar, Cássia Niero

17. MAUS-TRATOS NO ATENDIMENTO MÉDICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PRÁTICAS INADEQUADAS E IMPACTOS ÉTICO-CLÍNICOS 375
Mário Roberto Hirschheimer

18. FUNDAMENTOS ÉTICOS E LEGAIS NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 383
Mário Roberto Hirschheimer, Claudio Barsanti, Roberta Cassandra Moraes

19. ROTEIRO DE ATENDIMENTO, NOTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO 411
Mário Roberto Hirschheimer, Claudio Barsanti, Roberta Cassandra Moraes

20. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 439
Mário Roberto Hirschheimer, Renata Dejtiar Waksman

MENSAGENS DE APRESENTAÇÃO

Associação Médica Brasileira

Ao editar um novo compêndio, torna-se essencial refletir sobre seu papel no contexto em que vivemos. Apesar da maior acessibilidade atual aos artigos científicos, os livros de Medicina continuam relevantes, pois, ao contrário de publicações científicas em periódicos médicos, muitas vezes de elevada complexidade e sem objetivos educacionais, exemplares como este *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência* oferecem um delineamento estruturado, acessível e voltado à prática clínica.

A responsabilidade dos coordenadores consiste em definir a relevância de cada capítulo a ser elaborado, compreender sua importância e entregar aos leitores uma obra mobilizadora, sem, no entanto, simplificar ou subestimar o conteúdo. Assim, a edição de livros, sejam impressos ou digitais, justifica-se plenamente, permitindo uma compreensão mais ampla e prática de questões complexas, que envolvem os casos dessa população de vulnerabilidade. Destarte, esta obra, fruto da dedicação dos vários autores, se renova em sua terceira edição e chega como uma fonte indispensável, combinando rigor teórico e prático, na abordagem de situação de manejo desafiador para quem se propõe a enfrentá-lo e buscar resolvê-lo.

Com estas premissas, nós, da Associação Médica Brasileira (AMB), nos sentimos honrados e no dever de apoiar uma publicação que já se tradicionaliza entre nós e que preenche um espaço que precisa de contribuições propositivas e com finalidade de minimizar essa mácula que nos incomoda tanto e mancha a dignidade humana não apenas em nossas terras, mas mundo afora também.

A violência contra crianças e adolescentes constitui um fenômeno de extrema complexidade e impacto devastador, atingindo milhões de indivíduos ao redor do planeta. Este *Manual* foi concebido com o rigor de uma obra acadêmica, com o intuito de iluminar essa questão pre-

mente e delinear trajetórias de conscientização e ação. Ao longo dos capítulos, oferece uma análise minuciosa dos diversos tipos de violência que comprometem o desenvolvimento e o bem-estar de jovens em todas as sociedades. A escolha de abordar a violência infantil e juvenil decorre da imperiosa necessidade de romper com o ciclo de silêncio e invisibilidade que frequentemente envolve essa verdadeira tragédia humana. Muitas vezes, essas vítimas são silenciadas, cabendo a nós, enquanto sociedade, amplificar suas vozes e buscar justiça e proteção.

A obra organiza-se em uma estrutura detalhada de capítulos, que se desdobram nas diferentes dimensões da violência. Inicia com uma análise da morbimortalidade de crianças e adolescentes por causas externas. Em seguida, apresenta um panorama crítico das formas de violência no contexto brasileiro, abordando a violência física, a negligência no cuidado, a violência psicológica e a vivenciada por crianças com deficiências.

Ao longo de seus vinte capítulos, percorre todos os recônditos pertinentes ao bom conhecimento do problema, bem como o enfrentamento diagnóstico e terapêutico de suas diferentes nuances. Não deixa de abordar as lesões autoprovocadas e o trágico desfecho do suicídio, bem como a violência entre pares e os crimes digitais, como *bullying* e *cyberbullying*, além da violência digital. Também são consideradas o abuso de substâncias, como tabaco, cigarro eletrônico, drogas e álcool.

O livro abrange, ainda, o sequestro e tráfico de crianças, um dilema global e nacional, assim como a realidade das crianças e adolescentes em situação de rua. Por fim, o roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento, culminando na prevenção da violência doméstica. Ao final desta obra, o objetivo é possibilitar que o leitor compreenda a gravidade e a complexidade dessa problemática e se sinta instigado a atuar – seja por meio de voluntariado, advocacia ou disseminação do conhecimento – para que todas as crianças e adolescentes possam viver livres de violência.

Por todas as considerações apontadas, me sinto absolutamente convencido da magnificência e da importância do livro ora publicado. Assim, considerando a sua relevância, obrigatória se faz a participação da AMB no apoio desta terceira edição do *Manual de*

Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência, ao mesmo tempo em que registramos a nossa honra de apresentá-lo aos leitores e parabenizar a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), juntamente com os coordenadores e distinguidos autores e coautores de capítulos, todos com larga vivência e que muito contribuíram para a excelência dos temas aqui abordados. Ganham os profissionais de saúde preocupados e voltados aos cuidados com a saúde das crianças e adolescentes. Granjeiam o acesso a esta edição elaborada com tanto zelo e qualidade.

Por fim e de outra parte, creio, aqueles que mais se beneficiarão com este lançamento atualizado serão as próprias vítimas desse infortúnio, que têm suas vidas profundamente afetadas, buscam assistência todos os dias em nossos ambulatórios e aspiram por um atendimento tempestivo e competente para o melhor prognóstico de seus males e desesperanças.

César Eduardo Fernandes

Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). Professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário FMABC

Sociedade Brasileira de Pediatria

É com grande satisfação que escrevo esta apresentação da terceira edição do *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência*.

O fato de a obra alcançar mais uma edição evidencia a relevância do tema e a necessidade permanente de aprofundar o conhecimento sobre a violência que atinge crianças e adolescentes.

O livro reúne 20 capítulos, que percorrem desde aspectos epidemiológicos até a prática clínica frente aos diferentes tipos de violência que podem acometer essa população. Traz, ainda, análises sobre as causas e contextos em que tais situações ocorrem, além de alertas e contribuições de especialistas renomados.

O manual culmina com orientações detalhadas para o atendimen-

to, a notificação e o acompanhamento, oferecendo um roteiro seguro e atualizado para a atuação profissional.

É fundamental que pediatras e demais integrantes das equipes multiprofissionais estejam sempre atualizados sobre as melhores práticas, sobretudo no que diz respeito à detecção precoce da violência. Esse conhecimento é essencial para garantir a proteção integral de crianças e adolescentes.

Trata-se, portanto, de um trabalho valioso, construído em conjunto com a Sociedade de Pediatria de São Paulo e a Associação Médica Brasileira.

Edson Ferreira Liberal
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Sociedade de Pediatria de São Paulo

É com grande orgulho que apresentamos o *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência* – 3ª edição.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo e a Sociedade Brasileira de Pediatria têm como missão oferecer educação continuada aos pediatras, por meio de cursos, jornadas, congressos e publicações científicas. Sabedores da fundamental importância de um profissional capacitado para a orientação de uma vida saudável e para prevenção de doenças trabalham, continuamente, para levar conhecimento atualizado à comunidade médica.

A presente edição representa um trabalho conjunto de especialistas na área sobre um tema extremamente importante, que atinge crianças e adolescentes vítimas da violência. Este Manual é fruto de trabalhos e estudos de um grupo de especialistas em conjunto da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), que se debruçaram sobre as questões da violência que ocorrem, para as quais os profissionais de saúde precisam estar atentos – pediatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e, também, professores, advogados, jornalistas, enfim, todas as áreas que lidam com crianças e adolescentes na sociedade.

Proteger as crianças e adolescentes da violência é fundamental e saber como encaminhar e acompanhá-las nestas circunstâncias também. Este dever é de todos, pois elas representam o futuro da nação. Convocamos a todos para que possamos trabalhar juntos por uma realidade menos violenta, a fim de construirmos um amanhã mais seguro para os nossos jovens, com esclarecimento, informação adequada e envolvimento de gestores, junto a profissionais com os mesmos objetivos.

A primeira edição, de 2011, e a segunda, lançada em 2018, atingiram plenamente seus objetivos, mostrando a importância do tema e conscientizando não só os pediatras, mas todos os profissionais de saúde e aqueles que prestam atenção à criança e ao adolescente. Desde então, a sociedade apresenta novos e graves desafios, com a necessidade de atualização e ampliação de temas correlacionados, conduzindo à imperativa redação de um novo texto.

Nesta terceira edição, o número de capítulos e colaboradores aumentou, aliando-se aos profissionais que participaram da publicação anterior. Profissionais conhecedores do assunto aprofundaram-se na discussão de cada tema, trazendo, além de um levantamento bibliográfico atualizado, discussões baseadas em suas experiências profissionais diárias, o que, sem dúvida, enriqueceu sobremaneira o conteúdo. Temos plena convicção de que esta obra fará com que cada um de seus leitores se torne apto a identificar não só os casos consumados de violência contra a criança e o adolescente, como também as potenciais situações de risco, para que possam orientar e mostrar o melhor caminho, permitindo medidas de proteção às vítimas e a prevenção para este mal tão avassalador.

Este *Manual* é dedicado a todos que trabalham com crianças e adolescentes; a todos que se preocupam com a triste realidade da violência que, infelizmente, cresce a cada dia; a todos que têm a plena convicção de que, nos mais diversos segmentos da sociedade, podem contribuir para diminuir o número de casos de vítimas de violência, agressão e abuso e propiciar mecanismos de proteção.

A responsabilidade assumida pelos autores reflete a credibilidade conquistada durante o desenvolvimento dos temas no Brasil. Os autores reúnem talentos com forte motivação que representam a

vanguarda e mantêm relacionamento e intercâmbio entre as demais especialidades.

O maior valor de seus profissionais é o compromisso de transmitir os conhecimentos adquiridos, originando novos multiplicadores. A abordagem interdisciplinar é um ponto de destaque e a preocupação com a atuação ética é valorizada.

Com esta publicação, saem vencedores os profissionais de saúde e as crianças e adolescentes que podem receber atendimento especializado de qualidade.

E, principalmente, a sociedade que pode entender de maneira objetiva e racional a abordagem e o atendimento segundo as normas invioláveis da Bioética.

Sulim Abramovici
Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo

PREFÁCIO

Clóvis Francisco Constantino

Temos que fazer o melhor que podemos.
Esta é nossa sagrada responsabilidade humana.
Albert Einstein

A violência contra crianças e adolescentes é uma triste realidade global, manifestando-se de diversas formas e deixando marcas profundas. Essa problemática complexa envolve desde agressões físicas e psicológicas até negligência, exploração sexual e tráfico. É fundamental compreender as nuances dessa situação para identificar, prevenir e intervir de forma eficaz, garantindo a proteção e o bem-estar dos mais jovens.

Não há surpresa em constatar a importância, o respectivo cuidado no planejamento e a qualidade alcançada com a 3ª edição desta magnífica obra dos doutores Renata Dejtiar Waksman e Mário Roberto Hirschheimer.

Dada a relevância dos temas abordados, de interesse interdisciplinar e multiprofissional, esta versão do livro foi editada em colaboração entre a Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Inaugura os capítulos com as questões da morbimortalidade de crianças e adolescentes por causas externas e formas de violência contra crianças e adolescentes. A exemplificar, temos a violência física, negligência ou omissão do cuidar e violência psicológica.

Em pertinentes e oportunas discussões, observamos, nesta obra, os esclarecimentos sobre deficiências e neurodiversidades e incongruência de gênero.

A Pediatria já constatou e sistematizou, com propriedade, a visão atual da Síndrome de Munchausen que é muito bem discutida nesta obra. Discutem-se também a violência sexual, lesões autoprovocadas e o suicídio.

A essencial importância dos relevantes esclarecimentos sobre tabaco, cigarro eletrônico, drogas e álcool significam elucidações fundamentais para que os pediatras possam orientar seus pacientes em todos os níveis.

Há algo extremamente presente que, de forma lúcida, está colocado nesta obra: as ameaças ambientais à saúde da criança. A saúde planetária está comprometida e seus efeitos interferem negativamente no equilíbrio físico e mental das crianças e adolescentes.

Não poderia deixar de existir, numa construção de literatura científica desta envergadura, os debates e argumentações relacionados à Dermatologia, Hematologia, Neurologia, Odontopediatria, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Oftalmologia, Saúde Mental, Cirurgia Pediátrica e Radiologia e Diagnóstico por Imagem, num importante acervo específico de muitas das áreas de atuação da Pediatria.

Vale lembrar que, durante séculos, a infância e a adolescência sempre formaram um período da vida do ser humano ao qual não se dava a importância específica do ponto de vista da assistência à sua saúde. A Medicina cuidava de todos, com seus limites das épocas, incluindo adultos, crianças e adolescentes, de forma igualitária. Neste livro discutem-se, profundamente, especificamente em Pediatria, os assuntos relacionados aos riscos de violência aos quais os seres nessa faixa etária estão submetidos.

Neste prefácio, incluo algumas curiosidades relacionadas à nossa especialidade: o primeiro hospital para crianças nos Estados Unidos foi aberto em 1855 na Filadélfia, o *Children's Hospital of Philadelphia*.

Atualmente, esse hospital interna mais de 28 mil crianças por ano e realiza mais de 1.167.000 consultas no seu Pronto Atendimento, sendo também um berço de criação e incorporação de novas tecnologias diagnósticas, clínicas e cirúrgicas.[1]

Além disso, o primeiro livro exclusivamente de Pediatria de que se tem notícia foi impresso em 1472, escrito pelo médico Paolo Bagellardo, um italiano de Pádua, e se intitulava *Libellus de Egritridinibus Infantium*.[2]

O "pai" da Pediatria no Brasil, Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo, em 28 de julho de 1882, com a presença do imperador D. Pedro II, inaugurou a Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Nela criou o primeiro curso regular de Pediatria do país.[3]

As sociedades pediátricas do mundo regulam a especialidade para determinar os preceitos científicos e éticos que são norteadores desta insubstituível especialidade.

O lançamento deste livro vai ao encontro de toda essa responsabilidade científica, ética, social e humanitária.

A prevenção e o combate à violência contra crianças e adolescentes exigem uma abordagem multifacetada que envolva a família, a comunidade e o Estado:

- **Educação e conscientização:** Informar a sociedade sobre as diferentes formas de violência, seus sinais e como denunciar é crucial. Campanhas de conscientização podem ajudar a quebrar o silêncio e o estigma.
- **Fortalecimento familiar:** Apoiar as famílias com programas de parentalidade positiva e acesso a serviços de saúde mental e assistência social, que podem reduzir os fatores de risco.
- **Redes de proteção:** É fundamental fortalecer as redes de proteção que incluem conselhos tutelares, serviços de assistência social, delegacias especializadas, hospitais e escolas. Esses órgãos devem trabalhar em conjunto para identificar, acolher e proteger as vítimas.
- **Políticas públicas eficazes:** O governo precisa investir em políticas públicas que garantam a segurança, a educação e o acesso a serviços de saúde para todas as crianças e adolescentes, especialmente os mais vulneráveis.
- **Denúncia:** Encorajar a denúncia é um passo vital. No Brasil,

canais como o Disque 100 do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania são essenciais para receber e encaminhar denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes.

Proteger crianças e adolescentes da violência não é apenas uma questão de justiça, mas um investimento no futuro da sociedade. Garantir que cada criança cresça em um ambiente seguro e acolhedor é um dever coletivo que exige vigilância, empatia e ação contínua.

Toda essa discussão e todas essas reflexões estão incluídas neste magnífico livro.

Leiamos e estudemos.

Com meus melhores cumprimentos.

Clóvis Francisco Constantino
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria
(Gestão 2022-2024).

Referências

1. The Children's Hospital of Philadelphia (CHOP). Facilities. University of Pennsylvania/Penn Medicine website. Disponível em: https://www3.pennmedicine.org/departments-and-centers/physical-medicine-and-rehabilitation/education-and-training/residency-program/facilities
2. Bagellardo P. Libellus de egritudinibus infantium. Pádua: Bartholomaeus de Valdezoccho & Martinus de Septem Arboribus; 1472. Disponível em: https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm%3Anlmuid-9411185-bk
3. Academia Brasileira de Pediatria. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901). São Paulo: ABP; [s.d.]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/patronos-e-titulares/carlos-arthur-moncorvo-de-figueiredo/

INTRODUÇÃO

A prevenção das violências contra crianças e jovens sob o paradigma da equidade

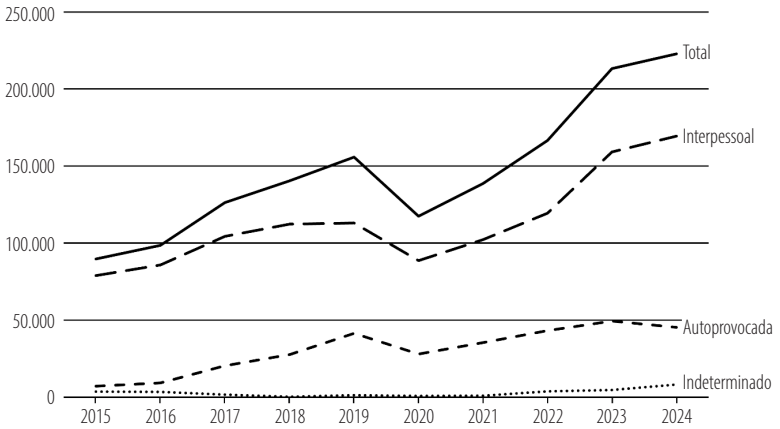
Um problema de saúde pública grave e o papel dos profissionais de saúde

Danilo Blank

A publicação desta nova edição do *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência* vem em boa hora atualizar análises e recomendações para a promoção da segurança de crianças e jovens brasileiros, com foco nos agravos à saúde por agressões e autoagressões. Na última década, aumentou em cerca de 150% a quantidade de registros de casos de violências em menores de 19 anos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, de acordo com o painel de monitoramento do Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica e Vigilância Genômica do Ministério da Saúde.

Como se vê na Figura I.1, no ano de 2024, registraram-se nada menos do que 223 mil agressões ou violências autoprovocadas em crianças e jovens; cifra horrenda – ainda mais com a noção agravante de que certamente há muita subnotificação –, quarenta vezes superior às cifras de mortalidade informadas no Datasus/2023, que dão conta de 4.858 óbitos anuais de crianças e jovens de 0 a 19 anos por agressões (8 por 100.000 habitantes) e 1.120 por suicídio (2 por 100.000 habitantes).

Figura I.1 – Notificações de violências em crianças e jovens brasileiros de 0 a 19 anos, 2015 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Violência interpessoal ou autoprovocada. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-violencia-interpessoal-autoprovocada

Assusta sobremaneira a nítida tendência ascendente da quantidade de heteroagressões – mesmo considerando uma provável melhora na qualidade dos registros –, a qual, à luz do conhecimento atual, é sem dúvida predisposta pelas evoluções dos determinantes socioeconômicos, culturais e políticos da sociedade brasileira.

Por outro lado, além das nossas fronteiras, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que a violência é uma realidade para metade das crianças do mundo, sendo que um bilhão sofre abuso físico, emocional e sexual todos os anos, o que não é apenas uma violação dos direitos das crianças, mas também um risco maior de problemas de saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e câncer, doenças infecciosas, como HIV/AIDS e problemas sociais, como atividades criminosas e abuso de substâncias.[1]

Logo, como se trata de sérios agravos à saúde, todo profissional de saúde, envolvido com a atenção a crianças e jovens, tem como responsabilidade precípua empreender medidas de prevenção dos atos de violência e de seus desfechos patológicos, preferentemente em coope-

ração multiprofissional, desde ações preventivas primárias até as terciárias. Nesse sentido, considerando que este é um manual cuja produção é capitaneada pela Sociedade de Pediatria de São Paulo, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Médica Brasileira – isto é, primariamente dirigido aos médicos –, sua nova edição acerta em atualizar as orientações quanto à prevenção secundária, incluindo medidas de diagnóstico e de tratamento médico, mas também estendendo seu escopo com a abordagem de tópicos atuais candentes, cujo enfrentamento transcende o âmbito clínico, tais como: negligência e/ou omissão do cuidar; lesões autoprovocadas; crianças e adolescentes em situação de rua, ou com deficiências, neurodiversidade, ou incongruência de gênero; *cyberbullying* e crimes virtuais; abuso de substâncias (incluindo cigarros eletrônicos); ameaças ambientais à saúde; sequestro e tráfico de crianças e jovens; situações de maus-tratos no atendimento médico.

Pequenas revoluções científico-estruturais

Sob a ótica da saúde, a luta pelo controle da violência viveu duas viradas paradigmáticas, a primeira das quais, no início dos anos setenta, foi justamente o reconhecimento de que agressões constituíam causa de agravos à saúde tão relevantes quanto as doenças. De fato, até meados do século passado, o trauma por causas externas – fossem injúrias não-intencionais ou fruto de agressões – nem era objeto de um olhar epidemiológico.

Profissionais de saúde não diferiam dos leigos em enxergar os chamados acidentes como obra imponderável do acaso; a violência não era nem vista como um problema de saúde pública, mas sim como uma questão de polícia.[2] No âmbito da atenção à saúde de crianças e jovens, qualquer evento traumático era, em princípio, creditado à negligência ou a falta de conhecimento, simplesmente ignorando-se os maus-tratos e agressões. Hoje, meio século adiante, a epidemiologia dos traumas por causas externas já é um campo acadêmico-científico consolidado na área da saúde pública, assim como em suas múltiplas nuances de impacto clínico. O ponto de inflexão foi a concepção da famosa matriz de fases e fatores de William Haddon Jr, em 1968,[3] mas cujo pleno reconhecimento só se daria trinta anos depois, com

o estabelecimento do *National Center for Injury Prevention and Control*, integrante dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estadunidense, seguido pela criação do *Department of Injuries and Violence Prevention* na OMS, no ano 2000.

Note-se, em tempo, que as violências já tinham então papel de destaque, ao lado dos agravos não-intencionais. Nos anos que se seguiram, esse departamento, responsável por estudos e ações visando ao controle de todos os tipos de injúrias por causas externas, acabou sofrendo uma série de transformações estruturais, cuja natureza não apenas reflete a evolução das concepções desses agravos à segurança e à saúde, como explicita a segunda virada paradigmática de seu enfrentamento, que é sua incorporação ao construto da equidade.

Pouco tempo depois da sua criação, o *Department of Injuries and Violence Prevention* passou a ampliar seu escopo de interesse, com foco não só na mortalidade e na morbidade imediata dos traumas, mas em todo o espectro de deficiências – sequelas com impacto ao longo do curso de vida –, passando a se chamar *Department of Injuries and Violence Prevention and Disability*. Tal aproximação com as doenças crônicas levou em seguida à organização de um grupo de atuação utilitário, o *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster*, que logo gerou o *Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention*, cuja intenção – ainda que com ares de balaio de gatos – acentuava a percepção dos traumas por causas externas, incluindo as violências, como análogos às doenças. A partir daí, com a sedimentação da noção de que todos os agravos à saúde concernentes ao novo departamento derivavam de fatores socioeconômicos, culturais e políticos de iniquidade – sepultando as velhas ideias de causação dos traumas primariamente por ignorância e negligência – a OMS cria, em 2023, o *Social Determinants of Health Department*, cujo site atual tem o seguinte endereço: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health.

Esse novo departamento, que se dedica a apoiar ações para a prevenção de agravos à saúde tão variados como afogamento, traumas no trânsito e senilidade, sempre com ênfase nas iniquidades sociais, tem uma unidade específica para a prevenção da violência.[1]

Sob o paradigma da equidade

A incorporação das violências e demais agravos à saúde por causas externas ao construto da equidade – referida acima como a segunda virada paradigmática de seu enfrentamento – começara uns bons vinte anos antes da OMS criar o seu departamento voltado aos determinantes sociais da saúde. Em uma de suas publicações de 2010, denominada *Violence and unintentional injury: equity and social determinants*, já anunciava que praticamente todo o progresso efetivo na prevenção de injúrias por causas externas advém da atuação direta no ambiente social ou em padrões de exposição ao risco que se correlacionam estreitamente com fatores como contexto socioeconômico e posição na comunidade. Essa noção corroborava o crescimento do consenso de que a velha fórmula de prevenção de tais agravos baseada nos três "Es" – *education* (conhecimento e translação de habilidades), *engineering* (ambiente construído e materiais) e *enforcement* (aderência a protocolos e normas de segurança) – pendia muito mais para a necessidade de um ambiente seguro, com todas as nuances socioculturais do que tentativas de ensinar as pessoas a se protegerem. E mais, afirmava que as violências e os chamados acidentes, em vista da forte correlação com gradientes de classe socioeconômica, representavam mesmo um desfecho de saúde fundamental a ser monitorado como reflexo da eficácia das abordagens de determinantes sociais.[4]

Nessa mesma época, uma publicação canadense chamava a atenção para a distinção entre prevenção primordial – "tomar medidas que impeçam o surgimento e o estabelecimento de condições ambientais, econômicas, sociais e comportamentais, padrões culturais de vida, etc., que sabidamente aumentam o risco de doenças e injúrias" – e aquelas ações tradicionais de prevenção, o tripé dos "Es", que teriam efeito sinérgico na promoção da segurança.[5]

A seguir, com a evolução da ideia fortemente apoiada em evidências empíricas de que as iniquidades arraigadas aos contextos ambientais tinham influência crucial na causação dos eventos traumáticos, sobretudo as violências, Giles e colaboradores chegaram a sugerir que ao velho tripé dos "Es" se agregasse um quarto: o "E" de equidade.[6]

Então, sob a preponderância desse novo paradigma conceitual, certamente pela extensão das discussões em torno do racismo estrutural, vem tomando corpo o subconceito de violência estrutural, explicitado por Armstead e Wilkins ao afirmarem que o contexto socioeconômico e político, a condição socioeconômica da comunidade e as categorias de posição socioeconômica constituem determinantes estruturais das desigualdades no que tange ao risco de violência.[7] Com efeito, em 2021, em plena pandemia, o CDC lançou a estratégia "*CORE Health Equity*", com o objetivo de que o trabalho de todos os centros, divisões e programas da organização se comprometessem com a abordagem permanente das disparidades de saúde na ciência, pesquisa e parcerias. De modo muito instrutivo, o acrônimo "*CORE*", se referia a "cultivar a ciência da equidade em saúde de modo abrangente", "otimizar as intervenções", "reforçar e expandir parcerias robustas" e "aprimorar (*enhance*) o engajamento e as competências da força de trabalho". Na esteira dessa iniciativa, realizaram uma pesquisa para compilar e categorizar estruturas e índices de equidade em saúde e documentar aqueles que já foram aplicados a tópicos de pesquisa sobre trauma. Os determinantes sociais de saúde mais comumente associados a iniquidades foram renda, educação, raça/etnia e ocupação/emprego, relacionados, entre outros desfechos, a suicídio/depressão e indicadores de violência, como agressão a parceiro íntimo e abuso infantil.[8]

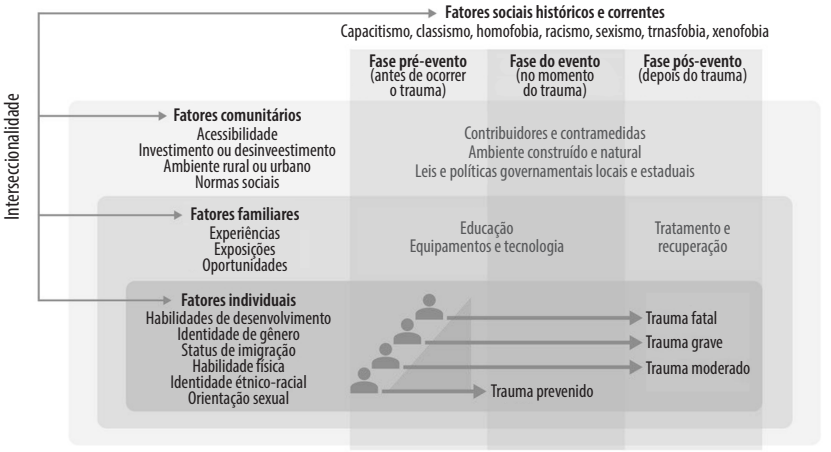
A propósito dessa e de outras iniciativas do CDC, cabe registrar que é altamente preocupante para o campo da prevenção da violência constatar que o desmonte dessa instituição pelo governo estadunidense, ora em curso, atingiu de forma particular e severa o *Injury Center* – como é conhecido o *National Center for Injury Prevention and Control* –, que, outrora, líder na pesquisa e no lançamento de ações de promoção da segurança, já se acha em estado de quase total inatividade. Por outro lado, abre-se uma perspectiva de maior protagonismo acadêmico-científico das regiões do chamado Sul Global em prol das estratégias contra as iniquidades e a violência estrutural, na esteira atual do clima de descolonialidade, que cresce no mundo todo.[9,10]

Ainda no ano de 2021, Frederick P. Rivara – uma das maiores autoridades mundiais no campo do trauma em crianças e jovens – ao

receber o Prêmio de Liderança Joseph St. Geme Jr., proferiu um discurso intitulado "O papel do racismo estrutural em injúrias em crianças e adolescentes", no qual enfatizou que o racismo estrutural, uma das faces da violência estrutural, ocasiona disparidades em todas as fases do processo de controle das injúrias, da prevenção primária à reabilitação; que um dos maiores índices de impacto negativo em termos de tais iniquidades é a desproporção entre a quantidade de jovens negros e brancos mortos por armas de fogo, os primeiros em número doze vezes maior; e ainda que, entre os feridos atendidos em serviços de emergência, os pretos têm a metade da chance de ir para unidades de tratamento intensivo.[11] Concluiu sugerindo que tal estado de coisas só poderá ser revertido se todos enxergarem o racismo estrutural como uma desgraça inaceitável, trabalharem para que os tomadores de decisões invistam na infraestrutura das comunidades vulneráveis, se sobretudo os pediatras se engajarem na promoção do acesso de crianças pretas à educação de qualidade a partir da pré-escola e se todos batalharem por manter os jovens pobres e negros fora das prisões, que, segundo ele, são fábricas de criminosos.[11]Uma relevante inovação proposta por Kendi e Macy, emergencistas pediátricas, em publicação no prestigioso *New England Journal of Medicine*, é o Modelo da Equidade no Trauma. Segundo as autoras, as ferramentas até hoje utilizadas para analisar os fatores que contribuem para os desfechos negativos em eventos traumáticos não focam as raízes das iniquidades, tais como a cor da pele, etnia e posição socioeconômica, entre outras.

Propõem o modelo explicitado na Figura I.2, que intersecta a famosa matriz de fases e fatores de Haddon,[3] já citada, com condicionantes contextuais históricos e sociais, sob a mediação de cinco elementos potencialmente facilitadores ou protetores dos agravos: ambiente construído, políticas e leis, educação, equipamentos e tecnologia, tratamento e reabilitação.[12]

Figura I.2 – O modelo da equidade no trauma



Fonte: Adaptado de Kendi S, Macy ML. The injury equity framework – establishing a unified approach for addressing inequities. N Engl J Med. 2023;388:774-6.

Como se vê – e como de hábito –, muitas facetas desse modelo estão fora do âmbito da atuação clínica, acentuando mais uma vez que o pediatra tem que abrir a janela de seu ambiente de trabalho, olhar para fora e interagir efetivamente com a comunidade, comprometendo-se com as estratégias socioecológicas de saúde coletiva.[13] Nesse sentido, ampliando o olhar para o estrato mais abrangente do modelo socioecológico, vale apontar que o Relatório Mundial sobre os Determinantes Sociais da Equidade em Saúde, publicado pela OMS em 2025, que integra o construto da equidade às recomendações de ações sobre os determinantes sociais, faz muitas referências à violência. Entre outras coisas, afirma que a violência contra crianças tem impactos nocivos à saúde e ao bem-estar ao longo do curso de vida, ressaltando a relação entre as taxas de violência infantil e muitos dos determinantes sociais da saúde, incluindo educação, renda, proteção social, segurança no emprego, segurança habitacional e acesso a serviços de saúde de qualidade. Ao descrever o impacto nocivo da transformação digital na saúde de crianças e adolescentes, fala do in-

centivo à violência, do marketing inadequado de produtos perigosos e exposição inadequada a conteúdo sexual.

Conclui que a retificação de desigualdades arraigadas exige mudanças institucionais e jurídicas, a efetivação sistemática dos direitos humanos e a redistribuição de recursos sociais e econômicos entre os países e dentro deles, na busca da justiça restaurativa capaz de corrigir a violência estrutural e reduzir a transmissão intergeracional de danos, estresse e desvantagens.[14] Trata-se, pois, da consagração do paradigma da equidade no enfrentamento das violências.

Olhando para o futuro

Algumas perspectivas para aprimorar as medidas de controle das violências contra crianças e jovens são dignas de nota. Uma delas é a recente criação da Classificação Internacional da Violência contra Crianças (ICVAC, sigla do nome em inglês).[15] Até há pouco, a ausência de uma definição clara, consistente e consensual sobre o que constitui violência contra crianças tornava difícil, senão impossível, a avaliação da real dimensão do problema e, a partir daí, abordá-lo efetivamente. Para preencher essa lacuna, mais de 200 especialistas de todas as regiões do mundo, convocados pelo UNICEF, se reuniram para desenvolver um consenso sobre como definir e mensurar a violência contra crianças, processo que resultou na produção da ICVAC, endossada pela Comissão Estatística das Nações Unidas, responsável por definir e implementar padrões estatísticos globais, em março de 2023. A nova classificação fornece uma definição de violência contra crianças que, pela primeira vez, abrange todas as suas dimensões; sua ênfase central está nos atos violentos, independentemente de onde ocorram ou de quem os perpetre, o que reduz significativamente o escopo de interpretação e melhora o rigor da coleta de dados. Tal avanço na medição da violência contra crianças é considerado um passo poderoso na proteção dos direitos humanos.[15]

Na seara das ações para o enfrentamento das violências contra crianças, a mais concertada e ainda em franco processo de implantação global é sem dúvida a iniciativa INSPIRE, desenvolvida pela OMS, em colaboração com o CDC, a Organização Pan-Americana de Saúde, o UNICEF, a parceria global *End Violence Against Children* e o Banco

Mundial, entre outras agências com longa história de cooperação em projetos com abordagem apoiada em evidências para a prevenção da violência.[16] Trata-se de um recurso integrado por diretrizes voltadas a todos os setores das comunidades – governos, bases das sociedade civil e setor privado –, com ações formuladas a partir das melhores evidências acadêmicas e práticas, organizadas em sete estratégias, cujo objetivo é serem transformadas em programas sustentáveis no mundo todo, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas.

INSPIRE é um acrônimo no qual cada letra representa uma das estratégias: I (*implementation*) para implementação e vigilância do cumprimento das leis; N (*norms*) para normas e valores; S (*safe*) para ambientes seguros; P (*parent*) para apoio a pais e cuidadores; I (*income*) para renda e fortalecimento econômico; R (*response*) para serviços de resposta e suporte; E (*education*) para educação e habilidades para a vida. Além disso, o INSPIRE inclui duas atividades transversais para conectar e monitorar o progresso das sete estratégias. A Tabela I.1 mostra cada uma das estratégias, com as medidas de abordagem e ação e os setores envolvidos com cada uma, além das atividades transversais. O grupo de trabalho e comunidade prática de implantação do INSPIRE desenvolveu um site dinâmico, que descreve em detalhe cada uma das estratégias, suas respectivas abordagens e exemplos de aplicação na vida real, além de um grande repositório de publicações e relatórios relacionados com a iniciativa; disponível em https://inspire-strategies.org/. Um vídeo-resumo com a apresentação de todos os elementos do pacote INSPIRE, em língua inglesa, está disponível no YouTube (https://youtu.be/FcNkLMN7KJU).

Da perspectiva do pediatra, hoje estimulado a acompanhar crianças e jovens sob a lógica do desenvolvimento da saúde ao longo do curso de vida,[17] é interessante apontar que o pacote INSPIRE parte de definições de seis tipos básicos de violência, cuja distribuição varia de acordo com as fases do desenvolvimento, como se vê na Figura I.3.

Tabela I.1 – Estratégias, medidas e setores do INSPIRE

Estratégia	Medidas	Setores	Atividades transversais
 **Implementação e vigilância do cumprimento das leis**	• Leis que proíbem pais, mães, professores ou outros cuidadores de aplicar castigos violentos a crianças • Leis que criminalizam o abuso sexual e a exploração de crianças • Leis que previnem o uso indevido de álcool • Leis que limitam o acesso de jovens a armas de fogo e outras armas	Justiça	Ações multissetoriais e coordenação
 **Normas e valores**	• Mudança na adesão a normas sociais e de gênero que sejam restritivas • Programas de mobilização da comunidade • Intervenções junto a testemunhas	Saúde, Educação, Bem-estar social	
 **Segurança do ambiente**	• Redução da violência em "áreas críticas" • Interrupção da propagação da violência • Melhoria no espaço urbano	Interior, Planejamento	
 **Pais, mães e cuidadores recebem apoio**	• Por meio de visitas domiciliares • Por meio de grupos nas comunidade • Por meio de programas integrais	Bem-estar social, Saúde	
 **Incremento de renda e fortalecimento econômico**	• Transferência de renda • Associações de poupança e empréstimo combinadas com educação para a equidade de gênero • Microfinanciamento combinado com capacitação sobre normas de gênero	Finanças, Trabalho	Monitoramento e avaliação
 **Resposta de serviços de atenção e apoio**	• Aconselhamento e apoio terapêutico • Rastreamento de casos combinado a intervenções • Programas de tratamento para jovens em conflito com a lei no sistema de justiça criminal • Intervenções de acolhimento familiar, com participação dos serviços de bem-estar social	Saúde, Justiça, Bem-estar social	
 **Educação e habilidades para a vida**	• Aumento das taxas de matrícula na Educação Infantil e nos níveis Fundamental 1 e 2 • Criação de um ambiente escolar seguro e estimulante • Melhoria do conhecimento das crianças sobre abuso sexual e maneiras de se proteger • Formação de habilidades sociais e para a vida • Programas dirigidos a adolescentes para prevenção da violência infligida por parceiro íntimo	Educação	

Fonte: WHO. INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7837b3f1-5aa8-4c2d-9285-52fc3cef4c69/content

Figura I.3 – Tipos de violências em crianças e jovens de acordo com a idade



Fonte: WHO. INSPIRE: seven strategies for ending violence againt children. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children

Maternowska e colaboradores publicaram uma apreciação crítica dos caminhos de implementação do pacote INSPIRE e seus impactos, desde seu lançamento em 2016, considerando as complexidades de uma ideia e um produto, até a migração da ciência para a comunidade.[16] Afirmam que, em vista dos planos de revisar as diretrizes em 2025, abre-se uma oportunidade para reconfigurar as estruturas, levando em conta as perspectivas dos profissionais da linha de frente da atenção à saúde, tanto quanto o conhecimento da pesquisa acadêmica. Por isso, é tão importante que os pediatras, assim como todos os profissionais de saúde interessados na prevenção da violência, se apropriem dessa iniciativa.

Um estudo recente, também digno de nota, feito por colaboradores da OMS, indicou que inúmeras abordagens por meio de políticas e legislação têm o potencial de prevenir a violência contra crianças e/ou melhorar os seus determinantes sociais mais amplos. O maior grau de evidência foi encontrado para políticas de proteção social,

que podem reduzir os riscos de maus-tratos infantis e influenciar positivamente múltiplos determinantes sociais. As abordagens com evidências de eficácia foram categorizadas em sete estratégias amplas e sintetizadas narrativamente: promoção da segurança econômica e da igualdade; melhoria do acesso à educação de qualidade; fornecimento de ambientes seguros; fortalecimento do contexto social e comunitário; redução da exposição a influências prejudiciais à saúde; melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade; e governança.[18]

Por outro lado, ressalta-se que os planos de ação da Unidade de Prevenção da Violência do Departamento de Determinantes Sociais da Saúde, já citado acima, dão ênfase ao enfrentamento da violência contra crianças, com destaque especial ao pacote INSPIRE.[1]

Por fim, cabe registrar que o Brasil participou, em novembro de 2024, de um verdadeiro ponto de virada na luta global pela proteção das crianças: a primeira "Conferência Ministerial Global de 2024 para Acabar com a Violência contra Crianças", realizada em Bogotá, Colômbia, sob a coordenação da OMS e do UNICEF. Ali, – com base em que a meio caminho de 2030, ano previsto pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para que a comunidade global tenha acabado com todas as formas de violência contra crianças – governos, agências, jovens, sobreviventes e aliados se uniram num compromisso sem precedentes por um movimento expressivo e efetivo para controlar a violência no mundo.[19]

Na esteira das discussões e encaminhamentos dessa grande conferência, criou-se uma estrutura de seguimento das ações subsequentes, com um site especial, denominado "*Every Child Protected*" (https://endviolenceagainstchildrenconference.org), onde se encontram, além de um grande número de documentos e registros audiovisuais, os compromissos de todas as nações participantes, coletados praticamente em tempo real. No documento brasileiro, subscrito pelos ministérios dos Direitos Humanos e Cidadania, Planejamento e Saúde (https://endviolenceagainstchildrenconference.org/country- pledge/brazil/), constam comprometimentos por políticas de combate ao uso de drogas; apoio a crianças e adolescentes vítimas de violências, incluindo no meio digital; promoção de ambientes escolares seguros, incluindo combate ao racismo, *bullying* e discursos de ódio; medidas

de educação de famílias e conselheiros tutelares; soluções para melhorar a verificação de idade em ambientes digitais; aprimoração dos sistemas de coleta e monitoração de dados sobre recursos humanos, financeiros e de infraestrutura na luta contra a violência; garantia de acesso universal à assistência de famílias envolvidas em abuso de crianças, incluindo a capacitação de um número substancial de novos agentes de saúde e promoção de diálogo federativo e intersetorial sobre prevenção da violência, com destaque para atividades no Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, 18 de maio.

Levando em conta a conclusão da Conferência Ministerial Global de 2024 de que este é um momento de oportunidade e responsabilidade, mas que transformar palavras em ações exige, a par de apoio estratégico efetivo, comprometimento compartilhado em toda a sociedade, cabe ressaltar que nesse grande movimento, a liderança dos médicos e demais profissionais de saúde é vital.

Referências

1. World Health Organization Violence Prevention Unit. Approach, objectives and activities, 2022-2026. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3&download=true
2. Overpeck MD, McLoughlin E. Did that injury happen on purpose? Does intent really matter? Inj Prev. 1999;5:11-2. doi: 10.1136/ip.5.1.11
3. Haddon Jr W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. Am J Public Health Nations Health. 1968;58:1431-8. doi: 10.2105/ajph.58.8.1431
4. Roberts H, Meddings D. Violence and unintentional injury: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010:243-60. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf
5. The Atlantic Collaborative on Injury Prevention. The Social Determinants of Injury. Halifax, Canada: ACIP, 2011. Disponível em: https://acip.ca/social-determinants-of-injury
6. Giles A, Bauer ME, Jull J. Equity as the fourth 'E' in the '3 E's' approach to injury prevention. Inj Prev. 2020;26(1):82-4. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043407
7. Armstead TL, Wilkins N, Nation M. Structural and social determinants of inequities in violence risk: A review of indicators. J Community Psychol 2021;49(4):878-906. doi: 10.1002/jcop.22232
8. Lennon NH, Carmichael AE, Qualters JR. Health equity guiding frameworks and indices in injury: A review of the literature. J Safety Res. 2022;82:469-81. doi:

10.1016/j.jsr.2022.07.001
9. Dutta U, Azad AK, Mullah M, Hussain KS, Parveez W, et al. From rhetorical "inclusion" toward decolonial futures: Building communities of resistance against structural violence. Am J Community Psychol. 2022;69(3-4):355-68. doi: 10.1002/ajcp.12561
10. Tagoe N, Abimbola S, Bilardi D, et al. Creating different global health futures: mapping the health research ecosystem and taking decolonial action. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):565. doi: 10.1186/s12913-025-12566-3
11. Rivara FP. The 2021 Joseph St Geme, Jr, Leadership Award Address: The Role of Structural Racism in Injuries to Children and Adolescents. Pediatrics. 2022;149(1). doi: 10.1542/peds.2021-054407
12. Kendi S, Macy ML. The Injury Equity Framework — Establishing a Unified Approach for Addressing Inequities. N Engl J Med. 2023;388(9):774-6. doi: 10.1056/NEJMp2212378
13. Snowdon L, Quigg Z, Leavey C. The role of public health in the primary prevention of interpersonal violence: A systematic review of international frameworks. JCSWB. 2024;9(4):176-83. doi: 10.35502/jcswb.406
14. World Health Organization. World report on social determinants of health equity: executive summary. Geneva: World Health Organization, 2025.Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588
15. Abdi O, M'jid NM. A breakthrough in measuring violence against children is a powerful step in protecting human rights. Lancet. 2024;403(10439):1833-5. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01960-8
16. Maternowska MC, Gould C, Amisi MM, et al. INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children—exploring knowledge uptake, use and impact. Child Protection and Practice. 2024;1:100008. doi: 10.1016/j.chipro.2024.100008
17. Schor EL. Life course health development in pediatric practice. Pediatrics. 2021;147(1):e2020009308. doi: 10.1542/peds.2020-009308
18. Wood S, Judd N, Hughes K, et al. Policy and legislative approaches to address the social determinants of violence against children: an umbrella review. Lancet. 2024;404:S82. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02031-2
19. World Health Organization. The Way Forward: Ministerial Conference on Ending Violence Against Children. Bogota: World Health Organization; 2024. Disponível em: https://bogota.endviolenceagainstchildrenconference.org/wp-content/uploads/2025/04/Ministerial-Conference-EVAC-Pledge-Action2LR.pdf

CAPÍTULO 1

Morbimortalidade de crianças e adolescentes por causas externas

Maria Helena Prado de Mello Jorge

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de sua Classificação Internacional de Doenças,[1] dedica dois de seus capítulos (XIX e XX) ao estudo das causas externas, que correspondem ao conjunto de acidentes e violências que podem ocorrer na população: um, relativo à natureza das lesões apresentadas pela vítima e outro, às circunstâncias em que o evento se realizou, este, de alta relevância quanto à sua prevenção. Analisadas sob este ângulo, as causas externas têm, como eixo classificatório, a intencionalidade do agente e estão distribuídas, portanto, em acidentes e violências, de acordo com as seguintes definições, assumidas pelo Brasil em sua Política Nacional de Morbimortalidade por Causas Externas:[2]

- **Acidente** é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais como trabalho, trânsito, esporte, lazer.
- **Violência** é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprio ou a outrem.

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

Os acidentes englobam, além dos decorrentes do trânsito – que, por sua importância, devem ser estudados em separado – quedas, afo-

gamentos, envenenamentos e queimaduras acidentais, entre outros, que estão reunidos no grande grupo denominado "demais acidentes".

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

Com relação aos dados estatísticos sobre sua ocorrência no Brasil, os mesmos, no que se refere aos óbitos, podem ser estudados por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), gerido pelo Ministério da Saúde,[3] que têm por base as Declarações de Óbitos passadas pelos médicos por ocasião da morte (no caso de acidentes e violências, legistas).[4,5] O Sistema data de 1975/76 e seus dados, apesar de poderem ainda ser objeto de alguma crítica mais específica, já foram considerados como de alta qualidade pela OMS.[6,7]

Com relação à morbidade, a principal fonte de dados a esse respeito é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que tem origem nas autorizações de internações hospitalares. A crítica a ser feita, considerada como uma limitação do Sistema, diz respeito ao fato de ele abranger somente atendimentos do SUS. Se for considerado, entretanto, que o SUS é responsável por cerca de 70% das internações no país e que estatísticas hospitalares de pacientes internados via planos de saúde e assemelhados ou desembolso próprio não estão rotineiramente disponíveis, evidencia-se a importância desses dados para a Saúde Pública.[8]

O objetivo deste texto é apresentar um panorama relativo à distribuição dos acidentes e violências em crianças e adolescentes e como os mesmos afetam sua mortalidade e sua morbidade no país. Para o estudo dessas causas, adotou-se aqui a distribuição etária utilizada pelo Ministério da Saúde: criança, abrangendo as idades de menor de 1 ano, 1 a 4 e 5 a 9 anos e adolescentes, considerando os grupos de 10 a 14 e 15 a 19 anos.

Impactos na morbimortalidade de crianças e adolescentes por causas externas

Analisando os dados brasileiros de causas externas a partir do ano 2000, verifica-se que, quanto aos óbitos de crianças, representaram

cerca de 7% dos óbitos totais dessas idades, durante todo o período, com pequena tendência de aumento; essa situação, entretanto, não ocorreu entre os adolescentes, para os quais, acidentes e violências totalizaram mais de 50% das mortes por todas as causas, constituindo-se, portanto, na primeira causa de morte nessa faixa de idade.

Quanto às hospitalizações devidas a lesões decorrentes de causas externas, entre os menores de 10 anos manteve-se entre 4,8% e 8,0% (entre 2000 e 2023) e, para as idades de 10 a 19 anos, ao redor de 13%, com tendência ao aumento. Em 2023 morreram, por essas causas, no Brasil, 3.173 crianças (menores de 10 anos) e 10.517 adolescentes (entre 10 a 19 anos). No mesmo ano, foram registradas, 94.317 internações de crianças e 135.805 de adolescentes pagas pelo SUS, por essas mesmas causas.

A Tabela 1.1 mostra a distribuição dos óbitos de crianças e adolescentes por causas externas, no Brasil, em 2023, deixando claro um nítido predomínio do sexo masculino sobre o feminino em todas as idades, o mesmo acontecendo em se tratando da morbidade medida pelas internações no SUS.

Tabela 1.1 – Óbitos e internações de crianças e adolescentes por causas externas, segundo sexo e idade, Brasil, 2023

Óbitos		**Crianças (0 a 9 anos)**			**Adolescentes (10 a 19 anos)**		
		0 a 4	5 a 9	Subtotal	10 a 14	15 a 19	Subtotal
• Masculino		1.396	451	1.847	889	7.960	8.849
• Feminino		1.044	282	1.326	441	1.227	1.668
Total	**nº**	2.440	733	3.173	1.330	9.187	10.517
	%	(70,9)	(23,1)	(100,0)	(12,6)	(87,4)	(100,0)
Internações							
• Masculino		25.395	32.480	57.875	40.271	64.268	104.539
• Feminino		18.516	17.926	36.442	12.750	18.516	31.266
Total	**nº**	43.911	50.406	94.317	53.021	82.784	135.805
	%	(46,6)	(53,4)	(100,0)	(39,0)	(61,0)	(100,0)

Fonte: Dados brutos SIM/MS e SIH/SUS.

Quanto à distribuição etária, cerca de 70% das crianças, cujo desfecho foi óbito, estavam na faixa de 0 a 4 anos, chamando atenção o fato de que, na adolescência, o grupo de 15 a 19 anos representa 87,4% do total.

Nota-se que, quanto às internações, verificou-se certo equilíbrio entre os percentuais dos grupos nas crianças e um desbalanço nas faixas que compõem a adolescência.

Analisando esses valores, é possível constatar que essas variações podem ser atribuídas aos diferentes tipos de causa externa sofridos pelas vítimas que, por sua vez, estão na dependência das suas idades, bem como quanto ao desfecho de cada caso.

Nas Tabelas 1.2 e 1.3 estão distribuídos, respectivamente, óbitos e internações de crianças e adolescentes segundo tipo de causa externa.

Tabela 1.2 – Óbitos de crianças e adolescentes por causas externas, segundo idade e tipo, Brasil, 2023

Idade	Acidentes transporte		Demais acidentes	Lesões autoinfligidas	Agressões	Outros	NE*	Total
Crianças								
<1	nº	57	849	-	83	33	138	1.160
	%	4,9	73,1	-	7,1	2,9	11,9	100,0
1 a 4	nº	246	839	-	87	23	85	1.280
	%	19,2	65,6	-	6,8	1,8	6,6	100,0
5 a 9	nº	236	372	-	63	14	48	733
	%	32,2	50,8	-	8,6	1,9	6,5	100,0
Subtotal	nº	539	2.060	-	232	71	271	3.173
	%	17,0	64,9	-	7,3	2,2	1,6	100,0
Adolescentes								
10 a 14	nº	382	410	169	278	8	83	1.330
	%	28,7	30,8	12,7	20,9	0,6	6,3	100,0
15 a 19	nº	2.085	905	951	4.766	22	458	9.187
	%	22,7	9,8	10,4	51,9	0,2	5,0	100,0
Subtotal	nº	2.467	1.315	1.120	5.044	30	541	10.517
	%	23,5	12,5	10,6	48,0	0,3	5,1	100,0

*NE: Não especificado.
Fonte: Dados brutos SIM/MS e SIH/SUS.

Dentre as crianças que morreram, houve predomínio do grupo dos "demais acidentes" (64,9%) em todas as faixas etárias, sendo que as causas ligadas à respiração se apresentaram com os percentuais mais elevados (principalmente "sufocação"); em segundo lugar, os acidentes de transporte (principalmente, atropelamentos). De se notar que, as agressões, no grupo de menos de 10 anos, totalizaram 232 mortes, incluindo maus-tratos, negligência e abandono e uso de força física, que se fizeram presentes, principalmente, nas baixas idades.

Nos adolescentes prevaleceram as causas intencionais, onde as agressões foram responsáveis por 48%, chamando atenção a faixa de 15 a 19 anos, na qual as armas de fogo (3.698) estiveram presentes em cerca de 85% dos casos estudados. Aqui, deve-se lembrar que estão incluídos os casos chamados "intervenção legal" (435), que correspondem às mortes praticadas por policiais ou outros agentes da lei durante atos violentos, visando reprimir tumultos ou manter a ordem.

Importante referir que, as lesões autoinfligidas – sem registro entre os menores de 10 anos - levaram à morte 1.120 adolescentes, sendo, o enforcamento, seu tipo mais prevalente, tanto entre os do grupo de 10 a 14 anos, quanto no de 15 a 19 anos.

Tabela 1.3 – Internações de crianças e adolescentes por causas externas, segundo idade e tipo, Brasil, 2023

Idade		Acidentes transporte	Demais acidentes	Lesões autoinflingidas	Agressões	Outros	NE*	Total
Crianças								
<1	nº	486	5.389	37	119	1.376	928	8.344
	%	5,8	64,7	0,4	1,4	16,5	11,2	100,0
1 a 4	nº	2.220	24.777	255	479	3.306	4.530	35.567
	%	6,2	69,7	0,7	1,4	9,3	12,7	100,0
5 a 9	nº	4.380	35,468	1.631	1.475	4.194	5.744	50.406
	%	8,7	70,4	0,3	0,9	8,3	11,4	100,0
Subtotal	nº	7.086	65.643	455	1.055	8.876	11.202	94.317
	%	7,5	69,6	0,5	1,1	9,4	11,9	100,0

Adolescentes								
10 a 14	nº	6.384	35.042	601	679	4.526	5.789	53.021
	%	12,0	66,1	1,1	1,3	8,5	10,9	100,0
15 a 19	nº	21.829	40.773	1.311	3.581	6.908	8.382	82.784
	%	26,4	49,3	1,6	4,3	8,3	10,1	100,0
Subtotal	nº	28.213	75.815	1.912	4.260	11.434	14.171	135.805
	%	20,8	55,8	1,4	3,2	8,4	10,4	100,0

*NE: Não especificado.
Fonte: Dados brutos SIM/MS.

Interessante notar que, quanto às internações (Tabela 1.3), responsáveis por 94.317 dos casos em menores de 10 anos e 135.805 na faixa de 10 a 19 anos, a coluna "demais acidentes" destaca-se entre as crianças. Na adolescência, em demais acidentes, se sobressaem as quedas e as lesões decorrentes de corrente elétrica.

Aspecto importante relativo aos acidentes de transporte terrestre foi a ocorrência de atropelamentos e acidentes com motocicleta, responsáveis por grande número de óbitos e de hospitalizações, muito dos quais deixam, na população atingida, sequelas, por vezes, irreversíveis.[9]

Quanto às causas intencionais, menciona-se a ocorrência de lesões autoinfligidas que levam à morte (inexistentes na faixa de menores de 10 anos, como referido). Aliás, tem sido discutido em trabalhos relativos à finitude da vida, a possibilidade (ou impossibilidade) de sua ocorrência nessas idades;[10] seguem, entretanto, com valores não desprezíveis no grupo de 10 a 14 anos (169) e nos mais velhos, de 15 a 19 anos (951). Em ambas as faixas, o enforcamento esteve presente em mais de 70% dos casos.

Importante salientar que, nas internações, lesões autoinfligidas foram referidas em 455 casos entre as crianças, valendo aqui a mesma discussão feita relativamente à possibilidade de sua ocorrência em baixas idades.

Na adolescência, internações por tentativas de suicídio totalizaram 1.912 casos, surgindo a autointoxicação por drogas, medicamentos e "venenos", como o principal agente.

Tentativas de homicídio, incluindo como referido, as intervenções legais, foram responsáveis por 4.260 internações hospitalares no período.

Considerações finais

Apesar de o Brasil vivenciar uma sensível queda nas taxas de natalidade, com apreciável redução do número de filhos por mulher, o contingente populacional de crianças e adolescentes no país ainda é bastante significativo. O Censo de 2022 revela que o número de habitantes dessa faixa etária foi de cerca de 20% da população brasileira.[11] Nesse montante, verifica-se certo predomínio do sexo masculino sobre o feminino, constatando-se que, quanto à distribuição etária, as proporções são bastante semelhantes entre os subgrupos, com certa preponderância dos mais velhos sobre os mais novos.

Em relação a essa faixa etária, é importante registrar o declínio da mortalidade infantil, em consequência de vários fatores, entre os quais a melhoria do saneamento básico, o aumento da assistência pré-natal e de parto, o incentivo ao aleitamento materno e das imunizações. De valores de cerca de 158 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos no período entre 1930 e 1940, o Brasil passou para 45,3 em 1990, e 27,5 em 2001, chegando a 2013 com 14,5/1.000.[12] Dados mais recentes revelam como sendo a mortalidade infantil de 12,5 óbitos para cada mil nascidos vivos.[13]

A participação dos acidentes em menores de 10 anos foi maciçamente responsável por um número elevado de mortes e hospitalizações. Esses eventos, sobre os quais alguns autores questionam se foi "fatalidade ou negligência",[14] podem, por meio da educação em saúde, ser prevenidos. A violência, sob diversas matrizes, revelada já no início da adolescência, embora de mais difícil prevenção, precisa, também, ser enfrentada.

É inadmissível pensar que o suicídio na adolescência, que se sabe, subinformado, esteja aumentando e constatar que os jovens, ao se depararem com os primeiros conflitos apresentados pela vida, já estejam desistindo dela.[15]

Há que se mencionar, ainda, alguns problemas que, embora não estejam tecnicamente enquadrados entre as violências em senso es-

trito, podem se constituir em um gatilho para que as mesmas sejam perpetradas, como o uso/abuso de álcool, drogas, gravidez na adolescência, entre outros.

Publicações do IBGE apresentam resultados de importante investigação entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas selecionadas em todo o país. Esse trabalho, que objetivou conhecer alguns fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes, indagou-os sobre alguns de seus hábitos. Pela comparação entre o primeiro e o segundo levantamentos, foi possível verificar, por exemplo, que no período de três anos decorridos entre os estudos, a proporção entre os alunos que apenas experimentaram cigarro e os que se tornaram fumantes manteve-se praticamente a mesma (ao redor de 18 e 6%, respectivamente); o valor dos que experimentaram bebida alcoólica teve pequeno declínio (de 66,6 para 55,5%); e os dados relativos ao uso de drogas ilícitas mostraram-se em ascensão (de 2,5 para 4,2%).[16,17]

Aspecto importante a ser conhecido quando se estuda a adolescência refere-se à iniciação sexual de seus protagonistas. Alguns trabalhos mostram que ela ocorre cada vez mais cedo e é, em geral, desprotegida, o que pode trazer consequências graves para a saúde. Esse projeto revelou que quase 30% dos escolares entrevistados já haviam tido relação sexual alguma vez na vida, proporção que se mostrou mais elevada entre os meninos em comparação às meninas. Os resultados mostraram também que cerca de 75% declararam já ter usado preservativo.[16,17]

A gravidez na adolescência é um problema que extrapola a área da saúde, visto que tem desdobramentos importantes no campo social e na educação. A adolescente grávida, habitualmente, retarda sua frequência à escola, chegando, não poucas vezes, a abandonar os estudos. Dados oficiais do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram que a proporção de crianças nascidas vivas cuja mãe tem menos de 20 anos é de 12% (dados para 2023) no país.[18] Adolescentes grávidas, muitas vezes, demoram para assumir a gestação, fato que conduz a um retardo no início do pré-natal, com repercussão importante no número de consultas realizadas. Além disso, nascidos vivos de mães adolescentes apresentam proporções mais

elevadas de conceptos com baixo peso, um importante preditor da mortalidade infantil. Em 2023, as causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério causaram a morte de 142 adolescentes.

Tendo em vista que acidentes e violências, bem como as questões correlatas citadas – em maior ou menor grau –, são previsíveis e preveníveis, é necessário investir pesadamente para evitar que crianças e adolescentes tornem-se vítimas desses eventos, evitando problemas de natureza física e psicológica, além de gastos sociais, humanos e econômicos em que o tema se constitui.

É de Nelson Mandela o dito, segundo o qual, "nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência, mas também não estamos impotentes diante dela".[19]

Nesse aspecto, fica absolutamente clara a importância da informação em saúde e da Epidemiologia, visando à prevenção dessas causas.[20]

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 10th ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1996. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/70943/4/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2001;96(Seção 1-E) [citado 2017 Jun 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf

3. Brasil. Datasus [homepage on the Internet]. Mortalidade – desde 1996 pela CID-10 [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/mortalidade--desde-1996-pela-cid-10

4. Brasil. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6015compilada.htm

5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento de Declaração de Óbito [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779

6. Mikkelsen L, Phillips DE, AbouZahr C, et al. A global assessment of civil registration and vital statistics systems: monitoring data quality and progress. Lancet. 2015;386(10001):1395-406. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60171-4

7. Souza AC, Rabello Neto DL [homepage on the Internet]. Avaliação da qualidade dos dados sobre mortalidade no Brasil de 2000 a 2016. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 — uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.

Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. p. 377-392 [citado 2025 Nov 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil [citado 2025 Nov 13]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def
9. Mello Jorge MH, Couto AA, Santos PM. A motocicleta no Brasil do século XXI. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina de Tráfego; 2021. Disponível em: https://abramet.com.br/repo/public/commons/ABRAMET%20-%20A%20MOTOCICLETA%20NO%20BRASIL%20DO%20SECULO%20XXI%20-%20JUL2021%20-%2029-7-2021%20FINALIZADO.pdf
10. Gianvecchio VA, Mello Jorge MH. O suicídio no estado de São Paulo, Brasil: comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(6):2427-36. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.16112021
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html
12. Simões CC. A mortalidade infantil na transição de mortalidade no Brasil: um estudo comparativo entre Nordeste e Sudeste [tese]. Minas Gerais (BH): Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 1997.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábuas completas de mortalidade [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html
14. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 115-32. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
15. Silva JL. Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intenção indeterminada [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2017. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20042017-154508/publico/JoaoLuisDaSilvaREVISADA.pdf
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 2008/2011. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2012 [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2044-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016 [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2044-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios
18. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC [citado 2025 Set 1]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def
19. Mandela N. Preâmbulo. In: Organização Mundial da Saúde, editor. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002. p. vi. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf
20. Laurenti R, Mello Jorge MH. Informação em saúde: o papel do médico. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2017. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=92

CAPÍTULO 2

Formas de violência contra crianças e adolescentes: um panorama crítico e o contexto brasileiro

Mário Roberto Hirschheimer
Renata Dejtiar Waksman

A violência tem sido, historicamente, utilizada como instrumento de dominação e manutenção do poder. Desde práticas como o infanticídio e o abandono infantil até formas contemporâneas como o *bullying* e o *cyberbullying*, observa-se um contínuo processo de violação dos direitos infantojuvenis. Dados recentes do **Atlas da Violência 2025** revelam que, em 2023, o Brasil registrou 115.384 notificações de violência contra crianças e adolescentes, um aumento de 36,2% em relação ao ano anterior.[1]

A relevância do tema exige uma abordagem interdisciplinar que integre aspectos legais, sociais e de saúde pública, com o objetivo de desenvolver políticas eficazes de prevenção e intervenção.

Formas de violência

O Quadro 2.1 sistematiza os principais tipos de violência, organizando-os em categorias que abrangem desde manifestações extrafamiliares e intrafamiliares até formas específicas e autoagressivas, com o intuito de subsidiar a análise crítica e a formulação de estratégias de prevenção e intervenção no campo da saúde e dos direitos humanos.

Quadro 2.1 – Tipos de violência

Violência extrafamiliar	Violência institucional
	Violência social
	Violência urbana
	Macroviolência
Violência doméstica ou intrafamiliar	Violência física
	Violência sexual
	Violência psicológica
	Negligência
	Síndrome de Munchausen por procuração
Formas específicas	Violência entre pares (*bullying* e *cyberbullying*)
	Cultos ritualísticos
	Violência química
	Filicídio
Autoagressão	Atividades de risco
	Ferimentos corporais intencionais
	Suicídio

Fonte: Adaptado de: Pfeiffer L, et al.2 Jorge MH, et al.3

Violência extrafamiliar

Praticada fora do ambiente domiciliar, geralmente por pessoas que exercem a guarda temporária ou por desconhecidos. É mais frequente durante a infância e adolescência.[2,3]

→ *Violência institucional:* Forma pouco diagnosticada e avaliada e, por ser praticada por pessoa com papel de responsável temporário, pode assumir as mesmas características e ser identificada por meio dos mesmos sinais de alerta e sintomas apresentados adiante para a violência doméstica, às vezes em proporção mais séria, uma vez que pode ser cometida por uma única pessoa ou por um grupo.

Uma vez que é cometida por profissionais encarregados da guarda temporária em contextos educacionais, de saúde ou acolhimento, a Lei nº 14.321/2022 caracteriza-a como qualquer conduta que possa

revitimizar crianças ou adolescentes em processos judiciais e administrativos[4] (Capítulo 17 – Maus-tratos no atendimento médico).

→ *Violência social:* Resulta da ausência de suporte biopsicossocial mínimo a uma pessoa, a um grupo de pessoas ou a toda uma população, sendo mais evidente em contextos de desigualdade.

Tem sido considerada há muito tempo como a origem da violência doméstica e acaba mantendo os maus-tratos encobertos nas situações de ignorância e pobreza.

O **Atlas da Violência 2025**[1] mostra que 82,9% das vítimas fatais entre 0 e 19 anos são negras, evidenciando a relação entre exclusão social e violência infantojuvenil.

→ *Violência urbana:* Caracteriza-se por agressões entre estranhos, motivadas por apropriação de bens ou demonstração de poder e tem aumentado também em níveis socioeconômicos e culturais mais elevados.

Em 2023, 83,9% dos homicídios de adolescentes entre 15 e 19 anos foram cometidos com arma de fogo, sinalizando o aumento da violência urbana letal.[1]

→ *Macroviolência ou violência populacional:* Manifesta-se em guerras, conflitos e ações de destruição em massa. Esta forma tem o potencial de destruir grupos populacionais, cidades, culturas, pessoas e famílias e todos têm os seus direitos prejudicados, até mesmo o direito à vida.

Embora o Brasil não viva conflitos armados, o país registrou 312.713 jovens vítimas de violência letal entre 2013 e 2023, evidenciando os efeitos da violência populacional sobre adolescentes.[1]

Violência intrafamiliar

A violência intrafamiliar,[2,3] especialmente aquela cometida no ambiente doméstico, é uma das formas mais complexas de agressão contra crianças e adolescentes, uma vez que ocorre na esfera privada, frequentemente perpetrada por indivíduos com vínculos afetivos e responsabilidades legais sobre as vítimas. Por estar protegida pela intimidade familiar, essa violência é dificultada em sua identificação, persistindo sob o silêncio, o medo e a impunidade.[4]

Ela pode se manifestar em cinco categorias principais:

- Violência física (Capítulo 3).
- Negligência (Capítulo 4).

- Violência psicológica (Capítulo 5).
- Violência sexual (Capítulo 9).
- Vítima de transtorno factício imposto a outro (ou vítima de síndrome de Munchausen por procuração) (Capítulo 8).

Formas específicas violência

→ *Violência entre pares – bullying:* O *bullying*, que é tratado no Capítulo 11, é definido como um comportamento agressivo, intencional e repetitivo, que ocorre sem equilíbrio de poder entre as partes envolvidas, geralmente em contextos como escolas, ambientes de trabalho ou redes sociais. Suas características principais são: intencionalidade, repetição e desigualdade de poder.[5]

Segundo o **Boletim Técnico Escola que Protege,** do Ministério da Educação, mais de 50% dos estudantes do ensino médio relataram ter sofrido *bullying*.[6] A Lei nº 14.811/2024 tipifica essa prática como crime e estabelece diretrizes de prevenção nas escolas.[7]

Discussão detalhada sobre esse tema encontra-se no Capítulo 11.

→ *Violência digital:* A violência digital refere-se a qualquer forma de agressão, abuso ou exploração mediada por tecnologias digitais, como redes sociais, aplicativos de mensagens, jogos *online* e outras plataformas virtuais. Pode manifestar-se por meio de *cyberbullying*, sextorsão, aliciamento (*grooming*), exposição a conteúdos inapropriados, pornografia infantil, pornografia de vingança e desafios virtuais perigosos.

Esse tipo de violência apresenta características próprias, pois ocorre em ambientes de difícil supervisão, tem potencial de alcance massivo e rápido, deixa registros permanentes e pode gerar impactos emocionais, sociais e até físicos de grande magnitude. Crianças e adolescentes estão particularmente vulneráveis devido à imaturidade no discernimento, à busca por aceitação social e à intensa presença no meio digital.

Com a difusão das tecnologias digitais, o *cyberbullying* tornou-se uma forma recorrente de agressão.[6,8] Em 2023, o Brasil registrou 121 mil atas notariais sobre *bullying* e *cyberbullying*, número recorde na série histórica.[9]

Esse tema é tratado de forma mais aprofundada no Capítulo 11.

→ *Cultos ritualísticos*: Ocorrem casos de violência contra crianças e adolescentes sob alegações de rituais religiosos, feitiçaria ou práticas espiritualistas, muitas vezes cometidas no ambiente familiar.[3,4]

As estatísticas apontam que crenças não hegemônicas são os alvos de preconceito, discriminação e agressões, às vezes envolvendo crianças, sob a justificativa de "ritos de purificação", "expulsão de espíritos" ou práticas similares.[10] A Lei nº 14.532/2023 equiparou a intolerância religiosa ao crime de racismo, ampliando a gravidade jurídica dessas condutas.[11]

→ *Violência química*: Caracterizada pela imposição à criança ou ao adolescente, por parte do cuidador, seja ele o responsável ou não, de substâncias psicoativas, com o intuito de conter, controlar, inibir, dominar, subjugar, menosprezar ou, ainda, culpar a vítima pelos seus próprios atos contra ela. O rótulo de portador de transtorno mental é criado, para encobrir a violência que é praticada.[3,4,12]

→ *Filicídio:* Refere-se à morte de uma ou mais crianças por um ou ambos os pais, independentemente da idade da vítima. Pode ser consequência de qualquer forma de violência, até mesmo pela indução ao suicídio, como resultado de violência psíquica gravíssima.[2,3]

Autoagressão como forma de violência

A autoagressão, ou autolesão não suicida, é uma forma de violência autoinfligida que afeta principalmente adolescentes, caracterizando-se por comportamentos como cortes, queimaduras e outros ferimentos corporais intencionais. Embora nem sempre associada ao suicídio, representa um importante indicador de sofrimento psíquico e vulnerabilidade emocional.[13] A autoagressão e o suicídio estão tratados no Capítulo 10 deste manual.

Em crianças e adolescentes, esse comportamento pode se manifestar como envolvimento repetitivo em atividades de risco, evoluindo para lesões autoinfligidas e, em casos extremos, suicídio.[1,3,4,13]

A autoagressão é frequentemente invisível aos responsáveis e professores, uma vez que os adolescentes tendem a ocultar as lesões com roupas largas ou acessórios. A ausência de diálogo e o despreparo dos adultos em lidar com o tema dificultam a identificação precoce e o encaminhamento ao cuidado especializado.[13,14]

A realidade da violência no Brasil

A violência contra crianças e adolescentes no Brasil apresenta índices alarmantes que requerem atenção imediata. Estima-se que, a cada hora, 13 menores são vítimas de diferentes formas de agressão – física, psicológica, sexual ou por negligência.[1,15]

No período entre 2021 e 2023, foram contabilizadas mais de 15 mil mortes violentas de crianças e adolescentes, sendo que em 2023, cerca de 63.430 casos de violência sexual foram registrados, o equivalente a uma vítima a cada 8 minutos. A violência doméstica representa a principal forma de agressão: aproximadamente 80% dos casos contra crianças de até 14 anos ocorrem dentro de casa.[16]

O **Atlas da Violência 2025**[1] revela que, apesar de uma redução geral nos homicídios – 45.747 registros em 2023, a menor taxa em 11 anos (21,2 por 100 mil habitantes) – os números continuam preocupantes no recorte por faixa etária. Jovens entre 15 e 29 anos foram vítimas em 47,8% dos casos, o equivalente a 60 homicídios por dia.

Entre 2013 e 2023, foram assassinadas:[17]

- 2.124 crianças de 0 a 4 anos.
- 6.480 crianças de 5 a 14 anos.
- 90.399 adolescentes de 15 a 19 anos.

A arma de fogo foi o principal instrumento de morte em todas as faixas etárias. No grupo de adolescentes de 15 a 19 anos, 83,9% dos homicídios foram cometidos com arma de fogo.[1] Além disso, a violência racial se mostra estrutural: 73% das vítimas de homicídios entre 15 e 29 anos eram jovens negros, sendo que uma pessoa negra tem 2,7 vezes mais chance de ser assassinada do que uma não negra.[1]

A violência institucional também merece destaque. Em municípios como Angra dos Reis (RJ) e Jequié (BA), mais da metade das mortes violentas foram causadas por agentes do Estado, evidenciando a necessidade urgente de reformas nas políticas de segurança pública.[1]

Esses dados apontam para a urgência na implementação de políticas públicas efetivas voltadas à proteção da infância e juventude, com foco na prevenção da violência letal, no enfrentamento ao racismo estrutural e na reestruturação das forças de segurança.

Discussão mais detalhada da realidade da violência no Brasil é encontrada no Capítulo 1.

Considerações finais

A violência contra crianças e adolescentes é um problema grave, complexo e persistente, com impactos profundos no desenvolvimento físico, emocional e social das vítimas. Ela se manifesta de diversas formas – como violência doméstica, institucional, urbana, simbólica e até autoinfligida – ligadas a fatores como desigualdade social, ausência de proteção estatal e cultura de naturalização da violência.[18]

Dados recentes apontam aumento de notificações, altos índices de homicídios entre jovens negros, *bullying*, *cyberbullying* e casos alarmantes de autolesão e ideação suicida.

Uma rede de proteção eficiente demanda mais do que legislação: requer ética, financiamento contínuo, monitoramento e a atuação ativa da sociedade civil. Reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direito é essencial para garantir ambientes seguros e promotores de vida plena.

Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da Violência 2025. São Paulo (SP): Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025 [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf
2. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DA, Campos Júnior D, Silva LR, et al, organizadores. Tratado de Pediatria. 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2017. Seção 3; p. 92-9.
3. Jorge MH, Waksman RD, Pfeiffer L, et al. Formas de violência contra a criança e o adolescente. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2ª ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 31-51.
4. Brasil. Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022. Tipifica violência institucional [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14321.htm
5. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016;25(2):235-42. doi: 10.1016/j.chc.2015.12.002
6. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão – SECADI; Coordenação-Geral de Acompanhamento e Combate à Violência nas Escolas – CGAVE. 2º Boletim Técnico: Escola que Protege – Dados sobre Bullying e Cyberbullying. 1st ed. Curitiba (SC): MEC; 2025 [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/escola-que-protege/segundo-boletim-tecnico-escola-que-protege.pdf
7. Brasil. Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024. LEI Nº 14.811, de 12 de Janeiro de 2024. Institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14811-12-janei-

ro-2024-795244-publicacaooriginal-170834-pl.html
8. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying Identification, Prevention, and Response. Cyberbullying Research Center [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://cyberbullying.org/Cyberbullying-Identification-Prevention-Response.pdf
9. Colégio Notarial do Brasil. BDF: Registros de bullying e cyberbullying atingem recorde histórico no Brasil [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://cnbsp.org.br/2024/10/21/bdf-registros-de-bullying-e-cyberbullying-atingem-recorde-historico-no-brasil/
10. Almeida D. Intolerância religiosa: Disque 100 registra 2,4 mil casos em 2024. Brasília (DF): Agência Brasil; 2025 [citado em 2025 Jul 14]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2025-01/intolerancia-religiosa-disque-100-registra-24-mil-casos-em-2024
11. Brasil. Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023. Equipara a intolerância religiosa ao crime de racismo [citado em 2025 Ago 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14532.htm
12. Pfeiffer L. Violência química: violência contemporânea que envolve o pediatra. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, editor. Tratado de Pediatria. 6th ed. Barueri (SP): Manole; 2025. Seção 6; p. 476-81.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Autoagressão em adolescentes: como ajudar? Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2024 [citado em 2025 Jul 14]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/medicina-do-adolescente/autoagressao/
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde mental dos adolescentes. Washington (DC): OPAS [citado em 2025 Jul 14]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes
15. Egry EY, Apostólico MR, Morais TC, et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? Rev Bras Enferm. 2017;70(1):111-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0009
16. CADÊ Paraná. Violências contra crianças e adolescentes em dados. Curitiba (SC): CADÊ Paraná; 2024 [citado em 2025 Jul 14]. Disponível em: https://cadeparana.org.br/publicacao/violencias-contra-criancas-e-adolescentes-em-dados/
17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Atlas da Violência 2025: Violência contra crianças e adolescentes. Brasília (DF): Ipea; 2025 [citado 30 Jul 2025]. Disponível em: https://fontesegura.forumseguranca.org.br/violencia-contra-criancas-e-adolescentes/
18. World Health Organization (WHO). Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO; 2020 [citado 30 Jul 2025]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191-eng.pdf?sequence=1

CAPÍTULO 3

Violência física

Mário Roberto Hirschheimer
Sulim Abramovici

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define maus tratos físicos como uma forma de violência interpessoal que envolve o uso da força física com a intenção de causar dano, dor ou sofrimento a outra pessoa. Essa definição aparece em documentos como o **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**,[1] publicado pela OMS.

De acordo com a OMS, as principais características da violência física estão descritas no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Violência física

- Envolve agressões corporais como socos, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento ou qualquer outra ação que cause lesão física.
- Pode ocorrer em diversos contextos: doméstico, institucional, comunitário ou em situações de conflito armado.
- É frequentemente associada a outras formas de abuso, como o psicológico, sexual ou negligência.
- Tem consequências graves para a saúde física e mental da vítima, podendo levar a lesões permanentes, traumas psicológicos e até morte.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A avaliação de crianças e adolescentes com suspeita de violência física não deve restringir-se apenas aos achados clínicos objetivos, como lesões cutâneas ou fraturas. Muitas vezes, os primeiros ou principais indícios de abuso emergem sob a forma de alterações comportamentais e emocionais que refletem o impacto psicossocial da violência na vida da vítima.[2,3]

A identificação precoce da violência é crucial, pois as vítimas podem ter medo de pedir ajuda.

Sinais comportamentais e emocionais

O Quadro 3.2 apresenta uma sistematização dos principais sinais comportamentais e emocionais observados em crianças e adolescentes expostos a situações adversas, organizados por faixa etária, com o intuito de subsidiar a identificação clínica precoce de possíveis manifestações relacionadas ao trauma.

Quadro 3.2 – Sinais comportamentais e emocionais[4-10]

Faixa etária	Sinais comportamentais	Sinais emocionais	Observações clínicas
Crianças pequenas (0–5 anos)	• Choro excessivo e sem causa aparente • Atraso no desenvolvimento psicomotor • Apego excessivo a profissionais de saúde ou educadores • Recusa em ir para casa ou medo dos cuidadores • Regressão (ex.: enurese, encoprese)	• Ansiedade de separação intensa • Medo exagerado de adultos • Irritabilidade persistente • Dificuldades de sono e pesadelos	Em lactentes, sinais emocionais podem se expressar apenas por choro, retraimento ou perda de aquisições já consolidadas
Idade escolar (6–12 anos)	• Isolamento social • Queda no rendimento escolar • Faltas recorrentes às aulas • Condutas agressivas ou, ao contrário, submissão extrema • Recusa em participar de atividades físicas (por dor ou medo de expor lesões)	• Baixa autoestima • Sentimentos de vergonha ou culpa • Medo de determinadas pessoas ou ambientes • Sintomas somáticos recorrentes (cefaleia, dor abdominal sem causa orgânica)	Alterações escolares são frequentemente o primeiro sinal percebido por professores e colegas

Adolescentes (13–18 anos)	• Fuga de casa • Envolvimento em comportamentos de risco (uso de drogas, delinquência) • Sexualização precoce ou comportamentos autodestrutivos • Automutilações	• Depressão • Ideação ou tentativa de suicídio • Distúrbios alimentares • Sentimentos de desesperança e inutilidade	Adolescência é fase crítica para evolução de transtornos psiquiátricos relacionados ao trauma

Fonte: Elaborado pelo autor.

Interpretação clínica e cuidados éticos

Os sinais comportamentais e emocionais não são patognomônicos de violência física, mas seu reconhecimento é fundamental para o raciocínio clínico, principalmente quando associados a achados físicos incongruentes com a história relatada. A avaliação deve ser feita de maneira empática, sem julgamentos, e, sempre que possível, por equipe multiprofissional, envolvendo pediatras, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.[2,3,7,11,12]

O registro cuidadoso desses sinais no prontuário clínico e a integração com os demais elementos da anamnese, exame físico e exames subsidiários permitem a construção de uma suspeita diagnóstica robusta. Assim como nos demais domínios da avaliação, o profissional de saúde tem o dever ético e legal de notificar os casos suspeitos às autoridades competentes, garantindo a proteção integral da criança ou adolescente.

Em síntese, os sinais comportamentais e emocionais constituem dimensões essenciais na detecção da violência física, reforçando a necessidade de uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar, humanizada e centrada na criança e no adolescente.

→ Dicas práticas:

- Nenhum sinal isolado confirma violência, mas a presença de múltiplos indicadores deve despertar a atenção do profissional de saúde.
- Alterações emocionais e comportamentais devem ser avaliadas em conjunto com os achados físicos, contexto familiar e histórico relatado.
- O registro sistemático desses sinais no prontuário é essencial e fortalece a suspeita clínica.

Roteiro de atendimento

→ *Anamnese*

Constitui etapa essencial no processo de avaliação clínica de crianças e adolescentes com suspeita de violência física. Trata-se de uma prática que deve transcender a mera coleta de informações, integrando aspectos sociais, psicológicos e legais, com vistas à proteção integral prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[2,3,7,8,11,13-16]

Portanto, a anamnese em casos suspeitos de violência física exige habilidades técnicas, éticas e comunicacionais do profissional de saúde, devendo ser conduzida de modo interdisciplinar e intersetorial, em consonância com as diretrizes de proteção integral da infância e adolescência.

O Quadro 3.3 sintetiza os principais aspectos a serem considerados durante a anamnese em contextos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, destacando dimensões essenciais para uma abordagem clínica qualificada, ética e intersetorial, com ênfase na escuta sensível, na análise contextual e na documentação criteriosa.

Quadro 3.3 – Destaques da anamnese

Dimensão	Elementos a investigar	Observações críticas
Ambiente e postura profissional	• Garantir privacidade e ambiente acolhedor • Escuta qualificada, empática e não julgadora • Entrevista individualizada (quando possível) com criança/adolescente e responsáveis	Evitar expressões que possam intimidar ou sugerir julgamento
História atual	• Queixa principal e evolução • Circunstâncias do evento: quem estava presente, como ocorreu, tempo decorrido • Descrição literal das falas da criança/adolescente e responsáveis	Buscar inconsistências entre o relato e a gravidade/localização das lesões
Antecedentes médicos	• Histórico de acidentes e lesões recorrentes • Internações, cirurgias e uso de medicamentos • Presença de doenças crônicas	Lesões repetidas ou atendimentos frequentes por traumas devem ser valorizados
História familiar e social	• Estrutura e dinâmica familiar • Conflitos conjugais ou familiares • Uso de álcool/drogas por cuidadores • Condições socioeconômicas e rede de apoio social	Violência doméstica prévia é importante fator de risco

História escolar e comportamental	• Frequência escolar, desempenho acadêmico • Mudanças comportamentais (isolamento, irritabilidade, regressões)	Alterações podem ser sinais indiretos de sofrimento psíquico decorrente da violência
Indicadores de alerta na entrevista	• Versões contraditórias entre cuidadores e criança • Explicações vagas ou incompatíveis • Relutância, silêncio ou medo em responder • Narrativas de "castigos" físicos como disciplina	Devem ser registrados fielmente no prontuário
Registro e documentação	• Descrição cronológica e objetiva • Uso de aspas para falas da criança/responsáveis • Preservação de documentos em prontuário físico ou eletrônico	A documentação pode servir como elemento probatório em processos legais

Nota: Esse quadro funciona como **instrumento de apoio clínico**, reforçando a importância de que a anamnese seja conduzida com rigor técnico, sensibilidade ética e alinhamento intersetorial.
Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Exame físico*

O exame físico representa etapa central na avaliação clínica de crianças e adolescentes sob suspeita de violência física. Deve ser conduzido com rigor técnico, sensibilidade ética e atenção à proteção integral do paciente. A abordagem deve respeitar a privacidade; a criança ou adolescente devem ser totalmente despidos, cobertos com um lençol, que será deslocado conforme a avaliação ocorre, para que todas as regiões corporais sejam avaliadas; o médico examinador deve estar acompanhado de um membro da equipe de enfermagem e, sempre que possível, contar com a presença de um acompanhante de confiança da criança ou adolescente, salvo quando isso possa comprometer a segurança do exame ou a liberdade de expressão da vítima.[2,3,7,11,12,14-18]

A avaliação deve iniciar-se com inspeção geral, observando-se estado nutricional, higiene, comportamento e interação com cuidadores. Sinais de medo, retraimento, hipervigilância ou excessiva submissão podem ser indicativos indiretos de violência.

No exame físico propriamente dito, é fundamental a documentação detalhada e sistemática de todas as lesões, incluindo sua **localização, forma, tamanho, coloração, estágio de cicatrização e simetria**. Fotografias com data, quando permitidas pela legislação e com consentimento adequado, constituem recurso complementar

relevante. O registro deve ser objetivo, evitando interpretações diagnósticas precipitadas.

Lesões suspeitas de agressão incluem hematomas em áreas atípicas para traumas acidentais (face, orelhas, tronco, dorso, face interna das coxas), marcas com padrão de objetos (cintos, cordas, mãos), queimaduras com bordas nítidas ou em locais incomuns, fraturas em diferentes estágios de consolidação e lacerações ou arranhões sem explicação plausível. Em lactentes e crianças pequenas, a presença de equimoses deve ser avaliada com atenção especial, visto que lesões traumáticas são incomuns nessa faixa etária.

Além das lesões cutâneas, o exame físico deve incluir avaliação neurológica, torácica, abdominal, musculoesquelética, otológica e orofaríngea, considerando a possibilidade de traumas internos, hemorragias ocultas e sinais indiretos de agressão. Exames complementares, como radiografias, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, podem ser necessários diante de suspeita de fraturas, traumatismo cranioencefálico ou lesões internas.

A abordagem deve ser multiprofissional, envolvendo pediatras, radiologistas, ortopedistas, cirurgiões, cirurgiões dentistas e, quando necessário, especialistas em medicina legal. O laudo médico deve ser claro, preciso e objetivo, evitando termos subjetivos e descrevendo os achados de forma técnica, de modo a contribuir tanto para o diagnóstico clínico quanto para eventuais processos legais.

Assim como na anamnese, o sigilo profissional deve ser preservado, sendo o rompimento justificado apenas nos casos previstos em lei, como nas notificações compulsórias de suspeita ou confirmação de violência aos órgãos competentes de saúde e proteção social.

Em síntese, o exame físico em crianças e adolescentes com suspeita de violência física é uma prática que requer elevada competência técnica, observação minuciosa, registro detalhado e compromisso ético, configurando-se como instrumento essencial para a proteção da infância e adolescência.

O Quadro 3.4 reúne os principais achados do exame físico que auxiliam na distinção entre lesões compatíveis com acidentes comuns e aquelas sugestivas de violência física, oferecendo subsídios clínicos fundamentais para a avaliação criteriosa de sinais externos e internos

em crianças e adolescentes, com atenção especial à coerência dos relatos e à recorrência de traumas.

Quadro 3.4 – Destaques do exame físico

Tipo de lesão	Achados compatíveis com acidentes comuns	Achados sugestivos de violência física	Observações clínicas
Equimoses/ hematomas	• Localizados em joelhos, cotovelos e fronte em crianças ativas • Isolados, com padrão irregular	• Em áreas atípicas: face, orelhas, pescoço, dorso, abdome, nádegas, coxas internas • Múltiplos, em diferentes estágios de cicatrização • Com padrão definido (forma de mão, cinto, fivela, corda)	Em lactentes que não deambulam, equimoses são altamente suspeitas
Fraturas	• Únicas, compatíveis com histórico de queda acidental • Em ossos longos, lineares	• Múltiplas e em diferentes fases de consolidação • Fraturas metafisárias, costelas posteriores, escápula, esterno • Sem explicação plausível	Radiografias comparativas podem auxiliar na avaliação
Queimaduras	• Superficiais, irregulares, com bordas mal definidas • Localizadas em áreas expostas (mãos, antebraços)	• Com bordas nítidas, em formato de objetos (ferro, cigarro) • Em áreas protegidas (nádegas, genitália, dorso) • Imersão simétrica em líquidos quentes (padrão "luva" ou "bota")	Queimaduras de imersão costumam ter bordas bem delimitadas
Lesões cutâneas diversas	• Escoriações isoladas em áreas de impacto comum • Cortes compatíveis com brincadeiras	• Mordidas humanas (medir distância entre caninos) • Arranhões paralelos e repetitivos • Lesões perineais sem relato de acidente compatível	Mordidas devem ser diferenciadas quanto ao tamanho da arcada (se de adulto ou infantil) e de lesões de animais
Lesões internas	• Pequenas contusões abdominais com trauma explicado	• Hemorragia interna sem histórico adequado • Lesões viscerais (baço, fígado) sem trauma plausível • Hematomas subdurais ou hemorragias retinianas em lactentes	Devem levantar suspeita de síndrome do bebê sacudido
Aspectos gerais	• Estado geral preservado. • Explicações coerentes dos cuidadores	• Inconsistência entre relato e achados • Recorrência de atendimentos por traumas • Marcas de diferentes idades	O comportamento da criança também é sinal importante

Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Aplicabilidade clínica*

O quadro auxilia na diferenciação entre lesões acidentais e abusivas.

Nenhum achado isolado é diagnóstico, mas o conjunto de sinais, associado à história e ao contexto familiar/social, fortalece a suspeita clínica.

Todo achado deve ser documentado detalhadamente e notificado aos órgãos competentes, conforme legislação vigente.

→ *Exames subsidiários*

A avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes sob suspeita de violência física deve ser ampla, criteriosa e guiada pelos achados da anamnese e do exame físico. Os exames subsidiários têm papel fundamental tanto na identificação de lesões ocultas quanto na documentação objetiva do agravo, contribuindo para a tomada de decisões clínicas e legais.[2,3,7,11,19-21]

→ *Exames de imagem*

A investigação radiológica é de grande relevância. O estudo radiográfico de esqueleto completo é indicado principalmente em lactentes e crianças menores de dois anos com suspeita de maus-tratos, permitindo identificar fraturas em diferentes estágios de cicatrização, muitas vezes não perceptíveis ao exame físico. A tomografia computadorizada (TC) é o método de escolha em casos de suspeita de traumatismo cranioencefálico, lesões intracranianas ou fraturas complexas, enquanto a ressonância magnética (RM) pode ser útil na avaliação de hemorragias intracranianas antigas ou de repetição.

No abdome, a ultrassonografia é o primeiro exame de triagem para detecção de lesões viscerais, podendo ser complementada por TC quando há sinais clínicos de gravidade. A cintilografia óssea pode ser considerada em situações específicas, quando há forte suspeita de fraturas não detectadas por outros métodos.

→ *Exames laboratoriais*

Exames hematológicos e bioquímicos auxiliam na exclusão de condições médicas que possam simular violência física, como distúrbios de coagulação ou doenças ósseas metabólicas. Assim, hemograma completo, coagulograma, dosagens de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e vitamina D podem ser necessários em contextos específicos.[18,22]

Exames laboratoriais também podem ser solicitados para investigar repercussões sistêmicas das agressões, como enzimas hepáticas (AST,

ALT), amilase e lipase em casos de trauma abdominal, ou marcadores de rabdomiólise em agressões musculares graves.

→ *Documentação fotográfica e forense*

Embora não sejam exames subsidiários no sentido estrito, a documentação fotográfica de lesões, quando autorizada, é considerada ferramenta complementar essencial, pois garante registro objetivo e detalhado dos achados. Em algumas situações, a coleta de material biológico (sangue, saliva, DNA em roupas ou superfícies corporais) pode ser indicada, devendo seguir protocolos de cadeia de custódia e, quando possível, envolver equipe de medicina legal.[12,16]

→ *Interpretação integrada*

A interpretação dos exames subsidiários deve ser realizada de forma interdisciplinar, envolvendo pediatras, radiologistas, ortopedistas, patologistas clínicos e, quando necessário, médicos legistas. Achados isolados raramente confirmam violência; o valor diagnóstico reside na correlação entre o quadro clínico, a anamnese, o exame físico e os exames complementares.[3,23]

Em síntese, os exames subsidiários, quando adequadamente indicados e interpretados, oferecem evidências fundamentais para o diagnóstico de violência física em crianças e adolescentes, fortalecendo a prática clínica e respaldando medidas de proteção integral.

O Quadro 3.5 apresenta os principais exames subsidiários utilizados na avaliação de suspeitas de violência contra crianças e adolescentes, destacando suas indicações clínicas, vantagens diagnósticas e limitações operacionais, com vistas a orientar a escolha de métodos complementares conforme o contexto clínico e forense.

Quadro 3.5 – Destaques dos exames subsidiários

Exame	Indicações principais	Vantagens	Limitações
Radiografia de esqueleto completo (*Skeletal Survey*)	Lactentes e crianças < 2 anos com suspeita de maus-tratos; investigação de fraturas múltiplas ou em diferentes estágios de cicatrização	Detecta fraturas ocultas; permite avaliação sistemática de todo o esqueleto	Requer radiação; pode não identificar fraturas muito recentes ou sutis

Tomografia Computadorizada (TC)	Suspeita de traumatismo cranioencefálico, hemorragias intracranianas, fraturas complexas; avaliação abdominal em trauma grave	Alta sensibilidade para fraturas e hemorragias; rápida execução	Exposição à radiação; necessidade eventual de sedação
Ressonância Magnética (RM)	Avaliação de lesões cerebrais antigas, hemorragias repetidas, trauma medular ou encefálico crônico	Excelente para lesões de partes moles e estruturas intracranianas; não usa radiação	Alto custo; tempo prolongado; geralmente requer sedação em crianças pequenas
Ultrassonografia (USG)	Avaliação inicial de traumas abdominais (lesões hepáticas, esplênicas, renais); triagem em casos suspeitos	Método não invasivo, sem radiação, de baixo custo	Menor sensibilidade para pequenas lesões ou hematomas profundos; depende do operador
Cintilografia óssea	Quando há suspeita de fraturas ocultas não identificadas em outros exames	Detecta áreas de metabolismo ósseo aumentado; útil para fraturas recentes	Baixa especificidade; não distingue fraturas de infecções ou tumores; uso restrito
Exames laboratoriais básicos (hemograma, coagulograma, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, vitamina D)	Excluir doenças que possam simular violência (distúrbios de coagulação, osteogênese imperfeita, doenças metabólicas)	Auxiliam no diagnóstico diferencial; descartam causas clínicas de hematomas/fraturas	Resultados inespecíficos; não confirmam abuso
Exames laboratoriais específicos (transaminases, amilase, lipase, CK)	Suspeita de trauma abdominal ou muscular	Detectam lesões viscerais e musculares ocultas	Alterações laboratoriais podem ter múltiplas etiologias; precisam de correlação clínica
Documentação fotográfica	Registro objetivo de lesões cutâneas e externas	Evidência complementar para documentação clínica e legal	Necessita consentimento e protocolos de sigilo
Coleta de material biológico (DNA, sangue, saliva)	Casos com possível componente forense; quando há necessidade de identificação de agressor	Apoio em investigação criminal; alto valor probatório	Exige protocolos rigorosos de cadeia de custódia; disponibilidade limitada fora do IML

Fonte: Elaborado pelo autor.

Manifestações clínicas específicas

→ *Lesões orofaciais e cutâneas*

As **lesões orofaciais e cutâneas** são consideradas altamente sugestivas de abuso, especialmente em crianças menores de quatro anos, e frequentemente coexistem com outras lesões ocultas, como fraturas ou traumas intracranianos. Achados clínicos que levantam suspeita incluem hematomas intraorais, lacerações em lábios e mucosas, equimoses em gengivas ou palato, bem como dentes fraturados ou avulsionados. Fraturas de mandíbula e maxilar também são indicativas de trauma não acidental. O padrão dos hematomas é um fator relevante, sendo alarmantes aqueles que apresentam o contorno de objetos (cintos, mãos, pés), principalmente quando localizados na cavidade oral ou em áreas atípicas do corpo. Queimaduras que seguem um padrão intencional, como as causadas por imersão em água quente ou contato com objetos aquecidos (por exemplo, ferros de passar roupa), também reforçam a suspeita de abuso.[24-26]

Os Capítulos 16.B, 16.E e 16.H aprofundam a discussão e fornecem informações mais detalhadas sobre o tema.

→ *Lesões musculoesqueléticas*

No que tange às **lesões musculoesqueléticas**, as fraturas são um importante marcador de violência intencional. São particularmente sugestivas de maus-tratos aquelas que se apresentam em múltiplos estágios de consolidação, indicando eventos traumáticos repetidos. Fraturas costais, sobretudo as posteriores, são um forte indício de abuso, assim como fraturas metafisárias clássicas e lesões em ossos longos de crianças pequenas.[24,27,28]

O Capítulo 16.G aprofunda a discussão e fornece informações mais detalhadas sobre o tema.

→ *Traumatismo torácico*

O traumatismo torácico, quando resultado de violência, tende a ser mais grave em crianças menores de seis anos. Apesar de sua capacidade de se mover, essa faixa etária é fisicamente mais vulnerável a agressões, o que pode resultar em lesões sérias. Achados clínicos típicos incluem contusões pulmonares e cardíacas, hemorragias do timo ou subpleurais, além de hemotórax e pneumotórax. Tais lesões costumam ser secundárias a fraturas de costelas, que geralmente ocorrem

por impacto direto ou por mecanismos de desaceleração abrupta.[24,25,28]

→ *Traumatismo abdominal*

O traumatismo abdominal é uma causa significativa de morbimortalidade em crianças, principalmente, devido ao desenvolvimento insidioso dos sintomas, o que retarda o diagnóstico. A ausência de sinais externos visíveis torna a identificação ainda mais desafiadora. Lesões internas graves, como lacerações e hematomas hepáticos, hematoma duodenal, pancreatite aguda e traumatismo renal, são frequentemente observadas.[24,25,28]

Outros indícios importantes de lesão abdominal por agressão incluem:

- Hematoma na parede abdominal sem causa aparente.
- Dor abdominal intensa.
- Piora da condição ao exame físico.
- Anemia sem causa justificada.
- Vômitos biliosos.
- Sinais de peritonite.

É crucial considerar a possibilidade de lesões abdominais ocultas, especialmente em casos de trauma craniano associado. Exames laboratoriais, como a dosagem de enzimas hepáticas e pancreáticas, são recomendados como parte da investigação para um diagnóstico preciso.

O Capítulo 16.A aprofunda a discussão e fornece informações mais detalhadas sobre traumatismos torácicos e abdominais.

→ *Traumatismo cranioencefálico abusivo (TCE-A)*

O TCE-A, anteriormente conhecido como "síndrome do bebê sacudido", é uma forma grave de lesão cerebral não acidental. Caracteriza-se pela presença de hemorragia intracraniana associada à hemorragia retiniana em lactentes, na ausência de um mecanismo traumático justificável.[24-26,28-32]

Manifesta-se clinicamente como uma encefalopatia aguda. Os sintomas incluem rebaixamento de consciência, convulsões, macrocefalia, letargia e sinais de hipertensão intracraniana. Em termos epidemiológicos, representa a terceira causa mais comum de TCE em crianças menores de 5 anos, com uma incidência de 25-35 casos por 100.000 lactentes por ano, atingindo o pico de incidência por volta dos dois meses de idade. A taxa de mortalidade associada varia entre 10% e 20%.

O diagnóstico é apoiado por diversos achados clínicos e de imagem. A hemorragia retiniana, presente em até 85% dos casos, é um sinal altamente sugestivo. A tomografia computadorizada de crânio pode evidenciar hematomas subdurais, fraturas ou edema cerebral. A reconstrução 3D auxilia na diferenciação entre fraturas e suturas fisiológicas, um passo crucial para o diagnóstico preciso. A fundoscopia é um exame essencial e deve ser realizada em qualquer caso de suspeita clínica.

Traumatismos cranianos intencionais podem causar hemorragias intracranianas de intensidade e localização variadas, levando a um quadro de hipertensão intracraniana (HIC) e, em casos graves, lesão cerebral com risco de óbito. As manifestações clínicas mais observadas incluem irritabilidade persistente, vômitos em jato, alteração do nível de consciência, coma, crises convulsivas, paralisias ou paresias, postura em opistótono e alterações do padrão respiratório.

A hemorragia subdural está fortemente associada ao trauma abusivo, sendo encontrada em aproximadamente 80% dos casos. Em contrapartida, a hemorragia epidural é menos comum e mais prevalente em traumas acidentais. A hemorragia subaracnoidea é inespecífica e não permite, isoladamente, distinguir a etiologia.

A presença de hemorragia intracraniana justifica a realização de fundoscopia para avaliar a retina. A hemorragia retiniana uni ou bilateral, na ausência de um mecanismo traumático generalizado e justificável (como em atropelamentos), reforça significativamente a suspeita diagnóstica de TCE-A.

O Quadro 3.6 descreve os principais tipos de lesões intracranianas observadas em casos de traumatismo cranioencefálico abusivo (TCE-A), destacando sua frequência relativa e as implicações clínicas na diferenciação entre etiologias acidentais e não acidentais.

Quadro 3.6 – Lesões intracranianas associadas ao TCE-A

Tipo de hemorragia	Frequência no TCE-A	Observações
Subdural	~80% dos casos	Forte associação com trauma abusivo
Epidural	Menos comum	Mais prevalente em traumas acidentais
Subaracnoidea	Inespecífica	Não permite distinguir a etiologia isoladamente

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Capítulo 16.D aprofunda a discussão e fornece informações mais detalhadas sobre lesões neurológicas.

Em resumo

Os principais sinais que podem indicar que uma lesão foi infligida intencionalmente incluem:

- Lesões múltiplas e de origem desconhecida.
- Marcas sugestivas de impressões de mãos, dedos, mordidas ou objetos.
- Sinais de contenção física, como equimoses ou marcas de pressão nos punhos, braços, pernas ou pescoço.
- Restrição prolongada da criança ao ambiente doméstico.
- Reações comportamentais atípicas diante de um suposto agressor, como medo, retraimento ou hipervigilância.
- Comportamento defensivo da criança, que é incompatível com a sua idade.
- Estresse ou resistência dos cuidadores à separação física durante um atendimento médico.
- Características da criança que são percebidas pelos cuidadores como "problemas" ou vulnerabilidades estigmatizadas.

A distinção entre lesões acidentais, condições clínicas e violência intencional requer uma avaliação detalhada. Algumas condições de saúde podem mimetizar os sinais de maus-tratos, entre elas (Quadro 3.7):

Quadro 3.7 – Condições de saúde que podem mimetizar os sinais de maus-tratos

Na pele	Manchas mongólicas, marcas de nascença ou impetigo (que pode parecer queimadura de cigarro)
Hematomas	Leucemias, distúrbios de coagulação (como hemofilia), sepse, meningite, vasculites, trombocitopenia
Queimaduras acidentais	Geralmente são assimétricas, enquanto as queimaduras por agressão tendem a ser lineares ou com padrão específico
Alterações ósseas	Trauma de parto, osteomielite, osteogênese imperfeita, escorbuto, intoxicação por vitamina A, sífilis congênita, doença de Caffey

Fraturas nas costelas	Podem ser causadas por manobras de ressuscitação cardiopulmonar
Traumas toracoabdominais	Quedas de grandes alturas em crianças mais velhas ou acidentes automobilísticos
Achados neurológicos	Trauma de parto, meningites, sepse, intoxicação por monóxido de carbono, erros inatos do metabolismo
Hemorragias retinianas	Podem ocorrer em até 14% dos recém-nascidos devido ao trauma de parto e, geralmente, se resolvem espontaneamente
Hemorragia intracraniana	Pode ser causada por malformações ou aneurismas (raro em crianças menores de 3 anos)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Abordagem inicial

A estabilização do paciente deve seguir protocolos como o ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) e o PALS (*Pediatric Advanced Life Support*).

Em casos de fraturas múltiplas ou em diferentes estágios de consolidação, a avaliação de uma equipe de Ortopedia é fundamental. Da mesma forma, lesões torácicas e abdominais demandam investigação para lacerações viscerais, hemotórax e outros traumas ocultos.[28,31]

Para o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave, a prioridade é a estabilização respiratória, hemodinâmica e neurológica, com o objetivo de prevenir sequelas e reduzir a mortalidade. O manejo específico da hipertensão intracraniana é essencial.

→ *Ações interdisciplinares e documentação*

O cuidado ao paciente deve ser multidisciplinar, envolvendo psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. A documentação é um passo crítico: os registros no prontuário devem ser objetivos, detalhados e cronológicos. Além disso, o registro fotográfico das lesões deve ser feito mediante autorização. O plano terapêutico deve focar na proteção e cuidado integral, inclusive após a alta hospitalar. A ética, a legislação e os protocolos assistenciais devem sempre orientar a conduta, garantindo a segurança e os direitos do paciente.

O Capítulo 19 aprofunda a discussão e fornece informações mais detalhadas sobre o roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento.

Considerações finais

A violência física contra crianças e adolescentes é um desafio complexo, mas a resposta a ela deve ser um compromisso de toda a sociedade. Enfrentar essa questão exige não apenas atenção, mas uma ação imediata e compassiva.

A identificação precoce dos sinais de abuso, tanto os visíveis quanto os emocionais, é o primeiro passo para a proteção. Cada profissional de saúde, educador e cidadão tem o poder de ser uma luz de esperança, observando e agindo com responsabilidade diante de qualquer suspeita. Ao perceber um sinal de alerta, a abordagem deve ser sempre empática, respeitosa e centrada na vítima, criando um ambiente onde ela se sinta segura para ser ouvida.

A documentação cuidadosa e precisa dos achados clínicos e comportamentais é mais que um procedimento técnico; é um instrumento essencial para o diagnóstico e, acima de tudo, para a proteção legal das vítimas. É a prova que pode fazer a diferença entre a continuidade do sofrimento e o início da cura.

A luta contra a violência é uma jornada que não se faz sozinho. Ela exige uma ação interdisciplinar e intersetorial poderosa, unindo a expertise de médicos, psicólogos, assistentes sociais e autoridades legais. A notificação obrigatória de casos suspeitos não é apenas um dever ético e legal, mas uma promessa de que a criança não será abandonada a sua própria sorte.

Para construir um futuro mais seguro, é preciso ir além da resposta ao trauma. A conscientização e o engajamento de toda a sociedade são a força que pode transformar o medo em segurança, o silêncio em voz e a dor em dignidade, garantindo um futuro mais digno para todas as crianças e adolescentes.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health [citado 2025 Ago 22]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/wrvh_en.pdf
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União; 1990.
3. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022.
4. Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of

child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
5. Roeders M, Pauschek J, Lehbrink R, et al. Early identification and awareness of child abuse and neglect among physicians and teachers. BMC Pediatr. 2024;24:302. doi: https://doi.org/10.1186/s12887-024-04782-3
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373(9657):68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
7. American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135(5):e1337-54. doi: 10.1542/peds.2015-0356
8. Finkelhor D, Turner H, Shattuck A, et al. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. JAMA Pediatr. 2015;169(8):746-54. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0676
9. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, et al. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Arch Dis Child. 2012;97(12):1019-26. doi:10.1136/archdischild-2012-302263
10. Widom CS, Czaja SJ, Dutton MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. Child Abuse Negl. 2008;32(8):785-96. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.12.006
11. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, organizadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018.
12. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Diário Oficial da União; 2019.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
14. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2007;119(6):1232-41. doi: 10.1542/peds.2007-0883
15. Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? Arch Dis Child. 2005;90(2):182-6. doi: 10.1136/adc.2003.044065
16. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas: instrutivo para preenchimento da ficha de notificação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
17. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153(4):399-403. doi:10.1001/archpedi.153.4.399
18. Pierce MC, Bertocci G, Vogeley E, et al. Evaluating long bone fractures in children: a biomechanical approach with illustrative cases. Child Abuse Negl. 2004;28(5):505-24. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.01.001
19. Offiah A, van Rijn RR, Perez-Rossello JM, et al. Skeletal imaging of suspected child abuse: executive summary. Pediatr Radiol. 2014;44 Suppl 4:S587-90. doi: 10.1007/s00247-009-1157-1
20. Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, et al. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. Pediatrics. 2013;131(2):268-75. doi: 10.1542/peds.2012-1952
21. Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? Pediatrics. 2003;111(3):602-7. doi: 10.1542/peds.111.3.602
22. Labbé J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. Pediatrics.

2001;108(2):271-6. doi: 10.1542/peds.108.2.271
23. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. Pediatr Radiol. 2018;48(8):1048-65. doi: 10.1007/s00247-018-4149-1
24. Sociedade Brasileira de Pediatria. Protocolo de abordagem da criança ou adolescente vítima de violência doméstica. In: Manual de orientação do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da SBP. São Paulo: SBP; 2018.
25. Berkowitz CD. Physical abuse of children. N Engl J Med. 2017;376(17):1659-66. doi: 10.1056/NEJMcp1701446
26. Tate AR, Fisher-Owens SA, Spiller L, et al. Oral and dental aspects of child abuse and neglect: clinical report. Pediatrics. 2024;154(3):e2024068024. doi: 10.1542/peds.2024-068024
27. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e adolescência. In: Burns DA, Campos Jr D, Silva LR, Borges WG, organizadores. Tratado de Pediatria. 4th ed. Barueri: Manole; 2017. p. 92-9.
28. Hirschheimer MR, Abramovici S. Achados clínicos e radiológicos que sugerem maus tratos. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pacolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização e Emergência Pediátrica: ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 11–50.
29. Rebbe R, Mienko JA, Martinson ML. Incidence and risk factors for abusive head trauma: a population-based study. Child Abuse Rev. 2020;29(3):195-207. doi: 10.1002/car.2630
30. Narang SK, Haney S, Duhaime A-C, et al. Abusive head trauma in infants and children: technical report. Pediatrics. 2025;155(3):e2024070457. doi: 10.1542/peds.2024-070457
31. Jenny C, Hymel KP, Reinert SE, et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. JAMA. 1999;281(7):621-6. doi: 10.1001/jama.281.7.621
32. Kochanek PM, Tasker RC, Carney N, et al. Guidelines for the Management of Pediatric Severe Traumatic Brain Injury. 3rd ed. Update of the Brain Trauma Foundation Guidelines, Executive Summary. Pediatr Crit Care Med. 2019;20(3):280-9. doi: 10.1097/PCC.0000000000001735

CAPÍTULO 4

Negligência ou omissão do cuidar

Mário Roberto Hirschheimer
Ana Lucia Ferreira

A negligência, embora frequentemente invisibilizada, constitui uma violação grave dos direitos da criança e do adolescente. Diferente da violência ativa, ela se expressa na omissão – naquilo que não se faz, mas deveria ser feito para garantir cuidados físicos, emocionais, educacionais e de proteção. A negligência institucional pode ser perpetuada por sistemas que falham em oferecer assistência adequada, reproduzindo uma lógica de violência simbólica.[1]

O conceito "omissão do cuidar" permite diferenciação de valores com as definições constantes na área da Justiça, esfera imprescindível na assistência das situações de violência contra crianças e adolescentes, onde a negligência é definida como crime sem intenção de dolo, ou de forma não voluntária, o que se sabe não representa a realidade.[2]

Formas de apresentação da omissão do cuidar

A omissão do cuidar engloba tanto a forma sociocultural como intencional do descuido, desproteção ou desafeto, a última ocorrendo em todas as classes socioculturais. As duas devem ser notificadas e acompanhadas, mas necessitam de abordagens completamente diferenciadas.[2]

→ *Forma social-cultural (não intencional)*

Acontece nas classes sociais menos favorecidas, pela ausência de condições econômicas e culturais mínimas. São famílias que vivem para o próprio dia, e o bem-estar dos filhos se limita à sobrevivência,

sem o saber e a condição financeira para oferecer cuidados e estímulos de que realmente necessitam.

A etiologia socioeconômica da negligência introduz uma camada de complexidade, demonstrando que a pobreza e a miséria, embora fatores de risco significativos, não suprimem a capacidade de afeto e preocupação parental.

A presença de sentimentos positivos em pais que vivem em contextos de privação pode levá-los a oferecer o que têm de melhor, muitas vezes em prejuízo próprio. Essa observação sugere que a mera condição de pobreza não é suficiente para caracterizar a omissão do cuidado em todos os casos. Portanto, a intencionalidade e a dimensão afetiva devem ser consideradas como elementos essenciais na avaliação de contextos de privação, a fim de se obter uma compreensão mais completa e nuançada do fenômeno.

→ *Forma intencional (consciente ou não)*

É aquela em que a omissão não se origina primariamente da ausência de condições econômicas, culturais mínimas ou de um saber fundamental sobre como prover o cuidado, o que caracteriza a «forma social-cultural (não intencional)». Mesmo que os pais não tenham plena consciência do impacto da violência que praticam, a omissão intencional se manifesta por uma falha deliberada na priorização ou na vontade de suprir necessidades, e essa falha não pode ser justificada por um tipo de «ignorância» ou "desconhecimento" que está atrelado à condição socioeconômica ou à falta de recursos básicos.[1] A ausência de consciência se refere ao reconhecimento do dano e não à impossibilidade de prover o cuidado por falta de recursos ou de um saber básico.

São sinais de alerta para omissão do cuidar intencional, em qualquer classe sociocultural, crianças e adolescentes que:

- Não recebem dos pais o mínimo de atenção e/ou afeto.
- São deixados aos cuidados de terceiros, ou a seu próprio, sem interesse dos adultos responsáveis em conhecer suas necessidades, ansiedades ou desejos.
- Passam os dias com companhias que os pais desconhecem, fazendo escolhas sem orientação, argumentação ou contraposição.
- Não recebem acompanhamento adequado à saúde, apenas em emergências, muitas vezes adiando-se tratamentos indispensáveis.

- Sofrem descaso diante da proteção a doenças ou traumas não intencionais (ditos "acidentais").
- Não conseguem incentivo nem supervisão do desempenho escolar, lembrados apenas em situações de grande dificuldade ou fracasso.

Tipos de negligência e seus impactos

A classificação da negligência segundo suas manifestações e a descrição geral de cada modalidade podem ser consultadas no Quadro 4.1. Adicionalmente, o Quadro 4.2 apresenta, de forma organizada, os impactos mais recorrentes associados a cada tipo de negligência aqui abordado.

Quadro 4.1 – Os principais tipos de negligência

Tipo de negligência	Descrição geral
Negligência física	Falha em prover as necessidades básicas para a sobrevivência e o bem-estar da criança
Negligência no cuidado à saúde	Recusa ou omissão em buscar assistência médica, mesmo com necessidade evidente
Negligência emocional	Falha em atender às necessidades emocionais da criança, levando a danos psicológicos
Negligência educacional	Falha em prover acesso à educação básica ou em garantir a frequência escolar

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 4.2 – Impactos comuns da negligência

Negligência física	Desnutrição, atraso motor
Negligência no cuidado à saúde	Agravamento de doenças, sequelas
Negligência emocional	Ansiedade, baixa autoestima
Negligência educacional	Dificuldade de aprendizagem, evasão escolar

Fonte: Elaborado pelo autor.

Negligência institucional e violência simbólica

A negligência institucional vai além do indivíduo. Ela ocorre quando políticas públicas falham em garantir os direitos básicos previstos na legislação brasileira. A falta de recursos humanos capacitados, medicamentos essenciais e serviços básicos em regiões periféricas pode configurar grave violação.[3-5]

A legislação brasileira é clara: é dever de todos proteger crianças e adolescentes (Art. 227 da Constituição Federal). O Capítulo V (Relação com Pacientes e Familiares), do Código de Ética Médica, exige do profissional atenção à integridade dos pacientes. A jurisprudência também tem reconhecido casos em que a omissão de serviços públicos ou profissionais configura negligência com repercussão legal.

O Quadro 4.3 apresenta o arcabouço jurídico e jurisprudencial que fundamenta a obrigação do Estado em assegurar o atendimento médico à população, especialmente no que se refere à proteção integral de crianças e adolescentes, evidenciando que a omissão nesse dever configura violação de direitos constitucionais e legais.

Quadro 4.3 – Base legal e jurisprudencial da obrigação estatal de garantia ao atendimento médico

Constituição Federal de 1988	**Art. 6º**: Define a saúde como direito social **Art. 196**: Estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado **Art. 227**: É dever de todos, família, sociedade e Estado, proteger crianças e adolescentes A omissão do poder público em garantir atendimento especializado pode ser considerada inconstitucional por violar esse direito
Lei nº 8.069/1990 Estatuto da Criança e do Adolescente	**Art. 7º**: Proteção à vida e à saúde; efetivação de políticas sociais públicas para desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas **Art. 9º**: Garantia de condições adequadas para o aleitamento materno, incluindo acesso a locais para armazenamento e guarda do leite **Art. 10º**: Registro de atividades (prontuários), identificação de recém-nascido e mãe, realização de exames essenciais no bebê, declaração de nascido vivo, alojamento conjunto **Art. 11º**: Acesso integral às linhas de cuidado do SUS; atendimento especializado e gratuito para deficiências (Habilitação/Reabilitação); fornecimento gratuito de medicamentos, órteses, próteses e tecnologias assistivas **Art. 12º**: Permanência de um dos pais ou responsável em tempo integral durante internações em estabelecimentos de saúde, inclusive em UTIs **Art. 14º**: Programas de assistência médica e odontológica para prevenção de doenças; campanhas de educação sanitária; vacinação obrigatória; atenção à saúde bucal

Lei nº 8.080/1990 Lei Orgânica da Saúde Regula o funcionamento do SUS	**Art. 7º, inciso II**: Garante atendimento integral, com prioridade para ações preventivas. A ausência de especialistas pode ser interpretada como descumprimento da integralidade do cuidado
Jurisprudência do STJ – Resp 1.115.078-SP	Reconheceu que a falta de atendimento médico especializado configura violação ao direito à saúde e à dignidade humana A decisão reforça que o Estado tem obrigação de fazer, ou seja, deve garantir o acesso ao tratamento necessário
Lei nº 8.742/1993 Lei Orgânica da Assistência Social	Prevê que a assistência social deve atuar em conjunto com a saúde para garantir proteção social A ausência de atendimento especializado pode ser considerada negligência institucional
Resolução nº 439/2012 – Conselho Nacional de Saúde	Recomenda que o SUS garanta acesso a especialistas em tempo adequado A demora ou ausência pode ser considerada violação ética e administrativa

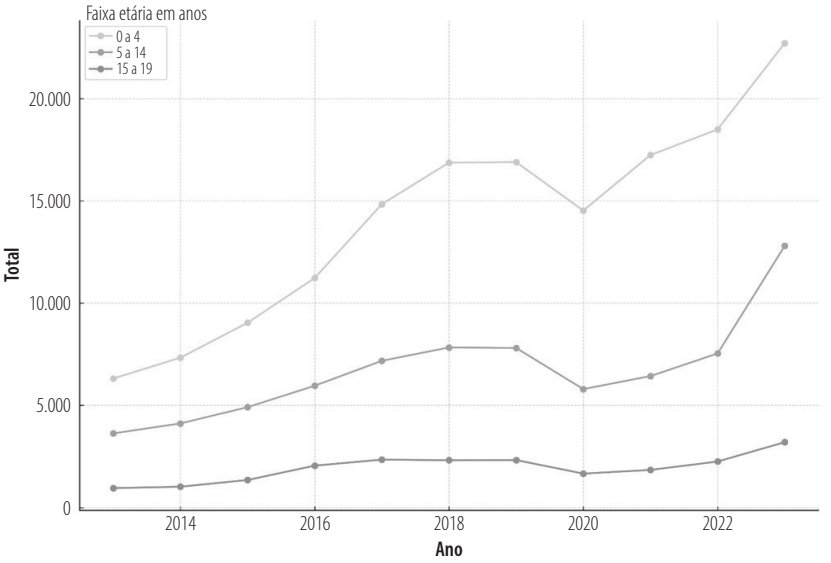
Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Panorama estatístico*

Segundo o **Atlas da Violência 2025**,[6] publicado pelo Ipea e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os casos de violência por negligência tiveram um crescimento expressivo nos últimos anos.

O número de registros de negligência passou de 11.048 em 2013 para 25.607 em 2023. Isso representa um aumento de 132% no período. Na faixa etária dos 0 aos 4 anos, este aumento foi de 352%, como pode ser observado no Gráfico 4.1.

Gráfico 4.1 – Registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de casos de violência por negligência no Brasil, entre 2013 e 2023



Fonte: Atlas da Violência 2025[6]

→ *Implicações sociais*

O cenário revela um colapso na rede de proteção à infância e adolescência, exigindo ações urgentes do poder público e da sociedade civil. A negligência compromete o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional dos jovens e perpetua ciclos de pobreza e violência.

Negligência física

A negligência física é uma das expressões mais concretas da violência contra crianças e adolescentes. Define-se como a omissão por parte de pais, responsáveis ou instituições em prover cuidados básicos de sobrevivência, como alimentação adequada, higiene, vestuário, abrigo e atenção à saúde. Essa forma de violência, por sua natureza silenciosa e persistente, pode ser subestimada ou normalizada em contextos sociais vulneráveis.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[3] determina como direito fundamental a convivência familiar e comunitária em condições de dignidade. A negligência física, portanto, constitui uma grave violação desses princípios, estando associada a consequências clínicas, psicológicas e sociais duradouras.

→ *Principais manifestações*

O Quadro 4.4 ilustra as principais formas de negligência física, indicando as consequências diretas de cada tipo de descuido ou omissão no provimento de necessidades básicas.

Quadro 4.4 – Formas de negligência física

Falta de alimentação adequada	Resultando em desnutrição, anemias e atraso no crescimento
Descuido com higiene corporal e ambiental	Favorecendo infecções e doenças dermatológicas
Habitação precária	Sem acesso à água potável, saneamento básico ou proteção contra intempéries
Exposição a riscos ambientais	Como produtos tóxicos, animais peçonhentos, intempéries climáticas ou violência urbana

Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Impactos clínicos e psicossociais*

O impacto da negligência física transcende o corpo. Crianças expostas a essa forma de violência apresentam maior risco de retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo,[7] distúrbios de comportamento, ansiedade e baixa autoestima.[4] Além disso, estão mais suscetíveis à vulnerabilidade social, dificuldades escolares e evasão educacional.[8]

Negligência no cuidado à saúde

A negligência no cuidado à saúde, por vezes chamada de "negligência médica", vai muito além de uma falha técnica. Ela representa uma ruptura ética, pois confronta diretamente a confiança do paciente e a responsabilidade do profissional da saúde, abalando os alicerces da própria relação de cuidado.[9-11]

A busca por atendimento médico em serviços de urgência e emergência, mesmo diante de agravos considerados corriqueiros, tem se tornado uma prática comum entre muitas famílias. Questões como a dificuldade de agendamento em unidades de atenção básica, falta de vínculo com o profissional de referência ou mera comodidade fazem com que o pronto-socorro seja utilizado como porta de entrada preferencial ao cuidado de crianças e adolescentes. Tal prática contribui para a sobrecarga desses serviços, desviando sua função principal de assistência a situações verdadeiramente urgentes.[2]

Entre os responsáveis, permanece o mito da resolutividade imediata atribuída ao atendimento emergencial – um modelo em que, sem agendamento prévio, o médico solicita exames, estabelece o diagnóstico e propõe o tratamento definitivo. Entretanto, essa concepção é equivocada e compromete a qualidade do cuidado. Há tempos, os prontos-socorros pediátricos vêm perdendo o caráter de assistência a urgências reais, assumindo o papel de serviços de conveniência. Essa distorção no fluxo de assistência coloca as crianças em risco, especialmente aquelas em desenvolvimento ou portadoras de condições crônicas.[2]

É imprescindível que o pediatra que realiza o atendimento emergencial oriente a família sobre a limitação desse cuidado, ressaltando seu caráter inicial e episódico. Ao dispensar o paciente, deve-se enfatizar a necessidade de continuidade assistencial em ambiente ambulatorial - seja em unidade básica de saúde ou com o pediatra responsável. A não adesão a essa recomendação frequentemente resulta em múltiplas reinserções ao serviço de emergência, com agravamento da condição clínica e elevação de riscos.[2]

No seguimento ambulatorial, a criança e sua família recebem não apenas orientações para a manutenção terapêutica, mas também uma abordagem integral de promoção da saúde e prevenção de agravos. É nesse espaço que se consolida o acompanhamento longitudinal e a vigilância sobre o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. Portanto, o absenteísmo a consultas programadas deve ser rigorosamente investigado e, diante de indícios de negligência, é recomendável considerar a notificação ao Conselho Tutelar após a devida avaliação clínica e social.[2]

A negligência no cuidado à saúde torna-se ainda mais preocupante em casos de doenças crônicas, dada a maior morbimortalida-

de associada à não adesão terapêutica. A introdução de tratamentos pediátricos mais complexos e os efeitos colaterais de diversos fármacos aumentam a vulnerabilidade desses pacientes. Estudos apontam que crianças negligenciadas nesse aspecto têm riscos aumentados de desfechos desfavoráveis e reinternações por complicações evitáveis.[12]

A Academia Americana de Pediatria (AAP) estabelece critérios fundamentais para que profissionais da saúde possam identificar esse tipo específico de negligência, especialmente aqueles que atuam na linha de frente da assistência pediátrica.[13]

Esses critérios, apontados no Quadro 4.5, contemplam aspectos éticos, clínicos e sociais da tomada de decisão e são utilizados como guia no reconhecimento da negligência relativa aos cuidados médicos.

Quadro 4.5 – Critérios para caracterização de negligência no cuidado à saúde

Critério	Descrição	Exemplo clínico
Risco ou dano à criança	A criança está em risco ou já sofreu prejuízo por ausência de cuidados médicos adequados	Criança com febre persistente por vários dias sem ser levada ao atendimento médico, evoluindo para sepse
Benefício comprovado do tratamento	O tratamento indicado é eficaz e clinicamente recomendado para a condição apresentada	Diagnóstico de pneumonia com indicação de antibiótico, recusado pelos pais sem alternativa terapêutica válida
Relação risco-benefício favorável	Benefícios do tratamento são significativamente maiores que seus riscos	Indicação de insulina para criança com diabetes tipo 1, com não adesão por parte dos responsáveis, levando à cetoacidose diabética
Tratamento acessível não utilizado	O tratamento está disponível na rede pública ou privada, mas não é utilizado pelos pais	Terapia de reabilitação ofertada em ambulatório para criança com paralisia cerebral, porém nunca iniciada pelos responsáveis apesar de agendamentos
Compreensão dos pais	Os pais foram orientados e demonstraram entendimento das implicações da não adesão	Após reunião com equipe médica sobre a necessidade de seguimento oncológico, a família compreende as orientações, mas abandona o tratamento por escolha própria

Fonte: Jenny C, et al.[13]

Esses parâmetros constituem uma ferramenta essencial para o julgamento clínico em situações complexas, permitindo ao profissional avaliar a extensão da responsabilidade dos cuidadores e, quando necessário, adotar medidas legais de proteção à criança ou adolescente.

Negligência emocional

A negligência emocional configura uma das formas mais silenciosas e prejudiciais de violência contra crianças e adolescentes. Ao envolver a omissão de afeto, apoio psicológico, estímulo ao vínculo e cuidado subjetivo, ela compromete o desenvolvimento afetivo e cognitivo, interferindo diretamente na construção da identidade e da saúde mental dos indivíduos em formação.[1,4,8]

Diferente de outras manifestações de violência, a negligência emocional pode ser invisível a olho nu e mais difícil de identificar por profissionais da saúde. Ainda assim, suas consequências são profundas e duradouras, exigindo atenção clínica, ética e institucional.

→ *Caracterização e comportamentos associados*

A negligência emocional inclui:

- Ausência de expressão de afeto ou validação emocional.
- Rejeição ou indiferença ao sofrimento psíquico da criança.
- Falta de envolvimento nos processos de aprendizagem ou socialização.
- Exposição recorrente a ambientes desprovidos de acolhimento, escuta e segurança afetiva.

Tal negligência pode configurar uma forma de violência simbólica, pois nega à criança os elementos subjetivos que lhe permitem construir uma imagem de si integrada e valorizada.[7]

→ *Impactos no desenvolvimento*

As evidências científicas mostram que a negligência emocional está diretamente ligada a:

- Dificuldades no desempenho escolar e nas relações sociais.[8]
- Déficits na autorregulação emocional e no desenvolvimento da empatia.[9]
- Quadros de depressão, ansiedade e transtornos de apego.[10]
- Alterações neurobiológicas decorrentes de privação afetiva crônica.

Estudos indicam que crianças expostas à negligência emocional apresentam respostas fisiológicas semelhantes às observadas em vítimas de violência física, incluindo alterações nos níveis de cortisol e maior vulnerabilidade ao estresse tóxico.[14]

Negligência educacional

A negligência educacional é uma forma de violência que compromete o direito fundamental da criança e do adolescente à educação

e ao pleno desenvolvimento intelectual, social e afetivo. Ela ocorre quando pais, responsáveis ou instituições deixam de oferecer ou garantir o acesso e a permanência em processos educativos formais e informais.[1,2] Tal omissão pode ter causas diversas: desde contextos de vulnerabilidade social e falta de políticas públicas até atitudes desinteressadas ou despreparadas por parte dos cuidadores.

O ECA[3] assegura o direito à educação como instrumento de dignidade e cidadania. Portanto, sua violação pela negligência educacional configura uma agressão à infância que pode resultar em impactos duradouros, dificultando o desenvolvimento de competências essenciais à vida em sociedade.

→ *Características e tipos de negligência educacional*

A negligência educacional pode se manifestar de forma direta ou indireta, como:

- Impedir ou negligenciar o acesso da criança à escola.
- Desconsiderar dificuldades escolares sem buscar apoio pedagógico ou psicológico.
- Recusar a participação em atividades extracurriculares ou sociais relevantes.
- Desvalorizar ou desqualificar processos de aprendizagem e a atuação docente.

O letramento funcional em saúde é diretamente influenciado por processos educativos na infância. A negligência nesse campo compromete não apenas o rendimento escolar, mas também o entendimento de cuidados pessoais, prevenção de doenças e tomada de decisões de saúde ao longo da vida.[8]

→ *Impactos no desenvolvimento neuropsicomotor*

Crianças negligenciadas educacionalmente enfrentam riscos elevados de:

- Atrasos no desenvolvimento cognitivo e linguagem.[7]
- Dificuldades de socialização e autoestima comprometida.
- Baixo desempenho acadêmico e maior probabilidade de evasão escolar.
- Menor capacidade crítica e vulnerabilidade à desinformação.[1,2,4]
- Exclusão digital e dificuldades em acompanhar transformações tecnológicas e sociais.

Além disso, a negligência educacional agrava desigualdades estruturais e limita o acesso a oportunidades futuras, perpetuando ciclos de pobreza e exclusão social.

Prevenção da negligência e violência intrafamiliar

A identificação precoce de comportamentos de risco constitui uma estratégia fundamental na prevenção da negligência e da violência contra crianças e adolescentes. Esses comportamentos podem ser observados desde o período pré-natal (Quadro 4.6) até o puerpério (Quadro 4.7), sendo indicadores relevantes de vulnerabilidade social, emocional e clínica:[2]

Quadro 4.6 – Indicadores de risco no atendimento pré-natal

- Gravidez indesejada e não aceita
- Abandono paterno e/ou familiar
- Ocultação da gravidez
- Tentativa de aborto
- Desejo de entregar o filho para outra família ou instituição
- Responsável único sem suporte emocional ou financeiro mínimo
- Conflitos intensos entre os genitores
- História de doença mental ou distúrbios emocionais
- Abuso de substâncias lícitas ou ilícitas
- Antecedentes de comportamentos violentos
- Histórico pessoal de vitimização

Fonte: Adaptado de: Pfeiffer L, et al.[2]

Quadro 4.7 – Indicadores de risco no atendimento perinatal e puerperal

- Sinais de tristeza, depressão ou apatia materna
- Comentários depreciativos acerca do bebê
- Frieza, indiferença ou distanciamento emocional
- Evitação de contato físico, alimentação ou afeto
- Repulsa diante de secreções ou excrementos do bebê
- Recusa ou indiferença em relação ao aleitamento
- Desinteresse pelas orientações sobre cuidados e desenvolvimento
- Ausência de visitas ao recém-nascido hospitalizado
- Falta de evolução clínica da criança sem causa aparente

Fonte: Adaptado de: Pfeiffer L, et al.[2]

A negligência nos cuidados de saúde é um fenômeno multifatorial que engloba tanto a esfera familiar quanto a dos próprios profissionais. Dessa forma, para uma análise completa dos elementos que contribuem para essa condição, o Quadro 4.8 lista os principais fatores associados à negligência em ambos os âmbitos.

Quadro 4.8 – Fatores associados à negligência nos cuidados de saúde

Fatores familiares

Dificuldade financeira
Falta de acesso aos serviços de saúde
Desorganização ou violência familiar
Ausência de conhecimento ou consciência sobre cuidados a crianças
Descrédito nos profissionais de saúde
Interpretação equivocada de comportamentos infantis como desobediência ou desafio

Fatores relacionados aos profissionais de saúde

Desconhecimento de práticas culturais distintas
Falhas na comunicação entre equipe de saúde e familiares

Fonte: Adaptado de: Pfeiffer L, et al.[2]

→ *Estratégias intersetoriais no enfrentamento da negligência*

A abordagem da negligência em contextos de saúde pediátrica exige uma conduta cautelosa e proativa por parte dos profissionais. A detecção precoce de sinais de sofrimento que não se manifestam externamente é essencial. Para isso, os profissionais de saúde, especialmente os que atuam com populações pediátricas, devem empregar escuta ativa e habilidades comunicacionais aprimoradas para identificar indícios de negligência emocional e educacional, como ausência de afeto, estímulo ou suporte ao desenvolvimento. Esta sensibilidade é crucial para a proteção da criança ou adolescente. A atuação profissional deve ser pautada pela ética e pelo cuidado, com a abordagem de contextos familiares de forma não-julgadora, mas com a firmeza necessária para garantir a segurança do paciente. As ações recomendadas variam de acordo com a situação clínica observada.

Em casos de faltas recorrentes a consultas, a equipe de saúde deve investigar as causas das faltas, entrando em contato ativo com os responsáveis para compreender as barreiras de acesso. Se a negligência for confirmada e reiterada, a notificação aos órgãos de proteção é imperativa.

Diante da recusa dos responsáveis em aceitar um tratamento eficaz, o profissional deve reforçar as informações sobre os riscos e benefícios da decisão, registrando todas as orientações fornecidas. A equipe deve avaliar a necessidade de envolvimento do serviço social para mediar o caso e garantir que o melhor interesse da criança seja priorizado. A não adesão ao tratamento pode ter consequências graves, sendo recomendada a criação de um plano de seguimento estruturado para apoiar a família, facilitar o acesso a medicamentos e serviços e garantir um acompanhamento contínuo por uma equipe multidisciplinar.

A abordagem clínica e social exige um manejo integrado e colaborativo. O profissional deve:

- Acolher a criança e a família, utilizando a escuta ativa para compreender o contexto situacional.
- Registrar os achados clínicos e sociais de forma precisa e detalhada, documentando as evidências para um registro técnico e legalmente válido.
- Articular o caso com uma rede de suporte interdisciplinar, incluindo assistentes sociais, psicólogos e outras especialidades, para garantir um acompanhamento integral.

Uma vez que um caso de negligência é identificado, o profissional de saúde deve seguir um protocolo de manejo. O fluxo detalhado é discutido de forma aprofundada no Capítulo 19 - "Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento".

As estratégias de intervenção em casos de negligência podem ser organizadas em três níveis de atenção à saúde, não excludentes entre si:

- **Atenção básica** é focada na prevenção e identificação precoce, envolvendo ações contínuas como consultas pediátricas regulares e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, além de ações educativas para as famílias e a articulação com a rede de proteção social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Conselho Tutelar.

- **Atenção secundária**, quando a negligência é confirmada ou há forte suspeita, envolve uma investigação clínica e social detalhada, o encaminhamento para grupos de apoio e instituições especializadas, além da participação de uma equipe multiprofissional nas decisões terapêuticas.
- **Atenção terciária**, acionada em casos graves, geralmente em ambiente hospitalar, exige ações de proteção mais robustas, incluindo a comunicação imediata a órgãos como o Conselho Tutelar e o Ministério Público e o planejamento da alta hospitalar somente com a garantia de uma rede de suporte segura e a articulação com a atenção básica para a continuidade do cuidado ambulatorial.

O Quadro 4.9 apresenta o envolvimento intersetorial nas estratégias de enfrentamento, especificando o setor envolvido e sua respectiva contribuição para a intervenção.

Quadro 4.9 – Envolvimento intersetorial nas estratégias de enfrentamento

Setor envolvido	Contribuição para a intervenção
Saúde	Diagnóstico, cuidado clínico, articulação da rede assistencial
Educação	Identificação de comportamentos de risco, suporte psicopedagógico
Assistência social	Apoio material, orientação familiar, inclusão em benefícios sociais
Conselho Tutelar	Proteção legal, responsabilização, encaminhamento às instâncias competentes

Fonte: Elaborado pelo autor.

Negligência e delinquência juvenil

A negligência, particularmente a emocional, é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da delinquência juvenil. A relação entre os dois é complexa e multifacetada, mas diversos estudos e teorias apontam para uma conexão direta:[15-17]

A forte correlação entre a vivência de negligência na infância e o risco de desenvolvimento de conduta delinquente na juventude é inegável. Os elementos-chave dessa associação, desde o fator causal até a consequência direta na delinquência, estão descritos no Quadro 4.10.

Quadro 4.10 – Negligência como fator de risco para a delinquência juvenil

Fator causal	Consequências no desenvolvimento do jovem	Relação com a delinquência juvenil
Deficiência de afeto e carinho	Problemas de vinculação e apego inseguro	Dificuldade em estabelecer relações saudáveis; busca por aceitação em grupos de risco
Falta de suporte e validação emocional	Dificuldades na regulação emocional (impulsividade, agressividade)	Incapacidade de lidar com frustrações; explosões de raiva e comportamentos destrutivos
Ausência de segurança emocional	Baixa autoestima e senso de valor pessoal diminuído	Busca por reconhecimento através de atos transgressivos; vulnerabilidade à manipulação
Pouco estímulo e encorajamento	Problemas de aprendizagem e abandono escolar	Menores oportunidades futuras; maior exposição a ambientes marginais
Limites inconsistentes ou ausência de supervisão	Desenvolvimento de comportamentos antissociais	Desrespeito às regras e normas sociais; predisposição à conduta delituosa
Impacto na saúde mental	Transtornos como ansiedade e depressão	Vulnerabilidade acentuada; comportamentos de risco inadequados para lidar com situações estressantes ou desafiadoras ("*coping*")

Fonte: Elaborado pelo autor.

Embora este capítulo não tenha como escopo a discussão detalhada da criminalidade juvenil, é evidente que estratégias para redução da negligência e da violência intrafamiliar representam caminhos eficazes de prevenção de condutas infracionais na adolescência, além de contribuírem para o fortalecimento da rede de proteção a crianças e adolescente.[2]

Perspectiva institucional da negligência

Ambientes institucionais como o sistema de saúde, instituições educacionais e equipamentos comunitários podem contribuir para o agravamento de situações de negligência por meio de omissões assistenciais, falhas estruturais e práticas despersonalizadas. A negligência

física, por exemplo, é potencializada quando os serviços públicos não asseguram direitos fundamentais relacionados à saúde, alimentação e assistência social, reforçando desigualdades socioeconômicas e comprometendo o desenvolvimento integral da criança.[1]

No contexto escolar, condutas discriminatórias e autoritárias que invalidam os saberes infantis configuram formas institucionais de negligência educacional. A exclusão simbólica desses saberes contribui para o distanciamento afetivo e cognitivo dos alunos, dificultando a construção de vínculos pedagógicos e afetivos significativos.[5]

A negligência emocional, por sua vez, é reproduzida em contextos comunitários marcados pelo estigma social, falta de espaços protetivos e ausência de políticas públicas que valorizem o cuidado e a construção de vínculos familiares e comunitários.[8]

→ *Estratégias de enfrentamento*

A superação dos cenários de negligência institucional exige ações integradas, intersetoriais e contínuas, articulando saúde, educação, assistência social e sistema de justiça. Entre as estratégias recomendadas destacam-se:

- Capacitação continuada de profissionais que lidam com crianças e adolescentes, com foco na atualização sobre os direitos de crianças e adolescentes, comunicação ética e identificação precoce de negligência.
- Fortalecimento das redes de proteção intersetoriais, promovendo diálogo entre serviços e compartilhamento de responsabilidades no cuidado.
- Monitoramento sistemático de riscos em ambientes familiares, escolares e institucionais, com o uso de indicadores de vulnerabilidade social.
- Promoção do letramento funcional em saúde, favorecendo o entendimento da população sobre cuidados essenciais, direitos em saúde e comportamentos protetivos.
- Profissionais da saúde, ao detectarem sinais indiretos de negligência educacional, tais como abandono escolar prolongado, dificuldades cognitivas ou empobrecimento emocional, devem acionar as redes educacionais e comunitárias, atuando como agentes ativos na proteção de crianças e adolescentes.

→ *Recomendações*

Para o enfrentamento efetivo da negligência institucional, sugerem-se as seguintes medidas:

- Reforço estrutural e técnico dos Conselhos Tutelares, com alocação adequada de recursos humanos e materiais.
- Campanhas públicas de conscientização sobre formas de violência silenciosa e invisibilizadas, como a negligência.
- Expansão de programas de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica.
- Qualificação da coleta e análise de dados assistenciais, permitindo maior precisão no direcionamento de políticas públicas e na identificação de populações de risco.

Considerações finais

O investimento social prioritário na infância e adolescência constitui uma ação estratégica para a promoção da saúde pública e da justiça intergeracional. O bem-estar integral e as condições adequadas de desenvolvimento devem ser garantidos como direitos fundamentais, considerando que essas populações representam as bases estruturantes de qualquer sociedade.[18]

É essencial que toda criança nasça em um contexto familiar que a acolha com satisfação e responsabilidade, respeitando sua cultura, modos de vida e valores subjetivos. O desenvolvimento neuropsicomotor ocorre por meio de cuidados e estímulos adequados que se distribuem em aquisições evolutivas progressivas – tanto motoras quanto psíquicas e relacionais – que se interdependem e compõem os fundamentos para o crescimento físico, cognitivo, emocional e social da criança.[19]

Mesmo aquelas que nascem sob circunstâncias de rejeição explícita ou implícita demonstram extraordinária capacidade de recuperação, sobretudo quando recebem intervenções precoces pautadas no respeito, afeto e atenção integral. Essa abordagem deve incluir não apenas o tratamento das lesões físicas ou psíquicas, mas também o fortalecimento das estruturas familiares, respaldadas por mecanismos legais de proteção, que ainda carecem de critérios claros e efetivos para avaliação da realidade do ser em desenvolvimento.[20]

A negligência nos cuidados com crianças e adolescentes, entendida como a omissão do cuidar, pode ocorrer em todas as classes sociais e culturais, exigindo a diferenciação entre negligência intencional (consciente ou não) e aquela influenciada por fatores socioculturais. Essa distinção é essencial para planejar intervenções adequadas, promovendo equidade e melhorias na qualidade de vida das gerações atuais e futuras.

Reconhecer a negligência como forma de violência requer rigor científico e profunda sensibilidade clínica, ética e social por parte dos profissionais da saúde. Ela pode assumir diversas expressões: a negligência física priva o indivíduo de cuidados essenciais e perpetua ciclos de vulnerabilidade; a negligência emocional compromete dimensões subjetivas cruciais, como autoestima, vínculos e saúde mental; e a negligência educacional impede o acesso ao saber, à autonomia e à construção da cidadania.

Essas formas de negligência são muitas vezes invisibilizadas pelas rotinas institucionais, pelas desigualdades estruturais e pelos discursos socialmente naturalizados. Superá-las exige respostas multidisciplinares e políticas públicas eficazes que promovam ambientes protetores, escuta empática, acolhimento e respeito às singularidades da criança.

Além disso, é fundamental reconhecer que a negligência não se restringe às ações individuais dos cuidadores. Sistemas institucionais inteiros, incluindo saúde, educação, justiça e assistência social, podem ser cúmplices silenciosos dessa violação, por meio de omissões, despersonalização do atendimento ou falhas na garantia de direitos. Apenas com engajamento ético, escuta ativa e presença afetiva será possível construir uma prática profissional verdadeiramente transformadora e comprometida com os direitos humanos.

Referências

1. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Cien Saude Colet. 2017;22(9):3013-22. doi: 10.1590/1413-81232017229.13712017

2. Pfeiffer L, Hirschheimer MR, Ferreira AL. Negligência ou omissão do cuidar. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 81-101.

3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança

e do Adolescente e dá outras providências [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
4. Silva AM, Reis AO. Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica. Rev Bras Cresc Desenvolv Hum. 2009;19(3):376-85. doi: 10.7322/jhgd.19933
5. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2004.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência 2025 [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf
7. Azevedo LJ. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. Psicol USP. 2018;29(3):451-8. doi: https://doi.org/10.1590/0103-656420180107
8. Passamai MP, Sampaio HA, Dias AM, et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(41):301-14. doi: https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027
9. Zoboli EL. Tomada de decisão em bioética clínica. In: Siqueira JE, organizador. Bioética clínica. Brasília (DF): CFM/SBB; 2016. p. 149-74.
10. Condes RP. A comunicação de notícias difíceis para os pais. In: Barros VF, coordenador. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente. São Paulo (SP): Atheneu; 2016. p. 323-32.
11. Santos RP, Garros D, Carnevale F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2018;30(2):226-32. doi: 10.5935/0103-507X.20180039
12. Fortin K, Zorc JJ, Stratigis JM, et al. Characteristics of children reported to child protective services for medical neglect. Hosp Pediatr. 2016;6(4):204-10. doi: 10.1542/hpeds.2015-0151
13. Jenny C. Recognizing and responding to medical neglect. Pediatrics. 2007;120(6):1385-9. doi: 10.1542/peds.2007-2903
14. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain. Working Paper no. 3 [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf
15. Silva JF. A influência da negligência familiar na adolescência [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Rio do Sul (SC): Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí; 2017 [citado 2025 jul 10]. Disponível em: http://www.ensinosuperior.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Joseane-Fernanda-da-Silva.pdf
16. Nardi FL, Hauck Filho N, Dell'Aglio DD. Preditores do Comportamento Antissocial em Adolescentes. Psicol Teor Pesq. 2016;32(1):e2016165106. doi: https://doi.org/10.1590/0102-37722016011651063070
17. Ferreira CM, Matos MG [homepage on the Internet]. Problemas de comportamento e bem-estar psicológico em adolescentes. Psicol Saúde Doenças. 2019;20(2):469-81. doi: https://doi.org/10.15309/19psd200215
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Jul 10]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Desenvolvimento neuropsicomotor,

sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para pais e cuidadores primários [citado 2025 Out 15]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/desenvolvimento_neuropsicomotor_guia_pais.pdf

20. Shonkoff JP. Capitalizing on advances in science to reduce the health burdens of early childhood adversity. JAMA Pediatr. 2016;170(1):9-10. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.1559

CAPÍTULO 5

Violência psicológica

Anna Christina da Motta P. Cardoso de Mello
Gislene do Carmo Jardim
Vera Ferrari Rego Barros

A violência psicológica contra crianças e adolescentes é a modalidade de violência que acontece nas relações interpessoais, de modo direto ou indireto, no ambiente familiar ou fora dele (na escola, na instituição ou em outros espaços frequentados por essa faixa etária).[1,2] É a forma de violência contra crianças mais prevalente no mundo, bem como uma das mais difíceis de diagnosticar por ter raras notificações.[3]

Trata-se do proferimento de palavras, imposição de atitudes, de comportamentos e/ou de ambientes negativos criados por adultos (ou por outras crianças e adolescentes), de caráter repetitivo, extensivo e deliberado. Seu impacto sobre o psiquismo em desenvolvimento ultrapassa a capacidade de elaboração psicológica desses infantes e resulta em sérios prejuízos para seu desenvolvimento psicoafetivo, relacional e social. A violência psicológica está presente também em outras formas de violência ou de negligência.[1-4]

Na última década, sobretudo após o período vivido sob pandemia de SARs-Cov 19 (final de 2019 a meados de 2022), em que famílias e instituições se fecharam em si mesmas, a clínica pediátrica e psicológica de crianças e adolescentes viu aumentar a incidência de casos desses pacientes submetidos a relações intrafamiliares de natureza violenta e/ou desorganizada. Além desse cenário, o aumento abrupto, deliberado e muitas vezes precoce do uso de redes sociais por crianças e adolescentes conduziu a um enorme crescimento de quadros

de ansiedade e de depressão, produzindo uma geração de crianças e jovens adoecidos por este fenômeno. A falta de acompanhamento e de controle supervisionado do uso das redes sociais e de atividades na internet por crianças e adolescentes pode ser considerada uma forma de negligência psicológica de pais/responsáveis, educadores e mesmo de legisladores de modo geral.

Essa omissão, que propicia uma exposição a ambientes tóxicos, sem apoio ou orientação, configura um abandono digital. Não é somente o conteúdo nocivo, mas a ausência de intervenção que mantém a criança em situações de humilhação, medo e insegurança emocional. A negligência parental reforça a sensação de solidão e desproteção, retardando a capacidade de a criança e o adolescente lidarem com situações de risco.

De modo progressivo, nos últimos anos, a prevalência da violência física diminuiu de 20% para 10%, porém a de abuso verbal aumentou de 11,9% para quase 20%. O abuso verbal é uma forma de violência psicológica que afeta uma em cada três crianças no mundo, porém é o tipo de violência que recebe o menor número de intervenções protetivas em relação aos outros tipos de violência, sendo um fenômeno frequentemente subestimado ou negligenciado. Esta forma de abuso, que ocorre desde a infância, tem sido mais comumente associada à probabilidade de baixo bem-estar mental, aumentando a chance de isolamento social, perda de autonomia e sentimento de utilidade na fase adulta da vida.[5]

Formas de violência psicológica

→ *Violência psicológica por ação*[2,3]

• *Rejeição afetiva*: Depreciação ativa da criança e do adolescente, ataque direto a sua autoestima (dizer ou sugerir que não tem valor e que não pode ser amada/o), desencorajamento das expressões de apego (recusar ou rejeitar o afago, carinho ou aproximação que a criança procura), tratamento negativo diferenciado, ameaças de perda de amor e de interesse e até de abandono, agressividade verbal, depreciação da imagem, humilhações verbais ou não verbais, utilização de apelidos ou adjetivos que ridicularizam e inferiorizam, além de comparações maldosas e degradantes.

• *Alto grau de expectativa e de exigência*: Atribuição de tarefas em excesso ou não adaptadas às possibilidades de crianças e adolescentes, que prejudicam o estudo, o descanso e o lazer; responsabilidades e expectativas inadequadas à idade e à condição da criança ou do adolescente; imposição de exigências irrealistas ou inconsistentes.

• *Terrorismo*: Clima ameaçador, hostil e/ou imprevisível: estímulo de medos intensos na criança ou no adolescente, com ameaças diretas de morte, de abandono, de punições extremas ou sinistras, ou ameaças por meio de pessoas ou objetos amados; submissão a acessos de raiva excessivos.

• *Isolamento ou confinamento*: Ação de cortar os contatos usuais da criança ou do adolescente, levando-o a acreditar que está sozinho no mundo e que não pode contar com ninguém; limitação dos movimentos da criança ou do adolescente, fechando-o, isolando-o ou mesmo prendendo-o em domicílio, proibindo-o de ter atividades fora de casa e/ou da escola.

• *Corrupção e/ou exploração*: Indução ou imposição de comportamentos impróprios, antissociais ou desviantes, motivando a criança ou o adolescente à agressão verbal ou física, a atos delinquentes, ao consumo de álcool, drogas e outras substâncias nocivas ou explorando-a/o comercialmente para o sexo.

→ *Violência psicológica por omissão*[2,3]

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

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

Mais recentemente, o uso deliberado de rede social por crianças e adolescentes e a ausência do papel regulador dos pais e/ou responsáveis pode ser entendida como postura negligente por parte destes, colocando em cena uma nova modalidade de violência psicológica.

A conexão precoce e contínua de crianças e adolescentes a seus celulares tem impactado a saúde deles, de maneira peculiar a cada grupo, causando prejuízos, de modo geral, para meninas e meninos de todas as idades: privação social, privação do sono, atenção fragmentada e vício. Para as meninas, em especial, se acresce os fenômenos da comparação social crônica e da agressão relacional e para os meninos, cada vez mais, a tendência a se retirarem do mundo real para viver no mundo virtual.[6]

Características inerentes à infância predispõem crianças a serem alvos nas redes de internet, como o fato de, pela imaturidade neurológica (córtex pré-frontal em desenvolvimento), terem menor força de vontade e maior vulnerabilidade à manipulação. Crianças e adolescentes chegam a ficar conectada/os a redes sociais e atividades de seis a 16 horas por dia, muitas vezes por falta de orientação, supervisão adequada e de acompanhamento de adultos (pais, responsáveis, educadores), o que pode configurar uma situação de negligência psicológica, ensejando medidas protetivas em vários níveis. A exposição desmedida a esses contextos virtuais pode colocá-los como potenciais vítimas de outros tipos de violência, além de causar prejuízos na saúde física e mental desses grupos: irritabilidade, ansiedade, depressão, imunossupressão, ganho de peso, isolamento social, entre outros problemas físicos e emocionais.[6]

→ *Violência psicológica no ambiente virtual*[7]

Esse assunto será aprofundado no Capítulo 11.B, fornecendo informações mais detalhadas sobre este tema.

• *Cyberbullying*: Intimidação sistemática virtual, individual ou em grupo, por meio de violência física e/ou psicológica, de forma intencional e repetitiva. Inclui atos de humilhação, discriminação ou ações verbais, morais, sexuais, sociais, psicológicas, físicas, materiais ou virtuais, praticadas na internet, redes sociais, aplicativos ou jogos *online*. Pode incluir elementos de racismo, misoginia, LGBTfobia, capacitismo. O *cyberbullying* é crime.

• *Cyberstalking*: Assédio, perseguição (*stalking*), ataques de ódio ou vigilância indesejada ou excessiva que ocorre no ambiente digital. O *cyberstalking* é crime, com pena aumentada quando praticado contra crianças ou adolescentes.

• *Aliciamento sexual (grooming)*: O adulto coage, manipula, engana ou extorque crianças e adolescentes para que participem de atividades sexuais ou produzam e compartilhem imagens de conteúdo sexual de si mesmos. Às vezes, há manipulação para que a criança envolva seus irmãos ou colegas nessas atividades. Pode acontecer em plataformas e aplicativos, sem precisar que o agressor tenha contato físico com a criança, podendo evoluir para contatos no mundo real. Pode envolver a prática de diversos crimes.

• *Sextorsão*: Ocorre quando alguém ameaça divulgar imagens íntimas, em fotos ou vídeos, para obrigar a vítima a fazer algo que não quer. É uma forma de extorsão vinculada à exposição não autorizada de conteúdo íntimo, mesmo que as imagens tenham sido enviadas voluntariamente. Muitas vezes, tem forte componente misógino e pode ter graves repercussões na saúde mental e no bem-estar da vítima.

• *Apostas online (bets):* Utilização de plataformas de jogos de apostas *online*. No Brasil, a participação de crianças e adolescentes é proibida, assim como o direcionamento publicitário para esse público. A vulnerabilidade infantojuvenil aos jogos e apostas *online* traz preocupações significativas, com risco de dependência e transtornos do jogo patológicos.

Modalidade especial da violência psicológica: a alienação parental e as falsas memórias

→ *Alienação parental*

Neste fenômeno, o genitor dito alienante, encarrega-se de decompor a imagem do outro genitor, de modo a desqualificá-lo ou, ainda, fazer a criança temê-lo ou entrar em um conflito de lealdade, podendo provocar nela um quadro de ansiedade e desinteresse, que resulte em pânico ou na repulsa total do genitor alvo da alienação. O genitor alienante se arma de palavras e ações que, muitas vezes, não correspondem à realidade do genitor atacado.[3]

Seguem exemplos:

• Um dos genitores critica o desinteresse do outro pela escola ou outras atividades do filho, não declarando a criança/adolescente que excluiu aquele de participar de tais eventos.

- O genitor alienante compete com o outro em realação a bens materiais, passeios organizados em dias de visita, etc.
- O genitor alienante intencionalmente traz à memória do filho situações de colocação de limites e imposições feitas pelo genitor alienado, de modo a eternizar um conflito entre eles.
- O genitor alienante desvaloriza, ridiculariza, quebra ou oculta objetos presenteados pelo genitor ausente.
- O genitor alienante imagina e convence o filho de que o outro genitor não poderá garantir sua integridade física, sexual e psicológica ou trará prejuízo a esta.
- O genitor alienante pode criar situações para obstaculizar o filho a conviver com o outro genitor ou o afastar deste deliberadamente, mudando-se de bairro, cidade ou país. O pior cenário é quando o genitor alienante cria situações fictícias ou hiperdimensiona outras que se configurem falsas alegações contra o genitor alienado, a fim de impedir o convívio entre este e o filho.

Uma ou mais dessas atitudes caracterizam uma postura alienadora de um dos genitores sobre o outro, muitas vezes estendida aos familiares deste último.

É consenso entre os profissionais da infância e adolescência que tal cenário é absolutamente desfavorável ao desenvolvimento físico e à estruturação psíquica saudável de um sujeito. Ao tomar lugar central, com a produção de "suas próprias verdades", em relação à realidade da criança, o progenitor alienante gera um ambiente de ansiedade, raiva, ódio e angústia, que repercutirá na formação dos laços do filho na vida adulta, bem como na formação de sintomas mais complexos como depressão, pânico, dependência química e suicídio. É por tais razões que esse fenômeno configura uma forma corrente de violência psicológica.

A alienação parental ocorre comumente em situações de disputa de guarda entre genitores separados/divorciados, sendo de difícil e complexa detecção, bem como de delicado manejo. O fenômeno foi oficialmente definido pela Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010, que dispõe sobre a alienação parental e alterou o artigo 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considerando: "*Ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente*

promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este".[8]

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

Além dos atos declarados pelo juiz a partir da perícia, quando esta ocorrer, outras atitudes compõem a prática da alienação parental, como: realização de campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; dificultação do exercício da autoridade parental, bem como do contato da criança ou adolescente com genitor ou do exercício do direito regulamentado de convivência familiar; omissão deliberada ao genitor de informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e de alterações de endereço; apresentação de falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar sua convivência com a criança/adolescente; ou, ainda, a mudança de domicílio para local distante, sem justificativa, visando dificultar a convivência da criança/adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós.[8]

É fundamental que os profissionais da saúde e da educação se preparem adequadamente para detectar, intervir e tratar as sérias consequências psicológicas e sociais da alienação parental de crianças e adolescentes, entendendo ser esta uma forma específica de violência psicológica, muitas vezes acompanhada de negligência e de violência sexual indireta, quando faz com que a criança se envolva com uma falsa denúncia de violência emocional, física ou sexual contra o outro genitor.

→ *Implantação de falsas memórias*[1,2,3,9,10]

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

Autores revelam que é possível produzir falsas memórias em crianças por estas serem mais sugestionáveis e em decorrência da dependência psíquica e cognitiva que mantêm em relação aos adultos, o que é bastante comum em casos de alienação parental.[1] Resultados de estudos científicos indicam que o desempenho da memória melhora em crianças em idade escolar e evolui à medida que o desenvolvimento moral avança, sendo as crianças em idade pré-escolar as mais suscetíveis aos processos de alienação que produzem falsas memórias.[9]

Por um processo grave de manipulação e alienação parental, o genitor alienador cria ou impõe falsas ideias nos filhos pelo método de distorções cognitivas e implantação de falsas memórias, forçando-as depois a produzir as falsas alegações e sustentá-las. Crianças aderem por várias razões: medo, consideração, lealdade. Segundo estudiosos do tema, há dois tipos de sugestionabilidade da memória: a autossugerida ou espontânea (advinda de processos internos da pessoa) e a deliberadamente sugerida (que provém do entorno da pessoa). Os dois tipos são passíveis de produzir falsas memórias, que podem surgir tanto por um processo de distorção endógena, quanto por uma falsa informação vinda do ambiente externo, passando a ser lembrada como se fosse uma parte da informação original, não correspondendo a uma recuperação fidedigna da memória.[10]

Diante disso, os tribunais têm sido cada vez mais cuidadosos ao determinar suspensão de visitas ou o afastamento de um dos pais, preferindo estabelecer a visitação acompanhada, de modo a aprofundar a avaliação do caso.[1] Casos de alienação parental e de implantação

de falsas alegações são muito complexos e exigem cautela por parte da equipe interdisciplinar. As avaliações médica e psicológica podem contribuir muito para o melhor esclarecimento das pressões familiares sofridas pela criança/adolescente, além de serem valorizadas nos meios cíveis e criminais.

Sinais de alerta associados à ocorrência da violência psicológica

→ *Sinais físicos*:[3]

• Hipotrofias de estatura e de peso não orgânicas (estagnação do desenvolvimento) ou nanismo de origem psicossocial. A reversibilidade desse sintoma, com a hospitalização da criança e o afastamento dos pais, confirma a suspeita de violência psicológica, isto é, quando retirada de seu meio, a criança apresenta rápida e considerável aceleração do crescimento e ganho de peso.

• Atrasos psicomotores diversos.

• Distúrbios alimentares: perda ou falta de apetite, bulimia, anorexia, obesidade.

• Distúrbios da excreção: enurese, encoprese.

→ *Distúrbios cognitivos:*

• Dificuldade de aprendizado.

• Desinteresse pelo conhecimento.

• Inibição e/ou atraso intelectual.

→ *Distúrbios do comportamento*:[2,3]

• *No lactente*: Condutas de rechaço do bebê em relação aos pais; vigilância gelada (atitude de vigiar os movimentos dos pais com os olhos sem esboçar movimentos corporais próprios) ou controle dos afetos e movimentos em razão do estado emocional dos pais; avidez ou voracidade afetiva (querer afeto demais ou buscá-lo a todo tempo, no desamparo das funções maternas e paternas mal exercidas); depressão com falta de interesse por brinquedos ou por outra estimulação; atitude de intensa e prolongada introspeção, semelhante à que ocorre no espectro autista; excesso de movimentação e agitação; distúrbios do sono, da alimentação e esfincterianos.

• *Na criança*: Grande inibição e passividade, de um lado, ou hiperatividade e instabilidade psicomotoras, de outro, associadas à agressividade contra os outros ou contra si própria.

• *No pré-adolescente e no adolescente*: Fugas; dificuldades escolares ou investimento excessivo na escolaridade; rebeldia e/ou irritação exacerbadas e tentativas de suicídio.

Outros sinais:

- Sofrimento depressivo exteriorizado muitas vezes por meio de tristeza e choro; excesso de emotividade ou transbordamento emocional; sentimento de não ser compreendido, de culpa, de desvalorização e de impotência; sentimento permanente de inferioridade que corta toda sua motivação.
- Submissão alienante à autoridade em virtude de uma má interiorização da lei; adaptação submissa ou, ao contrário, sentimento e atitude de superioridade abusiva.
- Desconfiança paranoica.
- Incapacidade de reconhecer o referencial do outro: necessidades e sentimentos.
- Relação permeada de ansiedade e conflitos com mãe, pai ou ambos, e com figuras que os representam.
- Pouca comunicação ou feita sempre de modo destrutivo.
- Hiper-reatividade de caráter passivo ou agressivo.
- Privação social, privação do sono, atenção fragmentada e vício.[6]
- Sofrimento por comparação social crônica, agressão relacional e perda de contato com o mundo real.[6]

Sinais específicos de alienação parental e de implantação de falsas memórias

Crianças e adolescentes alienados podem apresentar alguns sinais psicológicos e comportamentais mais específicos deste fenômeno, como:

- Rejeição injustificada ou desproporcional por um dos genitores.
- Recusa total de contato com um dos pais.
- Ansiedade exacerbada na presença do genitor alienado, chegando a manifestar comportamentos autodestrutivos e esgotamento emocional.
- Racionalizações fortes, duras e por vezes fúteis para desqualificar o pai e familiares paternos.
- Falta de ambivalência com uma visão binária ou maniqueísta (a

mãe é totalmente boa, o pai é totalmente mau, por exemplo); a perda da ambivalência é o cerne da clivagem do ego ou cisão psíquica, que pode conduzir a um transtorno borderline.
- Justificativa do pensador independente, negando que esteja sendo influenciado por alguém.
- Notada ausência de sentimento de remorso ou de culpa pela postura radical que representa.
- Adoção de visão ou de cenários emprestados, como se a criança os tivesse vivido, mas que lhes foram contados provavelmente pelo genitor alienador ou que podem ser fictícios.[10-12]

Consequências da violência psicológica[2-13]

Embora devastadoras, nem sempre são fáceis de se reconhecer.

Entre outros sinais, incluem:
- Prejuízo duradouro da constituição e da mobilização do sentimento de autoestima e de autoconfiança.
- Vulnerabilidade na constituição e na preservação da saúde física e mental.
- Dificuldade de formar relações interpessoais satisfatórias.
- Descrédito quanto à possibilidade de amar e ser amado.
- Sentimento de culpa e de desamparo.
- Visão pessimista de mundo.
- Grande dificuldade de se comunicar verbalmente de maneira construtiva.
- Comportamentos autodestrutivos, hostis ou antissociais em direção aos outros.
- Dependência, sentimentos depressivos, retraimento.
- Sintomas de ansiedade excessiva.
- Atitudes antissociais.
- Privação ou isolamento social.
- Desejo de fuga ou fuga consumada.
- Tentativas de suicídio ou suicídio consumado.[1-3]

Avaliação clínica[2,3]

1. Apresenta dificuldades de medida e de objetivação, sendo mais eficaz que a médico-legal.

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

Desafio diagnóstico[2,3]

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

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

Diferentemente das outras modalidades de violência, nem os estudos, nem a prática indicam um perfil exato das características de vítimas, autores, natureza dos vínculos e situações ou circunstâncias em que ocorre. Há um consenso em se considerar que a violência psicológica acompanha todas as outras formas de violência. Além disso, acredita-se que o ato ou a omissão psicológica em si não são ligados exclusivamente à sua natureza e intensidade, mas sim à sua frequên-

cia e duração no tempo, bem como à idade e ao nível de desenvolvimento da criança/adolescente. Nesse contexto, a apresentação de um modelo de caso pode ser arriscada.

Referências

1. Baisch VM, Stein L. Debatendo sobre alienação parental: diferentes perspectivas [citado 2025 Ago 24]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Livro-Debatendo-sobre-Alienacao-Parental-Diferentes-Perspectivas.pdf
2. Mello AC. Kit Respeitar: enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: Queremos respeito: Guia para crianças, adolescentes e quem lida com eles. São Paulo (SP): Fundação Orsa/Imprensa Oficial; 2008/2012.
3. Mello AC, Jardim GC. Violência psicológica. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 103-14.
4. Durning P, Fortin A. La maltraitance psychologique: quatrième modalité ou dimension essentielle de tout mauvais traitement? In: Gabel M, Lebovici S, Mazet Ph, editores. Maltraitance psychologique. Paris: Fleurus-Tardy; 1996. p. 53-76.
5. Floresti F. Abuso verbal na infância é tão prejudicial quanto o físico para a saúde mental na vida adulta [citado 2025 Jul 23]. Disponível em: https://portugues.medscape.com/verartigo/6513156_2
6. Haidt J. A geração ansiosa: como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2024.
7. Ministério Público de Pernambuco. Cartilha proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://portal.mppe.mp.br/w/cartilha-proteção-de-crianças-e-adolescentes-em-ambientes-digitais
8. Brasil. Lei nº 12.318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [citado 2025 Ago 24]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14340.htm
9. Neufeld CB, Brust PG, Silva MT. Investigação da memória em crianças em idades escolar e pré-escolar. Psicol Estud. 2011;16(1):123-30. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100014
10. Neufeld CB, Brust PG, Stein LM. Compreendendo o fenômeno das falsas memórias. In: Stein LM, et al. Falsas Memórias: Fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. p. 21-41.
11. Bensunssan P. L'aliénation parentale dans les classifications internationales: DSM-5 et CID-11. In: Mallevaey B, editor. Aliénation Parentale: Regards croisés. Le Kremlin-Bicêtre/Paris: Mare & Martin; 2021. p. 27-38.
12. Pelisoli CL, Mattos E. Perícia psicológica em situações de resistência da criança ao convívio com um dos genitores. In: Guimarães LD, organizador. Manual de perícia psicológica forense: aplicações nos contextos cível e criminal. vol. 2. São Paulo (SP): Vetor; Giunto Psychometrics; 2024. p. 141-73.
13. Gosset D, Hédouin V, Revuelta E, et al. Les sévices psychologiques. In: Gosset D, et al. La maltraitance à enfants. Paris: Masson; 1996. p. 61-78.

CAPÍTULO 6

Violência em casos de crianças e adolescentes com deficiências

Ana Claudia Brandão
Liubiana Arantes de Araújo

A violência contra crianças é um grave problema de saúde pública e de direitos humanos e seus efeitos são tanto imediatos (lesão, medo, afastamento das atividades) quanto de longo prazo (adoecimento físico, emocional e mental, prejuízos educacionais e sociais). Quando nos referimos às crianças e adolescentes com deficiência, há evidências consistentes de que o risco é maior do que entre seus pares sem deficiência. Estimativas globais atualizadas, baseadas em revisão sistemática e metanálise de estudos conduzidos entre 1990 e 2020, indicam que cerca de 1 em cada 3 crianças com deficiência já sofreu algum tipo de violência e que elas são aproximadamente duas vezes mais propensas a sofrer violência do que as outras crianças.[1]

Esse quadro de maior vulnerabilidade convive com uma realidade demográfica expressiva: quase 240 milhões de crianças no mundo vivem com alguma forma de deficiência – algo em torno de 1 em cada 10 crianças, segundo a UNICEF. Ao definir deficiência como uma interação entre impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais e barreiras ambientais que limitam a participação em igualdade de condições, a abordagem atual desloca o foco da "limitação" individual para o contexto do entorno, do ambiente e da falta de acessibilidade.[2]

Este capítulo descreve conceitos, fatores de risco, manifestações e consequências da violência contra a criança/adolescente com deficiência, destaca desafios na identificação e na notificação, revisa

marcos legais e políticas públicas e propõe estratégias de prevenção e intervenção com ênfase na intersetorialidade e em adaptações acessíveis para comunicação e prevenção efetiva.

Conceitos essenciais

Violência é aqui entendida em sentido amplo, incluindo maus-tratos físicos, violência psicológica, violência sexual, negligência/abandono e violência institucional (atos ou omissões de serviços e instituições que resultem em dano, exclusão ou tratamento degradante). No campo da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo "maus-tratos na infância" para condensar todas as formas de violência que ocorrem nas relações de cuidado, destacando seus impactos graves e duradouros ao longo do curso de vida de uma pessoa.[3]

Segundo a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a deficiência não é um atributo isolado do indivíduo. A CDPD considera que impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais interagem com barreiras (arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais, informacionais) produzindo desvantagens e exclusões. Encarar a deficiência desta maneira é central para compreender como a violência pode emergir de contextos que negam apoios, comunicação acessível e respeito à autonomia.[4]

Outra definição relevante neste contexto é o termo neurodiversidade, cunhado nos anos 1990 para descrever a variedade natural de funcionamentos neurológicos na população (ex.: autismo, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, dislexia, epilepsia, altas habilidades, etc.). A perspectiva da neurodiversidade rejeita a ideia de que essas condições são apenas "doenças" a serem corrigidas e propõe vê-las como formas legítimas de diversidade humana. Reconhece que diferenças neurológicas podem trazer desafios, mas também habilidades singulares e que o maior problema não é a condição em si, mas as barreiras sociais que dificultam inclusão e participação.

Vulnerabilidade e contextos de risco

Vários são os fatores que aumentam a vulnerabilidade de crianças com deficiência à violência. Dentre eles, destacamos:

→ *Capacitismo e estigma*

Formas de preconceito e discriminação direcionada às pessoas com deficiência. Está baseado na ideia de que o corpo ou a mente considerada "normal" é superior, enquanto corpos e mentes que funcionam de forma diferente seriam "defeituosos", "menos capazes" ou "um fardo". Estudos e pareceres internacionais destacam a marginalização, a percepção de "alvos fáceis" e a falta de responsabilização como fatores estruturais na nossa sociedade. Pode ser exemplificada com as seguintes manifestações**:**

- Linguagem pejorativa ("coitadinho", "inválido", "retardado").
- Negligência (supor que não vale a pena oferecer cuidado, educação ou oportunidades).
- Exclusão (negar acesso a escolas, atividades de lazer ou serviços de saúde por barreiras físicas, comunicacionais ou atitudinais).
- Infantilização (tratar adolescentes ou adultos como se fossem crianças).
- Invisibilidade (não incluir pessoas com deficiência nas pesquisas, políticas ou estatísticas).

Esse viés estrutural normaliza práticas abusivas e contribui para a violência direta ou indireta contra crianças e adolescentes com deficiência.

→ *Dependência de terceiros*

Limitações em autocuidado, em mobilidade e em tomada de decisões criam relações assimétricas nas quais os abusos e violências podem ser mais difíceis de ser reconhecidos e denunciados.

→ *Barreiras na comunicação*

Dificultam os relatos de violência, os pedidos de ajuda e a compreensão de procedimentos para proteção. Na maioria das vezes, os recursos para Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) - disponibilidade de intérpretes ou tecnologias assistivas - estão ausentes. Relatórios da OMS/UNICEF apontam lacunas importantes no acesso global a tecnologias assistivas, essenciais para a proteção das crianças e adolescentes com deficiência.[5,6]

→ *Ambientes institucionais*

Escolas, abrigos, serviços de saúde sem protocolos inclusivos ou com práticas de contenção e isolamento, reconhecidos como contextos em que a violência pode ocorrer e ser invisibilizada.[7]

→ *Estresse tóxico e experiências adversas na infância*

Além das formas clássicas de violência, é essencial destacar o papel do estresse tóxico e das experiências adversas na infância (EAI) sobre o cérebro em desenvolvimento.[8]

Quando essas experiências - negligência grave, exposição à violência intrafamiliar, abuso físico ou perdas traumáticas - ocorrem em crianças e adolescentes com deficiência, o impacto tende a ser ainda mais profundo. A literatura mostra que a combinação de barreiras funcionais e sobrecarga emocional amplifica o risco de alterações neurobiológicas persistentes em circuitos de regulação do estresse, cognição e comportamento. A Nota de Alerta nº 180 da Sociedade Brasileira de Pediatria (2024)[9] reforça que a violência física e o trauma intencional devem ser reconhecidos como condição crônica, complexa e progressiva, com potenciais sequelas físicas e psíquicas permanentes, se não houver diagnóstico precoce e intervenção adequada.

Box – Exemplo prático

Um menino de 9 anos, com diagnóstico de Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), vive em ambiente de violência doméstica, presenciando agressões entre os pais e sofrendo punições físicas. Além da dificuldade prévia de controle de impulsos e da baixa tolerância à frustração, ele sofre punições desmedidas e violentas de seus cuidadores, gerando sintomas de ansiedade grave, baixa autoestima e comportamento escolar disruptivo. Nesse caso, as experiências adversas na infância funcionam como estressores tóxicos que sobrecarregam ainda mais um cérebro em desenvolvimento já vulnerável, aumentando o risco de trajetórias negativas em saúde mental e aprendizado.

→ *Perfis específicos*

Crianças com **Transtorno do Espectro do Autismo – TEA** associado à **Deficiência Intelectual –** DI têm risco elevado global; TEA sem DI parece particularmente vulnerável à **agressão física reportada** e, ao mesmo tempo, enfrenta **maior dificuldade de substanciação.**[10]

Box – Exemplo prático

> Pré-adolescente com TEA sem DI, não verbal quando em crise, regressa da escola com equimoses lineares recorrentes nos antebraços. O comportamento autoestimulatório confunde a equipe; a anamnese comunicacional adaptada (pictogramas, AAC) e exame físico padronizado revelam lesões com padrão compatível com contenção imprópria.

Estes fatores se somam a determinantes sociais (pobreza, isolamento, discriminação múltipla) e a eventos críticos (conflitos, desastres naturais), compondo um "ecossistema de risco" que exige respostas integradas e sensíveis à deficiência.

Os dados

A literatura científica traz duas referências importantes. A primeira, uma metanálise publicada no *The Lancet*, já mostrava há mais de uma década que crianças com deficiência enfrentam risco significativamente maior de violência, com estimativas elevadas inclusive para violência sexual.[11] A segunda, uma atualização ampla em 2022, consolidou dados de mais de 16 milhões de participantes de 25 países, estimando que 31,7% das crianças com deficiência sofrem violência e reforça o risco relativo duplicado frente às crianças sem deficiência.[1]

Nos sistemas de vigilância e proteção, a subnotificação é um problema crônico, pois somente uma fração dos casos chega ao conhecimento dos serviços como denúncia ou notificação. A OMS ressalta que as dificuldades metodológicas e a invisibilidade de muitos episódios, demandam o fortalecimento dos sistemas de informação, a capacitação das equipes e a educação para o reconhecimento e denúncia.[3]

No Brasil, além dos registros em saúde (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes / Sistema de Informação de Agravos de Notificação – VIVA/SINAN), o Disque 100 funciona como canal nacional para denúncias de violações de direitos humanos. Em 2024, o serviço registrou 657,2 mil denúncias, aumento de 22,6% em relação a 2023, com 4,3 milhões de violações associadas. Estes números evidenciam maior ativação da rede e a necessidade de ações mais robustas (os microdados anuais estão disponíveis publicamente).[12]

Tipos de violência e onde acontecem

As violações mais comuns incluem:

• *Física*: Agressões, contenções indevidas, castigos físicos "disciplinadores" podem ocorrer em domicílio ou em instituições, às vezes, sob a justificativa de "cuidado".

• *Psicológica*: Humilhações, ameaças, isolamento, infantilização, *gaslighting* (é uma forma de abuso em que o abusador manipula a vítima, distorcendo, omitindo ou inventando informações para fazê-la duvidar de sua própria memória, percepção e sanidade), microagressões.

• *Sexual*: Atos com ou sem contato físico, exploração, coerção; risco aumentado em contextos de dependência e baixa privacidade. Dados mostram que a maioria dos agressores são familiares ou conhecidos da família e a maioria das violências sexuais acontecem no domicílio da criança ou adolescente.[1]

Box – Exemplo prático

Um menino de 10 anos com deficiência intelectual moderada apresenta mudança de comportamento: medo intenso de frequentar a escola e regressão no controle esfincteriano. A investigação revela que um auxiliar escolar o convencia a entrar em locais isolados e praticava atos libidinosos.

Comentário: Crianças com deficiência intelectual estão entre as mais vulneráveis ao abuso sexual, pela dificuldade em compreender limites sociais, comunicar-se claramente ou relatar o ocorrido. Revisões sistemáticas apontam risco três a quatro vezes maior de violência sexual em comparação com crianças sem deficiência.[13]

→ *Negligência/abandono*

Omissão de cuidados básicos (saúde, higiene, alimentação, medicação, educação) ou falhas persistentes de estímulos e supervisão.[3]

Box – Exemplo prático

Uma menina de 8 anos, com paralisia cerebral tetraparética, usuária de cadeira de rodas e totalmente dependente para higiene, é trazida à emergência por pneumonia aspirativa recorrente. Durante o exame físico, a equipe percebe úlceras de pressão graves e não tratadas, roupas sujas e sinais de desnutrição. A mãe relata que a criança passa horas sozinha, imobilizada, sem mudança de decúbito adequada.

Comentário: Esse é um exemplo de negligência associada à sobrecarga do cuidador, um dos tipos mais comuns de violência contra crianças com paralisia cerebral. Estudos apontam maior vulnerabilidade de crianças com deficiência motora grave a maus-tratos por dependência total e barreiras de cuidado.[11]

→ *Violência institucional*

Práticas discriminatórias, recusa de atendimento, barreiras à comunicação, uso de medidas restritivas sem justificativa clínica e sem salvaguardas.[7]

→ *Bullying e violência entre pares*

Merecem destaque no ambiente escolar e digital. Dados recentes dos EUA indicam que adolescentes com transtornos do desenvolvimento foram vítimas de *bullying* no último ano em proporção maior (44,4%) do que adolescentes sem deficiência (31,3%).[14] No Brasil, a Lei 13.185/2015 institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*bullying*) e obriga escolas, clubes ou outras instituições a adotarem medidas de prevenção e resposta.

Box – Exemplo prático

Um adolescente de 14 anos com síndrome de Williams, com fenótipo facial característico e atraso de aprendizado leve, participa de uma rede social. Colegas criam um perfil falso com sua foto, adicionam legendas ofensivas ("cara de ET") e disseminam memes. Em poucas semanas, o adolescente apresenta retraimento social, recusa escolar e sintomas depressivos graves.

Comentário: Esse caso exemplifica violência psicológica digital, com repercussões emocionais intensas. Estudos recentes mostram que adolescentes com síndromes genéticas que alteram aparência ou cognição estão em maior risco de cyberbullying, o que pode aumentar a incidência de depressão e ideação suicida.[15]

Consequências para a saúde, educação e a vida social

A violência na infância acarreta efeitos amplos e duradouros. Como o cérebro encontra-se em desenvolvimento, este é um período crítico onde a violência pode acarretar perda de conexões neuronais com impactos a curto, médio e longo prazo ainda maiores que aqueles que as próprias limitações da deficiência trazem.

Entre as repercussões na saúde, a OMS reforça o maior risco de lesões, dor crônica, transtornos de comportamento e mentais (depressão, ansiedade, TEPT), uso de substâncias e comportamento suicida, além de doenças crônicas na vida adulta.[3]

Em crianças com deficiência, estes impactos podem ampliar ainda mais as desvantagens pré-existentes: faltas e evasão escolar, regressão de habilidades funcionais, piora de condições clínicas (controle de crises convulsivas, adesão ao tratamento), retraimento social e rompimento de vínculos de confiança com cuidadores e profissionais. O resultado é a retroalimentação de um ciclo de exclusão – exatamente o oposto da inclusão e participação plena previstas em tratados internacionais.[4]

Barreiras na identificação e na denúncia

Profissionais e familiares frequentemente enfrentam desafios para reconhecer sinais de violência em crianças e adolescentes com deficiência. Mudanças comportamentais podem ser atribuídas indevidamente à deficiência, atrasando o diagnóstico de maus-tratos. Além disso, as barreiras de comunicação impedem que muitas crianças relatem o ocorrido, especialmente quando não dispõem de recursos de CAA ou outros apoios.[5,6]

No Brasil, há marcos normativos que orientam a notificação e a proteção:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece a obrigatoriedade de comunicar casos suspeitos ou confirmados de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e maus-tratos ao Conselho Tutelar local (Art. 13) e prevê responsabilidades administrativas para profissionais que se omitirem (Art. 245).
- A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) garante proteção contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e crueldade, reforçando o direito à dignidade e à participação plena.
- Na saúde, o VIVA/SINAN define a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas, incluindo casos contra crianças e adolescentes com deficiência (suspeitos ou confirmados).

A subnotificação decorre de medo de retaliação, desconhecimento dos fluxos, falta de capacitação e ausência de formulários acessíveis (sem campos para registrar barreiras de comunicação e recursos de acessibilidade necessários). Fortalecer protocolos de triagem e registro, com linguagem clara e acessível, é fundamental e decisivo para melhorar a visibilidade dos casos.[3]

O arcabouço jurídico internacional e nacional reforça a proteção. A Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece o direito de ser protegida de toda forma de violência (Art.9) e a CDPD determina que os Estados Partes previnam e respondam a todas as formas de exploração, violência e abuso (Art.16).[4,16] No Brasil, além do ECA e da LBI, a Lei 13.184/2015 e políticas de educação inclusiva traduzem esses compromissos em obrigações concretas de prevenção, proteção e responsabilização.

Tais normas não são meras declarações; orientam políticas, financiamento e a organização das redes de proteção, exigindo acessibilidade comunicacional e adaptações razoáveis para que crianças com deficiências possam ser ouvidas e participem ativamente de decisões que lhes dizem respeito.

Estratégias de prevenção baseadas em evidências

A OMS, a UNICEF e parceiros sintetizam um conjunto de sete estratégias comprovadas para prevenir a violência contra crianças, conhecidas pelo acrônimo em inglês **INSPIRE:**[17]

I*mplementation and enforcement of laws*	Implementação e execução de leis
N*orms and values*	Normas e valores
S*afe environments*	Ambientes seguros
P*arent and caregiver support*	Apoio a pais e cuidadores
I*ncome and economic strengthening*	Renda e fortalecimento econômico
R*esponse and support services*	Serviços de resposta e apoio
E*ducation and life skills*	Educação e habilidades para a vida

Trata-se de um pacote técnico que orienta países e municípios a combinarem intervenções estruturais, comunitárias e clínicas.

Aplicando o INSPIRE, objetivando as crianças e adolescentes com deficiência e as dentro do conceito de neurodiversidade, temos as seguintes recomendações:

- *Leis e fiscalização*: Efetivar o ECA, a LBI e a Lei 13.185/2015, garantindo responsabilização e medidas protetivas céleres.
- *Normas e valores*: Campanhas anticapacitistas, educação em direitos humanos e convivência inclusiva.
- *Ambientes seguros*: Escolas acessíveis, políticas antibullying e mediação de conflitos e monitoramento de contenções.
- *Apoio a pais e cuidadores*: Programas de orientações parentais baseados em evidências, com módulos específicos para manejo do estresse do cuidado e comunicação alternativa.
- *Fortalecimento econômico*: Vincular benefícios e serviços à redução de sobrecarga dos cuidados e à permanência escolar.
- *Resposta e serviços*: Avaliações clínicas para identificar, atender e encaminhar com protocolos sensíveis à deficiência.
- *Habilidades da vida*: Educação socioemocional, cidadania digital e sexualidade acessível (em formatos adequados, com recursos de CAA, quando necessário). É extremamente importante que as crianças e adolescentes com deficiência sejam educados para a proteção de seus corpos.

O papel dos serviços de saúde, da escola e da assistência social

→ *Saúde*

Equipes de atenção primária, urgência e especializada devem ser capazes de reconhecer sinais, comunicar-se de modo seguro (incluindo uso de intérpretes, pictogramas, dispositivos de voz ou pranchas de comunicação) e oferecer a primeira escuta e suporte seguindo protocolos atualizados (por ex.: o Clinical Handbook da OMS para resposta a maus-tratos na infância). As ações devem priorizar a segurança imediata da criança, a documentação adequada e os encaminhamentos intersetoriais, com consentimento e participação, tanto quanto possível.

→ *Educação*

Escolas inclusivas precisam implementar planos *antibullying* (Lei 13.185/2015) de prevenção primária com ações fazendo parte dos currículos, da cultura escolar e da formação docente, oferecendo fluxos ágeis de notificações e medidas restaurativas. A acessibilidade comunicacional é absolutamente indispensável: sinalização visual, materiais em leitura fácil e CAA para estudantes não verbais. Particularmente em relação à prevenção da violência sexual, a Sociedade Brasileira de Pediatria apoia o projeto "Eu Me Protejo", um portal *online* que fornece material acessível e inclusivo e de formatos variados e que atualmente tem sido implementado em muitas escolas do país.[18]

→ *Assistência social e proteção*

Conselhos Tutelares e serviços especializados devem estar conectados e articular respostas com saúde, educação, justiça e direitos humanos. A existência de canais de denúncia (como o Disque 100) e a disponibilidade de abrigamento emergencial acessível são componentes essenciais da rede de proteção.

Tecnologias assistivas e comunicação para proteção

A tecnologia assistiva, que inclui recursos de CAA, aparelhos auditivos, *softwares* de síntese de fala, tablets com aplicativos de comunicação e dispositivos de acesso, é um pilar para viabilizar a fala da criança e o registro do que ela vivenciou. O Relatório Global sobre Tecnologia Assistiva (OMS/UNICEF, 2022) ressalta que mais de 2,5 bilhões de pessoas precisam de ao menos um produto assistivo e que

o acesso é profundamente desigual, chegando a 3% em alguns países de baixa renda.[14] Expandir o acesso, inclusive nos serviços de saúde, escolas e unidades de acolhimento, é medida de proteção tanto quanto de inclusão.[5,6]

Como o conceito de neurodiversidade apoia a prevenção da violência

→ *Reduz estigmas*

Ao legitimar diferentes modos de aprender, comunicar e se comportar, o conceito combate a visão capacitista de "anormalidade", como uma criança autista que não fala, não deve ser vista como "incapaz", mas como alguém que precisa de outras formas de comunicação (CAA, pictogramas, dispositivos de voz).

→ *Favorece educação inclusiva*

Escolas que reconhecem a neurodiversidade tendem a adotar práticas *antibullying* mais efetivas, ampliando a aceitação entre pares e reduzindo o risco de violência escolar e digital.

→ *Promove autonomia e autodeterminação*

Ao valorizar a voz da própria criança/adolescente, ainda que mediada por tecnologia assistiva, fortalece-se o direito de relatar abusos e participar das decisões que lhes dizem respeito.

→ *Melhora a ética profissional*

Médicos, educadores e cuidadores passam a enxergar a criança como sujeito de direitos e não como objeto de tutela e a ética do cuidado se desloca da lógica da "correção da deficiência" para a lógica da acessibilidade, escuta e dignidade.

Box – Exemplo prático

Um adolescente com TDAH e dislexia relata constantemente sentir-se "burro" e alvo de piadas na escola. Quando a instituição adota um programa de educação inclusiva com base na neurodiversidade, seus colegas passam a reconhecer diferentes formas de aprender. O adolescente se sente valorizado, participa mais das aulas e o ambiente de *bullying* diminui. Esse reconhecimento previne a violência psicológica e melhora sua autoestima.

Considerações finais

A violência contra crianças com deficiência não é inevitável. Ela resulta de escolhas sociais: políticas públicas, legais, institucionais e culturais. Podemos e devemos transformar esta realidade. As evidências científicas mostram magnitude e padrões de risco; os marcos legais, internacionais e nacionais, estabelecem deveres de prevenir, proteger e reparar; e os pacotes de intervenção como o INSPIRE oferecem caminhos concretos para a ação.

É fundamental, que para avançar, sigamos três frentes decisivas:

1. Remoção de barreiras (físicas, de informação e de comunicação) e garantia tecnológica assistiva para que cada criança possa ser ouvida.
2. Instituir rotina de identificação, notificação e cuidado centrado na criança, com protocolos sensíveis à deficiência e formação contínua das equipes.
3. Integralizar políticas (saúde, educação, assistência social, direitos humanos) e monitorar dados (VIVA/SINAN e disque 100) para orientar decisões e alocar recursos onde o risco é maior.

A proteção efetiva exige escuta, acessibilidade e coordenação. Garantir estes pilares é transformar o diagnóstico da violência em prevenção e projeto de inclusão.

Referências

1. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6(5):313-23. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00033-5
2. UNICEF. Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/
3. World Health Organization. Child maltreatment – Fact sheet [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment
4. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006. Aprovada e promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
5. Who & UNICEF. Global Report on Assistive Technology (GReAT) [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.unicef.org/reports/global-report-assistive-technology

6. Who. Assistive technology – Fact sheet [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology
7. Schulze M. Freedom from exploitation, violence and abuse of persons with disabilities - Contribution to the Council of Europe Strategy on the Rights of Persons with Disabilities – 2017 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://rm.coe.int/final-study-freedom-from-exploitation/168072b422
8. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de orientação: O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/06/Ped.-Desenv.-Comp.--MOrient-Papel-pediatra-prev-estresse.pdf
9. Sociedade Brasileira de Pediatria, Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Critérios diagnósticos da violência física ou trauma intencional contra crianças e adolescentes. Nota de Alerta nº 180 [Internet]. São Paulo: SBP/CBR; 2024.
10. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, et al. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60(5):576-84. doi: 10.1111/jcpp.12993
11. Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2012;380(9845):899-907. doi: https://doi.org/10.1111/jcpp.12993
12. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Disque 100 – dados e microdados; balanço 2024 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/disque100
13. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6(5):313-23. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00033-5
14. Haile G. Bullying victimization among teenagers: United States, July 2021 – December 2023 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db514.htm
15. Livingstone S, Smith PK. Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55(6):635-54. doi: 10.1111/jcpp.12197
16. Convenção sobre os Direitos da Criança. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca
17. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021 [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353071/9789240046689-eng.pdf?-sequence=1
18. Eu Me Protejo [site]. Eu Me Protejo [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.eumeprotejo.com/

CAPÍTULO 7

Crianças e adolescentes LGBTI+

Andrea Hercowitz

Crianças e adolescentes LGBTI+ estão expostos a múltiplos tipos de violências, com prevalência significativamente maior em comparação aos seus pares endossexo, cisgêneros e heterossexuais, a maioria delas como resultado de preconceito, julgamento e estigmatização social. Para que os profissionais de saúde não sejam também violentos, é preciso que conheçam as terminologias relacionadas a essa população, a gênese das diversidades, suas vivências e como conduzir o atendimento, baseando-se nos princípios de cuidado integral à saúde.

Terminologia

Pessoas LGBTI+ sentem-se invalidadas quando suas identidades não são reconhecidas. O desconhecimento dos termos relacionados a elas pode gerar violências mesmo que não intencionalmente, portanto, é preciso começar esse capítulo com um letramento.

→ *Termos relacionados à diversidade de corpos:*[1]

- *Sexo biológico*: Características biológicas determinadas pela anatomia (genitália interna e externa), cromossomos e hormônios.
- *Endossexo*: Pessoas que possuem as características sexuais dentro do padrão binário masculino e feminino.
- *Intersexo*: Pessoas que têm as características sexuais diferentes do padrão binário masculino e feminino.

- *Diferenças do Desenvolvimento do Sexo (DDS)*: Condição que determina as variações das características sexuais que estão fora do padrão binário masculino/feminino. Apesar de no Código Internacional de Doenças (CID) a sigla DDS ser descrita como Distúrbios do Desenvolvimento Sexual, no Consenso de 2018 ficou estabelecido esse termo.[2] Hermafroditismo e pseudohermafroditismo não são mais usados para seres humanos.

→ *Termos relacionados à diversidade de gênero:*[1]

- *Identidade de gênero*: Como cada indivíduo se sente em relação ao seu gênero, independentemente do sexo biológico e orientação sexual.
- *Disforia de gênero*: Refere-se ao desconforto ou mal-estar que algumas pessoas trans sentem pela percepção de uma incongruência entre a identidade de gênero e o sexo/gênero a elas atribuído no momento do nascimento.
- *Cisgênero (cis)*: Tem a identidade de gênero de acordo com o gênero designado ao nascimento.
- *Transgênero (trans)*: Tem a identidade de gênero diferente da designada ao nascimento.
- *Homem trans*: Designado como sendo do gênero feminino ao nascimento, tem identidade de gênero masculina.
- *Mulher trans*: Designada como sendo do gênero masculino ao nascimento, tem identidade de gênero feminina.
- *Travesti*: Identidade de gênero feminina. Não tem relação com a vontade de realizar ou não modificações corporais.
- *Pessoa trans não binária*: Identidade de gênero que foge à binariedade masculino/feminino, podendo se identificar com ambos ou nenhum.

→ *Termos relacionados à diversidade afetivo-sexual:*[1]

- *Lésbicas*: Mulheres que sentem atração afetivo-sexual por mulheres.
- *Gays*: Homens que sentem atração afetivo-sexual por homens.
- *Bissexuais*: Pessoas que sentem atração afetivo-sexual por pessoas de mais de um gênero.
- *Assexuais*: Pessoas que sentem pouca ou nenhuma atração/desejo sexual por outras pessoas.
- *Pansexuais*: Pessoas que sentem atração por pessoas independentemente do gênero.

Gênese das diversidades[1]

→ *Formação do sexo biológico*

No início da formação embrionária, encontra-se uma genitália indiferenciada, que vai se diferenciar sob influência dos cromossomos sexuais e dos hormônios produzidos pelas gônadas. A determinação gonadal ocorre em torno da sexta semana de gestação e a diferenciação morfológica das genitálias entre a oitava e a décima segunda semanas.

A condição intersexo pode ser percebida nos exames pré-natais, ao nascimento ou em qualquer outro momento da vida, sendo resultante de variações no processo de diferenciação sexual na fase embrionária.

→ *Formação da identidade de g*ênero

A identidade de gênero de todas as pessoas é resultado da interação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Não é uma escolha. Por mais que existam fatores psicossociais, a biologia tem se mostrado fundamental nessa determinação, tendo importante atuação na vida intrauterina. Assim como acontecem variações no processo de diferenciação sexual em pessoas intersexo, nas pessoas trans, a variação é na diferenciação cerebral, que ocorre no segundo trimestre da gestação, em decorrência da ação dos genes e dos hormônios produzidos pelas gônadas.

A autodeterminação da identidade de gênero ocorre por volta de 4 a 6 anos de idade, mas por fatores psicossociais, a identidade trans pode ser percebida em outros momentos da vida.

→ *Formação da orientação sexual*

Assim como a identidade de gênero, a orientação sexual não é uma escolha, e é determinada pela combinação de fatores biopsicossociais, sendo considerados fatores biológicos a genética, os hormônios e o cérebro. A orientação sexual costuma ser percebida nos primeiros anos da adolescência e desde a primeira percepção pode ser heterossexual ou não heterossexual.

Vivências de crianças e adolescentes LGBTI+

→ *Intersexo*

Crianças e adolescentes intersexo enfrentam desafios significativos tanto no contexto da saúde, quanto no psicossocial. Suas histórias

costumam ser marcadas por experiências de exclusão em sistemas de saúde, que são estruturados nos binarismos de sexo e gênero. Os resultados disso são intervenções médicas irreversíveis e não consensuais durante a infância, como cirurgias de "normalização" genital, que podem gerar traumas psicológicos duradouros e impactar negativamente o bem-estar na vida adulta.[3] As mesmas condições que determinam algumas DDS podem predispor identidade de gênero diversa, o que aumenta o risco das determinações médicas precoces por uma ou outra genitália. Nestas situações, as vivências podem ser ainda mais complexas.

Muitos adultos intersexo descrevem suas infâncias como permeadas por segredos, silêncio e sensação de não-pertencimento. Intervenções médicas realizadas sem consentimento são frequentemente comparadas a experiências de violência, com repercussões psicológicas semelhantes às da tortura, ainda que os fatos tenham ocorrido em idade precoce.[4]

No contexto escolar, a falta de representatividade nos materiais didáticos de ciências e biologia reforçam a invisibilidade. Além disso, situações de *bullying* podem acontecer, seja por comportamentos considerados "fora do padrão", seja por rumores ou descobertas sobre a condição da criança.

A transição da infância para a adolescência e vida adulta é especialmente complexa. As mudanças geradas pelo início e evolução da puberdade trazem à tona as diferenças de desenvolvimento de corpos, gerando sentimentos de inadequação em relação aos pares e impactos na saúde mental.[4] Estudos mostram que adolescentes com DDS tendem a vivenciar marcos românticos e sexuais mais tardiamente em comparação com seus pares endossexo, como forma de autopreservação contra possíveis reações hostis de terceiros. Isto está diretamente relacionado a menor autoestima, menor satisfação com a vida sexual e menor frequência sexual.[5]

→ *Diversidade de g*ênero

Apesar de a identidade de gênero diversa poder ser percebida em torno de 4 a 6 anos, não são raros os relatos de crianças com 2 ou 3 anos que verbalizam ou demonstram desconforto com o gênero designado ao nascimento, recusando-se, por exemplo, a colocarem

roupas típicas de um gênero com o qual não se identificam. Também é possível que adolescentes só comecem a questionar seu gênero mais tardiamente.[6] Em nenhuma das situações, a pessoa deve ser ignorada na sua percepção, seja ela um questionamento temporário ou uma possibilidade duradoura. Por mais que se saiba que nem toda criança ou adolescente que apresente variabilidade de gênero vá se identificar como pessoa trans no decorrer da vida, no momento dessa percepção eles precisam de compreensão.

A primeira violência sofrida costuma ser dentro de casa, com a proibição de se expressarem como querem. Inicialmente, os responsáveis acreditam ser só uma fase, mas ao perceberem a estabilidade do comportamento, tendem a reprimi-la, travando batalhas diárias e provocando sofrimento intenso. Isso costuma ser decorrente do desconhecimento em relação à transexualidade, sendo muitas vezes reforçado por profissionais de saúde.[4]

A entrada na adolescência é um momento especialmente difícil para pessoas trans, pois além de terem que conviver com as mudanças corporais provocadas pelo início da puberdade e a aquisição de características físicas que reforçam o sexo biológico e são incongruentes com a sua identidade de gênero, precisam lidar com o fato de serem diferentes da maioria. Faz parte do desenvolvimento psicossocial de adolescentes a aproximação e identificação com pessoas da mesma idade. Adolescentes precisam se sentir fazendo parte de um grupo, assim como precisam de validação dele. No entanto, jovens trans frequentemente não encontram pares com os quais se identificar e, por serem diferentes, são as principais vítimas de *bullying* e isolamento social.

No âmbito das relações amorosas, adolescentes transgênero vivenciam experiências românticas e sexuais semelhantes às pessoas cis, mas enfrentam desafios adicionais relacionados à revelação da identidade de gênero, risco de transfobia e maior vulnerabilidade a relacionamentos abusivos.[7]

Estudos recentes mostram que estigma, discriminação e violência são experiências recorrentes, tanto em ambientes sociais quanto nos sistemas de saúde, levando a desafios significativos em saúde mental, experiências sociais e acesso a cuidados. Como resultado dessas vi-

vências, observam-se índices muito elevados de tristeza prolongada ou desesperança, ideação suicida, transtornos alimentares, autolesão e baixa resiliência.[8]

→ *Diversidade de orientação afetivo-sexual*

A percepção de atração afetivo-sexual ocorre no início da adolescência, no entanto, adolescentes não heterossexuais demoram um pouco mais para se abrirem com colegas e familiares, devido ao preconceito social e a dificuldade de aceitação pessoal e/ou familiar. Quando crescem em ambientes inclusivos, com diálogo, em uma família que se mostre aberta a essa possibilidade e onde não exista o medo de reações negativas ou de rejeição, têm menos dificuldade para enfrentarem esse desafio da revelação.[4]

Jovens que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, assexuais ou pansexuais (LGBAP) relatam taxas significativamente mais altas de experiências adversas na infância, incluindo *bullying*, violência física e/ou sexual e discriminação baseada na orientação sexual, independentemente de raça, gênero ou status socioeconômico.[9] Isso acontece pelo julgamento de comportamentos diferentes dos padrões, como escolhas de atividades, amizades, vestimentas, modo de se expressar ao andar, falar, movimentar as mãos, etc. O preconceito se manifesta como violência, sentida por essas crianças antes mesmo delas próprias compreenderem que pertencem à comunidade LGBTI+.[4]

As adversidades se refletem em disparidades importantes de saúde mental, com aumento consistente de sintomas internalizantes (depressão, ansiedade) e externalizantes (agressividade, problemas de conduta) entre adolescentes sexualmente diversos, em comparação com seus pares heterossexuais.[10] O risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e autolesão é substancialmente maior nesse grupo, já sendo detectado em faixas etárias precoces.[11]

Violências

As experiências de agressões diferem em cada subgrupo da comunidade LGBTI+. Adolescentes LGBAP têm vivências diferentes se forem cis ou trans. Dentro da própria comunidade de pessoas não cisgênero, composta por homens trans, mulheres trans, travestis e pessoas não binárias, também diferem as formas de agressões. Ser intersexo

traz vivência de invisibilidade, patologização, procedimentos cirúrgicos e hormonais, além de inúmeras consultas com especialistas.

Interseccionalidades de gênero, corpos, etnias, migratórias, socioeconômicas, ter ou não algum tipo de deficiência e outras, reforçam as desigualdades e aumentam a possibilidade de sofrer agressões. Apesar de experiências de violências estarem presentes nas vidas de toda a população LGBTI+, não é possível comparar experiências de pessoas brancas e economicamente privilegiadas com as de pessoas negras, pobres e periféricas. Assim como homens e mulheres, que, mesmo pertencentes a uma mesma comunidade, têm vivências de violências diferentes.[12]

Desde que dados de violência contra a população LGBTI+ começaram a ser contabilizados, o Brasil é identificado como o país mais violento do mundo, com maiores índices de notificação de agressões e mortes, sendo a maior parte das vítimas, jovens de 15 a 29 anos. Quase metade delas (49%) é agredida dentro de sua própria casa, por familiares.[13] Apesar de os números serem estarrecedores, sabe-se que estão subestimados, principalmente quando o foco são crianças e adolescentes, pois com sua vulnerabilidade, somada ao fato de serem menores de idade, muitas vezes vítimas de seus próprios cuidadores e de sofrerem preconceitos nos mesmos locais que deveriam acolhê-los, as denúncias deixam de ser feitas.

→ *Tipos de violência*

São muitas as formas de violências contra crianças e adolescentes LGBTI+, que frequentemente ocorrem de maneira concomitante, agravando o risco de desfechos negativos em saúde mental, como depressão, autolesão, transtornos alimentares, ideação suicida e abuso de substâncias.[14]

• *Violência psicológica*: Inclui abuso verbal, humilhações, ameaças, rejeição familiar, escolar e social, além de exposição a insultos homofóbicos e transfóbicos. Adolescentes transgênero relatam taxas elevadas de abuso psicológico significativamente maior em relação a adolescentes cisgênero, mesmo que estes também sejam da comunidade LGBTI+.[13]

• *Violência física*: Envolve agressões físicas diretas, seja no ambiente familiar, escolar ou comunitário. Adolescentes LGBTI+, especial-

mente transgênero, apresentam maior risco de sofrerem agressões físicas, tanto por pares quanto por adultos.[14]

• *Violência sexual*: Engloba coerção sexual, assédio sexual, abuso sexual e estupro. A prevalência de violência sexual, incluindo relações forçadas e assédio, é substancialmente maior entre jovens LGBTI+, com destaque para mulheres lésbicas, bissexuais e transgênero.[12] O estupro corretivo, que tem como objetivo controlar o comportamento social ou sexual da pessoa, perpetrado muitas vezes por um ou mais familiares, ainda é prática frequente em nosso país. É preciso que se esclareça que a identidade sexual e de gênero dessas crianças e adolescentes não são consequência desses atos, ao contrário, elas são alvo das agressões justamente pela sua diversidade.

• *Violência relacional e no namoro*: Inclui abuso físico, psicológico e sexual em relacionamentos afetivos. Jovens LGBTI+ têm risco aumentado de sofrer violência em relacionamentos íntimos, tanto emocional, quanto física ou sexual.[15] Por vezes, aceitam a relação abusiva por medo de ficarem sozinhos ou por LGBTfobia internalizada (baixa autoestima e sentimentos de menor valia decorrentes do preconceito e julgamento que sofrem constantemente).

• *Violência escolar e bullying*: A literatura destaca taxas elevadas de *bullying*, *cyberbullying* e vitimização por pares, motivados por orientação sexual ou identidade de gênero diversa. Isso inclui xingamentos homofóbicos, exclusão social e perseguição.[16] As violências não se limitam a conflitos com outros alunos, principalmente, no caso de pessoas trans, que frequentemente sofrem desrespeito no uso dos pronomes de escolha e nome social por parte de professores, com a exposição do nome de registro. A proibição do uso de banheiros nos quais se sintam confortáveis e a divisão de atividades por gênero também são formas de agressão. Um dos resultados desse tipo de violência são os altos índices de evasão escolar.

• *Violência nos serviços de saúde*: A discriminação em ambientes institucionais pode se manifestar como desrespeito ao nome social nos prontuários, erro no uso dos pronomes (nos casos de pessoas trans), situações de negligência, recusa de atendimento ou práticas discriminatórias por preconceito da própria instituição.[16] Parte da população LGBTI+ não frequenta os serviços de saúde em virtude de violên-

cias sofridas anteriormente nesses locais, aumentando a prevalência de problemas de saúde. No que diz respeito às crianças intersexo, as violências aparecem com a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias, motivadas por questões estéticas, sem o consentimento do paciente e suporte psicológico adequado.

• *Violência patrimonial*: A maioria das crianças e adolescentes não têm independência econômica e dependem de seus familiares quando se assumem LGBTI+. Familiares podem restringir o suporte financeiro como forma de punição pela orientação sexual ou identidade de gênero diversa, ou mesmo como chantagem, ameaçando privá-los caso tenham relacionamentos não heterossexuais ou se expressem de forma diferente da esperada para o gênero designado ao nascimento.

Manejo e prevenção

As vivências das pessoas LGBTI+ são profundamente influenciadas por práticas médicas, sociais e culturais que ainda carecem de maior inclusão e respeito à diversidade. Profissionais da saúde, escolas e famílias são a rede de apoio para crianças e adolescentes e precisam estar preparadas para lidar com a diversidade de corpos, de identidades de gênero e de orientação afetivo-sexual, trabalhando em conjunto para minimizar as violências sofridas no dia-a-dia.

O início do vínculo pode começar na sala de espera, com um ambiente acolhedor, que demonstre respeito pela diversidade. Ter algum símbolo ou material para leitura que demonstre cuidado com a inclusão é um facilitador.

Para o atendimento ideal, o profissional deve ter conhecimentos básicos sobre os termos relacionados a essa população, assim como suas vivências mais comuns e os tipos de violência que podem ter sofrido no passado ou que ainda estejam sofrendo. Também é preciso lembrar que seres humanos são únicos e que apesar das semelhanças, a história de cada criança ou adolescente é exclusiva, com diferenças de acolhimento ou rejeição, presença de interseccionalidades e tantas outras coisas que impactam suas vidas. A escuta é fundamental para compreender a experiência de cada um e definir a melhor forma de atuação.

O princípio da confidencialidade deve ser garantido aos adolescentes e o sigilo médico somente será quebrado em situações de risco

para ele ou para terceiros. Identidade de gênero e orientação sexual não são motivos de quebra de sigilo.

→ *Crianças e adolescentes intersexo*

Para um atendimento adequado, profissionais de saúde precisam promover a despatologização das condições intersexo e incorporar práticas afirmativas e inclusivas. Pessoas intersexo e familiares de crianças com DDS reivindicam a necessidade de melhor conhecimento das equipes de saúde, principalmente, nas maternidades, para que bebês não sejam vistos como anomalias e que só sejam submetidos a cirurgias quando a situação se caracterizar como emergência, pois nesse momento tão delicado como o pós-parto, as famílias estão fragilizadas e seguem as orientações da equipe de cuidados do local. As repercussões de um procedimento no início da vida podem causar impactos para sempre.

As modificações corporais da puberdade podem ser desafiadoras para qualquer adolescente, mas para as pessoas intersexo o desafio é ainda maior. A identificação de uma DDS pode acontecer somente nesse momento, e mesmo que já tenha sido identificada anteriormente, as mudanças físicas podem evoluir de forma diferente do esperado, gerando angústia, insegurança e vergonha. Por isso, adolescentes intersexo precisam de profissionais de saúde que adotem posturas abertas e não patologizantes em relação às suas variações sexuais. Eles buscam por informações, tanto sobre aspectos médicos (diagnóstico, tratamentos) quanto sobre vivências da sexualidade e desejam ser envolvidos nas decisões sobre seus cuidados de saúde sexual, valorizando orientações que os capacitem a cuidar, respeitar e desfrutar de seus corpos.[17] Também é recomendado que se faça indicação de locais onde possam ter contato com outras pessoas da comunidade, através de grupos de apoio, convivência e com recursos de saúde mental, para minimizar os impactos negativos e promover empoderamento.[18]

→ *Crianças e adolescentes trans, travestis e não binários*

O atendimento de crianças e adolescentes com identidade de gênero diversa inicia-se com a validação de suas identidades, independentemente da idade da pessoa e do tempo corrido desde a revelação. Cientes das possíveis violências que esse grupo vive diariamente, pro-

fissionais de saúde precisam estar atentos para não se tornarem causadores de mais sofrimento. Por isso, a primeira coisa a ser perguntada no encontro inicial é o nome social e os pronomes que o paciente deseja que sejam usados. Isso é uma demonstração de respeito e ajuda aqueles com histórico de violências a se sentirem mais seguros.

Não cabe ao médico diagnosticar a transgeneridade, pois ela é autodeterminada. A atuação do profissional da saúde diante de crianças e adolescentes que clamam por uma identidade de gênero diferente daquela designada ao nascimento se baseia na escuta e acolhimento do paciente, orientação familiar e escolar. Quando as bases de apoio sabem como lidar com a diversidade, reduzem-se as situações de violência. É comum que os responsáveis cheguem ao primeiro atendimento confusos e preocupados, precisando ser escutados em suas dúvidas e medos.

A negação das identidades de gênero diversas pode levar a problemas de saúde mental e física, mesmo nas mais tenras idades. O suporte familiar é fundamental, no entanto é preciso tomar cuidado, pois às vezes, no intuito de cuidar e demonstrar seu apoio, parentes acabam por criar situações que expõem crianças e adolescentes a situações para as quais ainda não estão preparados. O papel dos responsáveis é estar ao lado de seus filhos, entendendo suas necessidades no momento e deixando que eles ditem a direção e o ritmo de seus passos.

A adolescência trans, travesti e não binária é delicada, uma vez que a busca por parcerias com as quais se identificar é limitada e as mudanças físicas acarretadas pela puberdade podem gerar grande sofrimento e agravamento da disforia de gênero. Estudos com pessoas transgênero mostram que os primeiros anos da adolescência são os mais difíceis em termos de preconceito e violência.[4]

Profissionais de saúde precisam ter conhecimento do processo de transição de gênero para embasar suas recomendações, além de saber para quais locais encaminhar para esse seguimento. Estudos têm demonstrado que aqueles que têm acesso aos cuidados afirmativos apresentam menores agravos em saúde mental.[19]

Para as crianças, são realizadas somente intervenções psicossociais para favorecer uma infância saudável. A transição social, se desejada,

deve ser realizada, sempre de acordo com a demanda da criança. É possível modificar nome social e pronomes, corte de cabelo, roupas, adornos, escolhas de brinquedos e de parcerias. A transição social, quando realizada em ambientes de apoio, está associada a melhor saúde mental e bem-estar, sendo o suporte familiar e social o principal determinante dos desfechos positivos.[20]

Adolescentes podem ou não realizar a transição social, de acordo com a sua vontade e tempo de percepção da identidade de gênero diversa. O acesso ao bloqueio puberal tem o objetivo de parar as mudanças físicas e evitar o agravamento da disforia de gênero. Só pode ser realizado com projeto de pesquisa aprovado em comitê científico de referência, em ambulatório especializado ligado ao SUS, após o início da puberdade. Caso opte-se por suspender a medicação, a puberdade segue de acordo com o sexo biológico. Já a hormonização só poderá ser iniciada após a idade determinada pelas legislações vigentes, variando de 16 a 18 anos. Tanto o bloqueio puberal quanto a hormonização somente são realizadas após aprovação de equipe multiprofissional que acompanha o paciente, assinatura de termo de consentimento livre esclarecido por parte dos responsáveis e assentimento do menor de idade, após explicações detalhadas de todos os benefícios e riscos associados ao seu uso. Não são realizadas cirurgias em menores de idade.

→ *Crianças e adolescentes com diversidade afetivo-sexual*

Profissionais que trabalham com crianças e adolescentes costumam ter dificuldade em falar sobre sexualidade, mas esse é um tema que deve ser abordado desde o início da adolescência, momento em que a curiosidade pelo outro aumenta e a atração afetivo-sexual desperta. O cuidado em saúde exige a abrangência desse tema nas consultas e o silêncio aumenta os riscos.

É fundamental que pediatras e hebiatras discutam abertamente temas como atração e comportamentos sexuais. Recomenda-se que durante a anamnese psicossocial seja perguntado, sem julgamento, se a pessoa sente atração por homens, mulheres, ambos ou nenhum. As práticas sexuais também precisam ser compreendidas, pois não é possível fazer orientações individualizadas sem essa informação. Pela prevalência de vivências de violência, deve ser perguntado ativamente so-

bre situações de *bullying*, assédio ou qualquer outra forma de agressão.

A abordagem respeitosa, com garantia de sigilo, faz com que profissionais de saúde frequentemente sejam os primeiros aos quais o adolescente revela sua orientação sexual, colocando-os no protagonismo dos cuidados com esse indivíduo. Se for o caso, e diante a permissão do paciente, é possível ajudar na relação com a família.

Conclusão

Crianças e adolescentes LGBTI+ são vítimas frequentes das mais diversas formas de agressões, seja nas ruas, no ambiente familiar, escolar ou de saúde, por falta de informações ou preconceito. Cientes disso, profissionais precisam se capacitar para a abordagem ativa sobre possíveis situações de violência e para o acolhimento, compreendendo suas repercussões e atuando tanto na prevenção, como na redução de danos causados por vivências anteriores.

Diante das dificuldades sociais enfrentadas por crianças e adolescentes LGBTI+, profissionais de saúde também devem se disponibilizar a conversar com escolas e outros locais frequentados por seus pacientes, a fim de ensinar melhores condutas para a sua proteção e bem-estar, minimizando assim os riscos de agravos em saúde.

Referências

1. Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. 1ª ed. Santana do Parnaíba (SP): Manole; 2021.
2. Cools M, Nordenström A, Robeva R, et al. Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a Consensus Statement. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(7):415-29.
3. Zeeman L, Aranda K. A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6533.
4. Hercowitz A, Santos TE. Desenvolvimento da infância e adolescência das pessoas LGBTQIA+. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL, editores. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana do Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 113-20.
5. Brouwer IJ, Suijkerbuijk M, Grift TC, et al. First Adolescent Romantic and Sexual Experiences in Individuals With Differences of Sex Development/Intersex Conditions. J Adolesc Health. 2022;71(6):688-95.
6. Rafferty J, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Pediatrics. 2018;142(4).
7. Araya AC, Warwick R, Shumer D, et al. Romantic relationships in transgender adolescents: a qualitative study. Pediatrics. 2021;147(2):e2020007906.

8. Lucas R, Geierstanger S, Soleimanpour S. Mental health needs, barriers, and receipt of care among transgender and nonbinary adolescents. J Adolesc Health. 2024;75(2):267-74.
9. Mersky JP, Lee CP, Hami D. Adverse childhood experiences and sexual orientation: an intersectional analysis of nationally representative data. Am J Prev Med. 2024;66(3):483-91.
10. Feinstein BA, Star A, Dorrell KD, et al. Sexual orientation and mental health in a US cohort of children: a longitudinal mediation study. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(2):188-98.
11. Blashill AJ, Fox K, Feinstein BA, et al. Nonsuicidal self-injury, suicide ideation, and suicide attempts among sexual minority children. J Consult Clin Psychol. 2021;89(2):73-80.
12. Inwards-Breland DJ, Johns NE, Raj A. Sexual violence associated with sexual identity and gender among California adults reporting their experiences as adolescents and young adults. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2144266.
13. Albuquerque A. Violência contra população LGBTQIA+ cresce 970% em São Paulo. Agência Brasil - EBC. 2024 [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2024-05/violencia-contra-pessoas-lgbtqia-em-sp-cresce-970-em-oito-anos
14. Levine EC, Button DM. Interpersonal violence among heterosexual and sexual minority youth: descriptive findings from the 2017 youth risk behavior surveillance system. J Interpers Violence. 2022;37(11-12):NP9784-806.
15. Thackeray J, Livingston N, Ragavan MI, et al. Intimate partner violence: role of the pediatrician. Pediatrics. 2023;152(1):e2023062509.
16. Valido A, Rivas-Koehl M, Rivas-Koehl D, et al. Latent class analysis of victimization patterns and associated protective factors among LGBTQ youth. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(16):9953.
17. Callens N, Kreukels BP, Grift TC. Young voices: sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development-a pilot study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2021;34(2):176-89.e2.
18. Valentine N, Diamond M, Davis C. Intersex variance and mental health: a scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6533.
19. Lee JY, Rosenthal SM. Gender-affirming care of transgender and gender-diverse youth: current concepts. Annu Rev Med. 2021;72:383-95.
20. Thoma BC, Jardas EJ, Choukas-Bradley S, et al. Perceived gender transition progress, gender congruence, and mental health symptoms among transgender adolescents. J Adolesc Health. 2023;72(3):444-51.

CAPÍTULO 8

Transtorno factício imposto a outro (Síndrome de Munchausen por procuração)

Mário Roberto Hirschheimer
Renata Dejtiar Waksman
Renato Stanziola Vieira

O transtorno factício é uma condição psiquiátrica complexa caracterizada pela produção intencional, exagero ou simulação de sinais e sintomas clínicos. Historicamente, ficou conhecido como Síndrome de Munchausen, nome dado por Richard Asher em 1951, ao descrever pacientes que inventavam doenças de forma convincente, enganando até profissionais experientes da área da saúde.[1]

Em 1977, o pediatra Roy Meadow ampliou esse conceito ao relatar casos em que os sintomas não eram simulados pelo próprio paciente, mas induzidos por outra pessoa, geralmente o cuidador. Assim surgiu o termo Síndrome de Munchausen por Procuração (*by proxy*), que passou a designar situações em que um adulto, comumente a mãe, provocava ou simulava doenças em uma criança para obter atenção médica e reconhecimento social.[2]

Assim, o transtorno factício pode se apresentar de duas maneiras principais:[3]

- *Imposto a si mesmo:* O indivíduo finge ou provoca sintomas em si próprio. Essa forma é mais comum em adultos e bastante rara em crianças, por isso não será abordada neste contexto.
- *Imposto a outro:* O agressor, geralmente alguém em posição de cuidado ou autoridade sobre a vítima, induz ou simula sintomas em outra pessoa, com o objetivo de obter atenção médica, compaixão ou gratificação psicológica. Essa é a forma anteriormente conhecida como Síndrome de Munchausen por Procuração (SMPP).

Nomenclatura e classificação diagnóstica

Com a evolução do sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-5), o termo SMPP foi substituído por Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO), com o intuito de destacar o papel ativo do agressor na produção dos sintomas e facilitar a abordagem clínica e legal da situação.

É fundamental compreender que o diagnóstico de TFIO é atribuído ao agressor, e não à vítima. A identificação precisa dessa condição é essencial para garantir a proteção da pessoa afetada e oferecer tratamento adequado ao responsável.

Embora o transtorno seja diagnosticado no agressor, é igualmente importante registrar os impactos sofridos pela vítima. Para isso, existem códigos específicos para classificar as vítimas de TFIO:

A padronização dos critérios diagnósticos é essencial para a pesquisa e intervenção em casos de transtorno factício e maus-tratos. O Quadro 8.1 apresenta a classificação e a codificação dessas condições nos principais sistemas internacionais (CID-10, CID-11 e DSM-5), distinguindo o código atribuído ao autor (agressor) e à vítima. Em complemento, o Quadro 8.2 detalha as descrições dos códigos correspondentes na CID-11, oferecendo clareza sobre o Transtorno factício imposto a outro e os problemas de relacionamento associados.

Quadro 8.1 – Classificação nos sistemas internacionais

Sistema	Nome da doença	Código	Doente
CID-10	Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas (Transtorno factício)	F68.1	Autor
	Outras síndromes especificadas de maus-tratos que não se encaixam em categorias mais específicas de maus-tratos (vítima da SMPP)	T74.8	Vítima
CID-11	Transtorno factício imposto a outro	6D51	Autor
	Histórico pessoal de maus-tratos	QE82	Vítima
	Problema no relacionamento cuidador-criança	QE52.0	
DSM-5	Transtorno factício imposto a outro	300.19	Autor

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 8.2 – Descrição das doenças codificadas na CID-11

Código	Nome da doença	Descrição
6D51	Transtorno factício imposto a outro	• O agressor busca tratamento médico para a vítima, apresentando-a como doente ou ferida com base nos sintomas fabricados • A pessoa simula, falsifica ou causa deliberadamente sinais, sintomas médicos, psicológicos, comportamentais ou lesões em outra pessoa • A vítima geralmente é um dependente, como uma criança • Se a vítima já tem uma doença, o agressor intencionalmente piora os sintomas existentes ou cria outros • O comportamento enganoso não é motivado apenas por recompensas externas óbvias, como benefícios financeiros
QE82	Histórico pessoal de maus-tratos	• Refere-se a um histórico da pessoa ter sido vítima de atos não acidentais de violência física, sexual, verbal ou simbólica. Também inclui omissões significativas de cuidados que resultaram em dano ou tinham potencial de causar dano. Este código se aplica à vítima, não ao agressor
QE52.0	Problema no relacionamento cuidador-criança	• Insatisfação substancial e persistente no relacionamento cuidador-criança, incluindo o relacionamento parental, associada à perturbação significativa no funcionamento

Fonte: World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

→ *Como registrar os impactos sofridos pela vítima*[4-8]

Por que usar "Histórico pessoal de maus-tratos" (CID-11: QE82)

Essa classificação é aplicada quando há evidência de que a pessoa foi submetida a maus-tratos físicos, psicológicos ou negligência em algum momento da vida. No caso do TFIO:

- A vítima, geralmente uma criança, sofre lesões ou é submetida a procedimentos médicos desnecessários, provocados intencionalmente pelo cuidador.
- Mesmo quando não há dano físico direto, o ambiente de manipulação e engano configura abuso psicológico, pois a criança é levada a acreditar que está doente, é exposta a hospitais, exames invasivos e separações familiares.
- O impacto pode ser duradouro, afetando o desenvolvimento emocional, a confiança nos adultos e a percepção de si mesma como vulnerável ou doente.

Portanto, o código QE82 é usado para documentar esse histórico de vitimização, mesmo que o transtorno não esteja mais ativo.

→ *Por que usar "Problema no relacionamento cuidador-criança" (CID-11: QE52.0)*

Esse código é indicado quando há dificuldades significativas na interação entre o cuidador e a criança, que podem afetar o bem-estar físico ou emocional da criança. No contexto do TFIO:

- O cuidador, que deveria proteger e cuidar, passa a ser a fonte de sofrimento, invertendo o papel esperado na relação.
- A criança pode desenvolver medo, confusão ou dependência emocional do agressor, dificultando vínculos saudáveis com outros adultos.
- A dinâmica é marcada por controle, manipulação e exploração emocional, o que prejudica o desenvolvimento de uma relação segura e afetuosa.

Esse código ajuda a identificar a necessidade de intervenção familiar, como acompanhamento psicológico, supervisão parental ou até medidas legais de proteção.

Além da codificação do agressor, é crucial que o diagnóstico capture o impacto no indivíduo sob cuidado, que é a vítima. O Quadro 8.3 detalha a caracterização das doenças das vítimas do Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO), especificando como os códigos da CID-11 (QE82 e QE52.0) são aplicados para documentar a vitimização e orientar as intervenções terapêuticas e familiares.

Quadro 8.3 – Caracterização das doenças das vítimas de TFIO

Código CID-11	Aplicação na vítima de TFIO	Finalidade
QE82 – Histórico pessoal de maus-tratos	Reflete os abusos físicos e psicológicos sofridos	Documentar a vitimização
QE52.0 – Problema no relacionamento cuidador-criança	Indica disfunção na relação afetiva e protetiva	Orientar intervenções familiares

Fonte: Elaborado pelo autor.

Essas classificações não substituem o diagnóstico do agressor, mas complementam o entendimento clínico e social da vítima, permitindo uma abordagem mais abrangente e eficaz.

Natureza e motivação do abuso

O TFIO é considerado uma forma grave de abuso infantil, reconhecida pela comunidade médica e jurídica como violência intencional com potencial letal. A motivação do agressor não se limita à busca por cuidados médicos, podendo incluir validação emocional e reconhecimento social. Os agressores buscam atenção ou simpatia dos profissionais de saúde ou da comunidade e o comportamento é motivado pelo desejo de assumir o papel de cuidador.[7] Não há, contudo, ganhos externos claros ou conscientes óbvios (ver adiante: Comparativo entre dissimulação e TFIO).

Formas de expressão

O agressor manipula e engana ao apresentar a vítima como doente, ferida ou incapacitada.[3,9-11]

Quadro 8.4 – Formas de expressão

Tipo de ação	Descrição	Exemplos
Mentira	O agressor relata sintomas que a vítima não possui	Relatar que a criança teve convulsões, vômitos ou febre inexistentes, justificando privação de alimentos e atividades
Simulação	O agressor forja a existência de sintomas, mas sem causar dano direto à criança	Aquecer um termômetro para simular febre ou adicionar sangue a uma amostra para exames
Indução	O agressor provoca ativamente sintomas reais na vítima, causando-lhe dano	Administrar catárticos para causar diarreia, dar soníferos ou outras substâncias nocivas que podem levar a desidratação, hemorragias ou até coma
Estima-se que 50% dos casos são de indução, 25% de mentira e 25% de simulação e indução.		

Fonte: Adaptado de: Cardoso AC, et al,3 Sousa Filho D, et al,9 Ferrão AC, et al,10 Ferreira GC, et al.11

→ *Abordagem diagnóstica*

A identificação da TFIO representa um desafio significativo, pois os profissionais frequentemente são levados a crer na narrativa do cuidador.

A suspeita de TFIO deve ser levantada a partir de características específicas do agressor, da vítima e da dinâmica familiar.[3,8-18]

As principais características dos agressores estão listadas no Quadro 8.5

Quadro 8.5 – Perfil do agressor

Características	Detalhes
Perfil geral do agressor	• Predominantemente a mãe biológica (mais de 85% dos casos), com idade média entre 27 e 29 anos • Possui boa capacidade de comunicação, inteligência e comportamento socialmente afável
Características psicológicas e comportamentais	Apresenta antecedentes psiquiátricos, como transtornos de personalidade (especialmente borderline e histriônico) • Histórico de ser vítima de abuso na infância e ter relações pessoais instáveis • Possui conhecimento médico acima da média e pode ter trabalhado na área da saúde • Busca atenção, validação emocional e se apresenta como uma "cuidadora heroica" • Não demonstra empatia genuína pela vítima e frequentemente mente ou omite informações
Comportamento no ambiente hospitalar[8,11]	• Adota postura proativa e envolvente, usando terminologia médica com fluência • Interage bem com profissionais de maior hierarquia, mas evita ou confronta aqueles que expressam dúvidas • Pode reagir com irritabilidade e agressividade quando confrontada
Dinâmica familiar[3,9]	• Estrutura familiar disfuncional, com histórico de doenças graves e mortes súbitas inexplicáveis • O pai é omisso ou ausente • Outros parentes são mantidos à distância, o que contribui para o isolamento da vítima

Fonte: Adaptado de: Cardoso AC, et al,[3] Sousa Filho D, et al,[9] Ferrão AC, et al,[10] Ferreira GC, et al,[11] Ribeiro TM,[12] Bass C, et al,[13] Schreier HA, et al,[14] Capasso E, et al.[15]

Características das vítimas

O perfil das vítimas do TFIO é predominantemente infantil. Geralmente são crianças pequenas, com idades que variam do período neonatal até os seis anos de idade. Um fator de risco importante é a existência de um histórico médico prévio, que o agressor explora para justificar a falsificação dos sintomas.

Frequentemente, essas crianças apresentam um padrão de múltiplas internações hospitalares sem um diagnóstico clínico definitivo, o que levanta suspeitas. A recorrência do abuso dentro do núcleo familiar é notável, com estudos indicando que em aproximadamente 42% dos casos, outro filho também foi vítima. Irmãos podem, inclusive, ter um histórico de doenças inexplicáveis ou, em situações

mais graves, morte súbita. Embora menos comum, a síndrome pode atingir adultos vulneráveis, como idosos ou pessoas com deficiência, que dependem dos cuidados do agressor.

As consequências para as vítimas são severas e duradouras. A taxa de mortalidade é alta, com estimativas variando entre 10% e 30% em alguns estudos. As sequelas a longo prazo incluem sofrimento emocional, cognitivo e físico. Na vida adulta, as vítimas podem desenvolver transtornos como o Transtorno factício imposto a si mesmo, além de quadros de hiperatividade, ansiedade, depressão, dificuldades no desenvolvimento e evasão escolar.

Quadro 8.6 – Características das vítimas

Perfil das vítimas	Indícios clínicos e comportamentais
• Em geral, são crianças pequenas, com idades que variam de menos de 1 mês a 6 anos • Crianças podem ter um histórico médico prévio verdadeiro, que pode ser usado pelo agressor • Múltiplas internações sem diagnóstico claro • Em 42% dos casos, outro filho já sofreu o mesmo abuso • A taxa de mortalidade é estimada entre 10% e 30% • Irmãos da vítima podem ter histórico de doenças inexplicáveis ou até morte súbita • Em casos raros, as vítimas podem ser adultos vulneráveis (idosos ou pessoas com deficiência) sob os cuidados do agressor • As vítimas sofrem consequências a longo prazo, incluindo sofrimento emocional, cognitivo e físico	• Quadros clínicos inconsistentes, com sintomas que não se encaixam • Sintomas discrepantes e ineficácia do tratamento • Sintomas que só aparecem na presença do cuidador • Múltiplas internações sem diagnóstico definido • Exames laboratoriais frequentemente normais ou inconclusivos • A história clínica da criança muda frequentemente • O cuidador demonstra um conhecimento médico incomum • Inconsistências fisiológicas, como sangramento sem anemia ou febre sem taquicardia • A criança não responde a tratamentos médicos apropriados • Os sintomas pioram quando a criança recebe alta hospitalar • O cuidador busca atenção médica de forma excessiva • O cuidador reluta em aceitar um prognóstico favorável • A condição da vítima melhora quando é separada do cuidador • A suspeita diagnóstica pode levar de 3 a 6 meses • A detecção pode demorar mais se o cuidador for muito convincente ou se os profissionais de saúde não se comunicarem entre si

Fonte: Adaptado de: Cardoso AC, et al,3 Bass C, et al,13 Walters IC, et al,16 Moura E, et al,17 Amlani A, et al.18

→ *Manifestações clínicas comuns*[3,19]

As manifestações clínicas mais frequentes no TFIO envolvem queixas neurológicas (45%), seguidas por sintomas gastrointestinais, dermatológicos e febre (10% cada). Os sinais simulados ou induzidos incluem (Quadro 8.7):

Quadro 8.7 – Manifestações clínicas mais comuns

- **Distúrbios gastrointestinais**: Vômitos, diarreia sem causa aparente, sangue nas fezes e dificuldades alimentares
- **Convulsões e crises epilépticas**: Episódios não confirmados por exames, frequentemente induzidos
- **Problemas respiratórios**: Apneia, sufocamento e asfixia simulados
- **Sangramentos inexplicáveis**: Presença de sangue em urina, fezes ou vômitos, muitas vezes provocado por injeção ou uso de objetos
- **Febre de origem desconhecida**: Manipulação de termômetros ou indução de infecções
- **Infecções recorrentes**: Contaminação proposital de feridas ou dispositivos médicos
- **Alterações neurológicas e letargia**: Uso de sedativos ou agentes hipoglicemiantes
- **Lesões cutâneas**: Queimaduras, cortes e escoriações provocadas
- **Eventos graves**: Episódios simulados de risco de morte (ALTE) ou alegações de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)
- **Exacerbação de doenças preexistentes**: Aumento deliberado da frequência ou intensidade dos sintomas
- **Atraso no desenvolvimento**: Privação intencional de estímulos ou alimentação
- **Sintomas psiquiátricos**: Relatos de autolesão ou psicose sem comprovação clínica

Fonte: Adaptado de: Cardoso AC, et al,3 Alkhattabi F, et al.19

Diagnósticos diferenciais

Para diagnosticar corretamente o Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO), é essencial excluir outras condições com sintomas semelhantes, considerando a origem e a motivação dos sinais. Doenças médicas reais, como as autoimunes, podem ser confundidas com TFIO por sua complexidade diagnóstica. Distúrbios somáticos envolvem sintomas genuinamente sentidos, sem intenção de enganar. Casos de negligência ou abuso geram sintomas reais por agressão, sem o objetivo de criar uma doença fictícia. O protecionismo exces-

sivo ocorre quando pais exageram sintomas por medo, sem intenção manipulativa. Em disputas de custódia, acusações falsas sobre a saúde da criança podem surgir como estratégia legal, mas não seguem o padrão de busca por atenção médica típico do TFIO.

Para um diagnóstico preciso, é essencial distinguir o TFIO de outras condições, como (Quadro 8.8):

Quadro 8.8 – Diagnósticos diferenciais

Doenças médicas reais
Transtornos somáticos e relacionados, como somatização, conversão e ansiedade
Simulação (malingering), caracterizada pela produção consciente de sintomas com objetivos externos claros (financeiros, legais, custódia), diferentemente do TFIO, cuja motivação é a atenção e o papel de cuidador
Casos de negligência ou abuso sem intenção factícia
Protecionismo parental exagerado, com amplificação de sintomas sem intenção de enganar
Variações normais na saúde infantil
Disputas de custódia
Doenças raras ou pouco reconhecidas

Fonte: Elaborado pelo autor.

A dissimulação (*malingering*) e o Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO) podem parecer semelhantes, pois ambos envolvem a produção de sintomas falsos. No entanto, a principal diferença entre eles reside na motivação por trás da ação.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID), a dissimulação de sintomas para obter vantagens financeiras é descrita como "Pessoa fingindo estar doente [simulação consciente]" e é classificada da seguinte forma: CID-10: código Z76.5; CID-11: código QC30.

Embora não represente uma doença, pode ser usado em contextos legais e trabalhistas, especialmente quando há suspeita de fingimento ou má-fé.

Para estabelecer um diagnóstico diferencial preciso, é crucial distinguir o Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO) da dissimulação (ou simulação), pois, embora ambos envolvam o falseamento intencional de sintomas, suas motivações e objetivos subjacentes são radicalmente diferentes. O Quadro 8.9 apresenta um comparativo detalhado dessas duas condições, destacando a natureza externa da motivação na simulação e a natureza interna e psicológica no TFIO.

Quadro 8.9 – Comparativo entre dissimulação e TFIO

Dissimulação	**TFIO**
Motivação • Externa e material. Os sintomas são criados ou exagerados de forma consciente e intencional	Motivação • Interna e psicológica. O agressor cria ou induz sintomas na vítima para satisfazer uma necessidade emocional
Objetivos • **Ganho financeiro**: Obter indenizações, benefícios por invalidez ou pensões • **Vantagem legal**: Evitar serviço militar, prisão ou obter liberdade condicional • **Acesso a medicamentos**: Conseguir drogas controladas • **Custódia de filhos**: Manipular a situação para obter a guarda de uma criança	**Objetivos** • **Atenção e admiração**: Ser visto como um "cuidador heroico" • **Controle**: Manipular a situação médica e a vida da vítima • **Necessidades psicológicas**: Lidar com conflitos internos, baixa autoestima ou traumas
Em resumo: A simulação é impulsionada por um benefício externo (dinheiro, liberdade etc.), enquanto o TFIO é impulsionado por uma necessidade interna de atenção, controle e validação	

Fonte: Adaptado de Cardoso AC, et al,[3] Bass C, et al,[13] Schreier HA, et al.[14]

Prognóstico e importância do reconhecimento[3,20,21]

O reconhecimento, gerenciamento e encaminhamento adequados são cruciais para um bom prognóstico da vítima e redução de eventos adversos. Se não diagnosticado e tratado a tempo, o TFIO pode levar ao óbito.

As sequelas dessa violência não se limitam apenas ao período do abuso, estendendo-se por toda a vida da vítima e comprometendo seriamente seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. O im-

pacto do TFIO é profundo e multifacetado, manifestando-se em danos que vão desde lesões físicas até traumas psicológicos complexos.

→ *Sequelas físicas e fisiológicas*

As crianças vítimas de TFIO frequentemente são submetidas a uma série de procedimentos médicos desnecessários e potencialmente perigosos. Elas podem sofrer de lesões físicas diretas, como resultado de envenenamento, sufocamento ou outros métodos utilizados pelo agressor para simular sintomas. A exposição a medicamentos de forma indevida, cirurgias invasivas e internações prolongadas em unidades de terapia intensiva deixam cicatrizes físicas permanentes, além de impactarem o desenvolvimento fisiológico. A constante hospitalização, a realização de exames dolorosos e a privação de um ambiente doméstico seguro prejudicam o crescimento, a nutrição e o sistema imunológico da criança, tornando-a mais vulnerável a problemas de saúde no futuro.

→ *Sequelas no desenvolvimento cognitivo e social*

O ambiente de incerteza e manipulação em que a criança vive tem um efeito devastador no seu desenvolvimento cerebral e cognitivo. A ausência de um ambiente seguro e de cuidadores confiáveis impede a formação de vínculos de apego saudáveis. Isso pode levar a atrasos no desenvolvimento da fala, da linguagem e de habilidades motoras, além de dificuldades de aprendizado. A manipulação emocional e a falta de uma figura de apego segura comprometem a capacidade da criança de construir relações interpessoais no futuro, levando a problemas de confiança e dificuldades em expressar emoções de forma adequada. A criança aprende que a atenção só é conquistada através da doença, o que pode internalizar um padrão disfuncional de comportamento.

→ *Sequelas psicológicas e emocionais*

Talvez as sequelas mais profundas do TFIO sejam as psicológicas. O trauma de ser sistematicamente abusado por quem deveria proteger gera um profundo senso de traição e confusão. As vítimas de TFIO estão em alto risco de desenvolver uma série de transtornos mentais, como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ansiedade crônica, depressão e transtornos de personalidade. A identidade da criança é construída em torno da doença e a busca por atenção através do sofrimento pode se tornar um padrão de com-

portamento autodestrutivo. Em longo prazo, as vítimas podem ter dificuldades significativas em sua vida adulta, incluindo problemas de autoestima, dificuldade em manter relacionamentos saudáveis e um senso de isolamento e desesperança.

As consequências do Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO) e os abusos subsequentes extrapolam o período imediato da violência, deixando marcas duradouras na vítima. O Quadro 8.10 categoriza as sequelas documentadas, apresentando um resumo dos danos físicos e fisiológicos dos prejuízos no desenvolvimento cognitivo e social e dos impactos psicológicos e emocionais sofridos pelas vítimas.

Quadro 8.10 – Sequelas

Categoria	Resumo das sequelas
Físicas e fisiológicas	• Lesões diretas, cicatrizes de cirurgias desnecessárias e prejuízos no desenvolvimento, crescimento e sistema imunológico devido a procedimentos médicos e hospitalizações.
Desenvolvimento cognitivo e social	• Atrasos na fala e habilidades motoras, dificuldades de aprendizado e na construção de relações saudáveis, além de aprender que a atenção vem através da doença.
Psicológicas e emocionais	• Alto risco de transtornos como TEPT, ansiedade e depressão. • A identidade da criança se forma em torno da doença, levando a problemas de autoestima, isolamento e dificuldades em relacionamentos na vida adulta.

Fonte: Adaptado de: Cardoso AC, et al,[3] Telles LE,[20] Silva G, et al.[21]

Intervenções

(Ver Capítulo 19 - Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento)

→ *Criança*[3,22]

O pilar fundamental é a proteção imediata, que frequentemente implica em separar a criança do agressor para garantir sua segurança e interromper o abuso (ver adiante: Resposta do Judiciário e Medidas de Proteção). Após a separação, a criança necessita de avaliação médica e psicológica completa para tratar as sequelas acima descritas, incluindo condições iatrogênicas e acompanhamento psicoterapêutico para o trauma.[3,15,22,23]

→ *Agressor*

O tratamento do agressor é o aspecto mais desafiador. Eles frequentemente apresentam traços de personalidade complexos (transtornos de personalidade como borderline ou narcisista) e negação persistente. A psicoterapia é fundamental (Terapia Cognitivo-Comportamental ou Psicodinâmica), embora a adesão seja baixa. O objetivo é desenvolver mecanismos de enfrentamento mais saudáveis e explorar padrões de pensamento distorcidos. Farmacoterapia pode ser considerada para comorbidades psiquiátricas. O prognóstico é pouco animador. Aconselhamento familiar pode ser incluído, com extrema cautela e somente após a segurança da criança ser assegurada.[3,13,22,24]

Síndrome de Munchausen por Procuração *Online* (SMPPO)/ Munchausen pela Internet (MbI)

O advento das tecnologias digitais transformou o perfil do TFIO, com agressores fabricando ou exagerando enfermidades de seus filhos em redes sociais, fóruns e plataformas de arrecadação para obter reconhecimento e validação social. Este comportamento é impulsionado por motivações do TFIO clássica, mas amplificadas pelo alcance e velocidade da internet. Perpetradores publicam imagens/vídeos da criança doente, constroem narrativas sobre doenças raras, solicitam apoio e manipulam a percepção pública. O TFIO impõe desafios adicionais à identificação devido à anonimidade das plataformas e à resposta empática da comunidade *online* que reforça a conduta. Na MbI, o agente utiliza plataformas digitais para disseminar relatos falsos sobre doenças em um dependente para atenção e notoriedade. O tratamento envolve terapia psicológica para o agressor, focando em gatilhos emocionais e socialização saudável.[18,22,23,25,26]

Telemedicina e Transtorno Factício Imposto a Outro

A telemedicina, embora inovadora e com benefícios de acessibilidade, apresenta desafios diagnósticos em casos complexos como o TFIO. Sua natureza virtual pode propiciar e perpetuar o transtorno, dificultando a identificação de simulação ou exagero.[27-31]

- *Limitação do exame físico da vítima*: A teleconsulta impede o exame físico detalhado (inspeção visual aprofundada, palpação, ausculta), dificultando a verificação de sintomas simulados ou induzidos.
- *Fragmentação do atendimento*: A telemedicina pode levar a um cuidado fragmentado, com cuidadores buscando múltiplos profissionais sem coordenação ou registro unificado, explorando essa lacuna para ocultar históricos.
- *Dificuldade de observação da dinâmica cuidador-vítima*: A videochamada limita a observação sutil da interação entre cuidador e vítima, que é crucial para identificar o TFIO em um ambiente clínico presencial. O agressor pode controlar o ambiente virtual para apresentar uma imagem desejada.
- *Acesso facilitado e anonimato relativo*: A facilidade de agendamento e o anonimato podem encorajar cuidadores a buscar múltiplos atendimentos, dificultando a identificação de um padrão factício e permitindo o uso de diferentes contas ou dados falsos.

→ *Estratégias para o diagnóstico no cenário digital*

- *Anamnese detalhada e focada na vítima*: Avaliar o histórico médico completo, medicações, internações, exames e consistência da narrativa. Inconsistências nos dados sinalizam a necessidade de uma análise mais aprofundada.
- *Acesso a registros médicos anteriores*: Priorizar a revisão de prontuários anteriores, utilizando sistemas integrados para identificar padrões.
- *Observação cautelosa da dinâmica*: Prestar atenção à fala do cuidador sobre a criança, oportunidade da criança de falar e sinais de desconforto da vítima durante a videochamada. Perguntas diretas à criança devem ser encorajadas.
- *Coordenação do cuidado e comunicação multiprofissional*: Facilitar a comunicação entre diferentes profissionais para uma visão holística e identificação de comportamentos factícios.
- *Educação continuada e conscientização*: Treinar profissionais para reconhecer sinais de alerta do TFIO em teleconsulta, cientes das limitações da modalidade.
- *Critério para encaminhamento presencial e proteção à vítima*: Diante da menor suspeita, encaminhar para consulta presencial e notificar

as autoridades competentes (Conselho Tutelar). A segurança da vítima é a prioridade máxima.
- *Uso de tecnologia para suporte e alerta*: Desenvolver plataformas de telemedicina que integrem registros e, futuramente, inteligência artificial para alertar sobre padrões incomuns.

Desafios no atendimento

O Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO), anteriormente classificado como Síndrome de Munchausen por Procuração (SMPP), representa uma das manifestações mais graves de abuso infantil. Sua compreensão e manejo corretos são imperativos éticos e clínicos que transcendem a esfera do diagnóstico psiquiátrico, impactando diretamente a segurança das vítimas e a integridade do sistema de saúde. A identificação precoce de um agressor que simula, falsifica ou induz sintomas em uma pessoa vulnerável, em sua maioria, crianças, é crucial não apenas para interromper um ciclo de dano físico imediato, mas também para mitigar as consequências psicológicas a longo prazo.

Do ponto de vista social e humanitário, a intervenção eficaz contra o TFIO é fundamental. As vítimas dessa forma de abuso são submetidas a um trauma duplo: o sofrimento físico infligido e o abalo emocional decorrente da traição por parte do cuidador principal, uma figura de apego que deveria ser fonte de segurança. O impacto disso se manifesta em distúrbios de desenvolvimento, transtornos de apego, ansiedade e depressão crônica, exigindo suporte psicológico e social de longo prazo. A responsabilização do agressor, nesse contexto, serve não apenas como uma medida de justiça, mas como um mecanismo de prevenção, reduzindo a probabilidade de reincidência e protegendo outras potenciais vítimas.

Para a área da saúde, o reconhecimento do TFIO é um desafio e uma obrigação. O agressor, frequentemente manipulador e convincente, consegue ludibriar profissionais de saúde, levando a uma cascata de intervenções médicas desnecessárias, exames invasivos, procedimentos cirúrgicos de risco e tratamentos farmacológicos indevidos. Esses caminhos e atitudes, além de perigosos para o paciente, consomem recursos valiosos e desviam a atenção de casos genuínos,

comprometendo a eficácia do sistema de saúde. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma alta suspeição clínica e estejam capacitados para identificar inconsistências no histórico, sintomas que não se alinham a quadros clínicos conhecidos e comportamentos atípicos por parte dos cuidadores.

A abordagem do TFIO exige, por natureza, uma resposta multidisciplinar. A colaboração entre pediatras, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e o aparato jurídico é indispensável para a proteção da vítima. A capacitação contínua e a educação dos profissionais sobre os sinais de alerta são essenciais para transformar a cultura de atendimento, passando de uma postura de confiança cega para uma de vigilância cautelosa e profissional. Em última análise, o correto encaminhamento e manejo de casos de TFIO são vitais não apenas para garantir a segurança de indivíduos vulneráveis, mas também para reafirmar o compromisso da Medicina com sua missão mais fundamental: proteger a vida e promover a saúde, livres de danos.

Resposta do judiciário e medidas legais de proteção

Quando a suspeita de TFIO é denunciada por uma equipe da área da saúde, Conselho Tutelar ou Delegacia de Polícia, o judiciário atua, em primeiro lugar, para proteger a criança, utilizando-se das medidas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[30] O foco principal é afastar o agressor e garantir a segurança e o bem-estar da vítima (ver também Capítulo 19 - Roteiro de Atendimento, Notificação e Acompanhamento).

As ações mais comuns incluem:

→ *Medida de proteção cautelar*

O juiz pode determinar o afastamento da criança do convívio com o agressor, encaminhando-a para uma família acolhedora ou para um abrigo (Art. 34 § 1 do ECA). Essa medida é de caráter provisório e visa interromper o ciclo de abuso.

→ *Perda ou suspensão do poder familiar*

Em casos comprovados de maus-tratos ou abuso, a justiça pode iniciar um processo para suspender ou, em última instância, destituir o poder familiar do agressor, podendo instituir tutela (Art. 36 do ECA).

Quando uma criança ou adolescente já convive em uma família extensa (formada por parentes próximos como avós e tios com os quais ela mantém vínculos de afinidade), o ECA prioriza a adoção por esses familiares. O Artigo 25, parágrafo único do ECA, reconhece e valoriza a família extensa, pois entende que a continuidade do convívio familiar é benéfica para o desenvolvimento da criança e do adolescente.

→ *Tratamento obrigatório*

O ECA prevê a possibilidade de a autoridade judiciária determinar o tratamento psiquiátrico ou psicológico obrigatório para os pais ou responsáveis que colocam a criança em risco.

→ *Responsabilização criminal*

Dependendo da gravidade dos atos, o agressor pode responder por crimes previstos no Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940),[31] sempre com a forma agravada quando incidir a relação de parentesco entre vítima e agressor ou se tratar de crime cometido contra criança, como:

- Lesão corporal (que pode variar entre leve e gravíssima).
- Induzimento, instigação ou auxílio à automutilação.
- Perigo para a vida ou saúde de outrem.
- Maus-tratos ou, em casos extremos, até mesmo tentativa de homicídio.
- Homicídio.

Além dos crimes mencionados no Código Penal, existe outro previsto no ECA. De acordo com o Artigo 243, é crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, mesmo que de forma gratuita, qualquer tipo de bebida alcoólica ou outros produtos que possam causar dependência física ou psíquica a crianças ou adolescentes, sem uma justificativa adequada.

É importante ressaltar que a atuação judicial depende de provas sólidas, frequentemente obtidas por meio de perícias médicas e psicológicas. A cooperação entre as áreas de saúde, assistência social e jurídica é crucial para que o sistema de justiça possa agir de forma eficaz, protegendo as crianças e garantindo que os agressores sejam responsabilizados.

Referências

1. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951;257(6650):339-41. doi: 10.1016/s0140-6736(51)92313-6
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet. 1977;2(8033):343-5. doi: 10.1016/s0140-6736(77)91497-0
3. Cardoso AC, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. Síndrome de Munchausen por transferência. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2ª ed. Brasília (DF): CFM, SPSP, SBP; 2018. p. 115-30. Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%AAncia_2018.pdf
4. APSAC Taskforce. Munchausen by proxy: Clinical and case management guidance. APSAC Advisor; 2017.
5. Schreier H [homepage on the Internet]. Munchausen by proxy: Clinical and case management guidance [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: http://www.apsaclibrary.org/publications/2018%20Number%201/10002.pdf
6. Stirling J, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics. 2007;119(5):1026-30. https://doi.org/10.1542/peds.2007-0563
7. Rosenberg DA [homepage on the Internet]. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: https://eric.ed.gov/?id=EJ366027
8. Feldman MD [homepage on the Internet]. Playing sick? Untangling the web of factitious disorder, Munchausen syndrome, and malingering [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: https://archive.org/details/playingsickuntan00feld
9. Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, et al. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. Einstein. 2017;15(4):516-21. doi: 10.1590/S1679-45082017MD3746
10. Ferrão AC, Neves MG [homepage on the Internet]. Síndrome de Munchausen por procuração: quando a mãe adoece o filho. Com Ciências Saúde. 2013;24(2):179-86. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/sindrome_munchausen_procuracao.pdf
11. Ferreira GC, Schley RG, Mäder BJ. Síndrome de Munchausen por Procuração: uma Revisão de Escopo. Rev PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental. 2024;13(1):15-28. doi: http://orcid.org/0009-0007-3137-4688
12. Ribeiro TM. Síndromes de Munchausen e Munchausen por procuração: alguns apontamentos da psicologia. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2020. doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/sindromes-de-munchausen
13. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. Arch Dis Child. 2014;99(8):720-3. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62183-2
14. Schreier HA, Libow JA. Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome. New York: Guilford Press; 1993.
15. Capasso E, Costanza C, Roccella M, et al. When care becomes abuse: A forensic–medical perspective on Munchausen syndrome by proxy. Pediatr Rep. 2025;17(3):60. doi: 10.3390/pediatric17030060
16. Walters IC, MacIntosh R, Blake KD. A case report and literature review: Factitious disorder imposed on another and malingering by proxy. Paediatr Child Health.

2019;25(6):345-8. doi: 10.1093/pch/pxz053.
17. Moura E, Oliveira MJ, Guedes M, et al [homepage on the Internet]. Caso clínico: síndrome de Munchausen por procuração. Saúde Infantil. 2000;22(2):75-81. Disponível em: https://www.academia.edu/89220323
18. Amlani A, Grewal GS, Feldman MD. Malingering by proxy: A literature review and current perspectives. J Forensic Sci. 2016;61(Suppl 1):S171-6. doi: 10.1111/1556-4029.12977
19. Alkhattabi F, Bamogaddam I, Alsagheir A, et al. Munchausen syndrome by proxy: a case report. J Med Case Rep. 2023;17(1):148. doi: 10.1186/s13256-023-03848-7.
20. Telles LE, Moreira CG, Almeida MR, et al. Transtorno factício imposto a outro (síndrome de Munchausen por procuração) e maus-tratos infantis. Debates em Psiquiatria. 2015;5(6). doi: https://doi.org/10.25118/2236-918X-5-6-6
21. Silva G, Dutra G. Transtorno factício autoimposto e imposto a outro: um relato de caso. J Bras Psiquiatr. 2024;73(2). doi: https://doi.org/10.1590/0047-2085-2024-0046
22. Feldman MD homepage on the Internet]. Munchausen by Internet: Detecting Factitious Illness and Crisis on the Internet [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10923952/
23. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse Negl. 2003;27(4):437-53. doi: https://doi.org/10.1016/s0145-2134(03)00030-9
24. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) [homepage on the Internt]. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: http://www.apsaclibrary.org/publications/2018%20Number%201/10002.pdf
25. Pulman A, Taylor J. Munchausen by internet: current research and future directions. J Med Internet Res. 2012;14(4):e115. doi: 10.2196/jmir.2011.
26. Sociedade de Pediatria de São Paulo [homepage on the Internet]. Boletim Atualize-se: Munchausen pela internet. São Paulo (SP); Set/Out 2022. Disponível em: https://www.spsp.org.br/publicacao/AtualizeA7N5.pdf
27. Dorsey ER, Topol EJ. State of telehealth. N Engl J Med. 2016;375(11):1547-52. doi: 10.1056/NEJMra1601705.
28. Dave S, Abraham S, Ramkisson R, et al. Digital psychiatry and COVID-19: the Big Bang effect for the NHS? BJPsych Bull. 2021;45(5):259-63. doi: 10.1192/bjb.2020.114.
29. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, et al. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. Telemed J E Health. 2013;19(6):444-54. doi: 10.1089/tmj.2013.0075.
30. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
31. Brasil [homepage on the Internet]. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro (RJ): Diário Oficial da União; 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

CAPÍTULO 9

Violência sexual

Théo Lerner
Mônica López Vázquez
Joelma Gonçalves Martin

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

Definição

Violência sexual pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido:[1]

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

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

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 às situações que envolvam o contato genital.

A aceitação ou participação da criança em atividades de natureza sexual com adultos também deve ser caracterizada como abusiva. As sensações físicas do contato sexual geralmente são prazerosas e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente busquem a repetição desses estímulos, seja com adultos, seja com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais sobre diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados.[1-4]

Abuso sexual

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

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. É um processo dinâmico que não se restringe a seus participantes diretos, mas abrange todo o núcleo familiar e é permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação para a maioria dos envolvidos. A sua revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições.[1,3,4]

Violência sexual

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

→ *Violência aguda*[1]

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

As situações de violência sexual aguda correspondem, em sua

grande maioria, aos "assaltos sexuais", correlacionados intimamente com a violência urbana e ocorrem principalmente em espaço público. São mais frequentes nos períodos de trânsito entre casa/escola/trabalho/lazer. As ameaças à vida ou à integridade física são bastante explícitas. Estão fortemente associadas à violência física e acometem, principalmente, adolescentes e mulheres adultas. O agressor geralmente é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O atendimento a esse tipo de situação deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pela necessidade de avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gestação indesejada.

→ *Violência crônica*[1]

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

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

Atuação profissional[1]

- *Multidisciplinar:* Nenhuma área do conhecimento dá conta de todas as particularidades de uma situação de abuso sexual.
- *Em equipe:* Integração profissional é fundamental para a compreensão e o encaminhamento de cada caso.
- *Institucionalizada:* Proteção aos profissionais no contato com outras instituições.

- *Clareza de papéis:* A invasão da área de atuação de outros profissionais pode ser mais prejudicial que benéfica ao paciente.
- *Em rede:* Relacionada a outras instituições – especialmente das áreas jurídica e social.

A complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprios. A comunicação entre esses diversos especialistas é fundamental para que sejam compreendidas as peculiaridades de cada caso, evitando-se redundância ou contradição entre os múltiplos procedimentos. As equipes devem estar atentas para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, sendo frequentes a confusão de papéis e as tentativas de manter a situação em segredo, que repercutem especialmente em relação a profissionais que atuam de forma isolada, o que não é recomendado. A institucionalização do atendimento favorece o esclarecimento de informações contraditórias e protege os profissionais, assim como o registro completo das informações de história e exame físico do paciente em prontuário.

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

O Capítulo 19 aprofunda as informações sobre o roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento, oferecendo maior detalhamento.

→ *Atendimento*[1]

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

- História e exame físico devem ser cuidadosamente descritos e registrados no Prontuário do Paciente:
  - Proteção profissional.
  - Fornecimento de subsídios para a elaboração do laudo indireto de exame de corpo de delito.

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

Ao atender em uma situação em que haja suspeita de violência sexual, o profissional deve evitar fazer prejulgamentos ou emitir diagnósticos precipitados. É importante lembrar do papel de autoridade exercido pelo médico e do valor que os conceitos emitidos por ele têm sobre os pacientes. A escuta deve ser aberta, atenciosa, acolhedora e em espaço físico que preserve a privacidade dos envolvidos, registrando de maneira imparcial a história contada. O registro deve ser o mais próximo possível do que foi relatado, de maneira extensa e com a identificação dos diferentes relatores, a fim de permitir a análise posterior de possíveis contradições e omissões. Deve-se anotar as observações sobre o comportamento dos envolvidos antes, durante e depois da anamnese.[1,5,6]

→ *Exame físico*[1]

- *Examinar o corpo inteiro da vítima*: Procurar por lesões ou cicatrizes indicativas de violência física: hematomas, marcas de mordidas, queimaduras, etc.
- *Em crianças muito pequenas é difícil avaliar sinais de irritação peritoneal*: Buscar apoio em outros métodos diagnósticos.
- *Na urgência, sempre observar a diurese*: A anatomia genital da criança torna mais prováveis as lesões de trato urinário. Excluir hematúria.

O exame físico deve ser realizado de maneira cuidadosa e abrangente. Todo o corpo da criança deve ser examinado para a identificação de lesões indicativas de violência física. Embora seja obrigatório, o exame físico não deve constituir uma nova experiência traumática

para a criança. O profissional que atende deve ser paciente e compreensivo com as angústias do paciente. Se necessário, o exame deverá ser realizado sob narcose, em centro cirúrgico.

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

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

→ *Exame ginecológico (obrigatório na urgência)*[1]

- Evitar novo trauma com o exame ginecológico. Se necessário, realizar o exame sob narcose, em centro cirúrgico.
- Excluir lesões sangrantes. A avaliação de fundo de saco vaginal em crianças deve ser feita por profissional experiente.
- Avaliar secreções, DSTs ou a presença de gestação.
- Avaliação de rotura himenal recente. O diâmetro himenal **não é um indicador confiável.**
- Avaliar região anal.

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

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

→ *Procedimentos cirúrgicos*[1]

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

Os objetivos do tratamento cirúrgico, quando indicado, são a interrupção dos sangramentos e a reconstrução anatômica das estruturas lesadas. A hemostasia deve ser realizada com fios absorvíveis, para evitar o desconforto do procedimento de retirada destes. O tamponamento de sangramentos vaginais deve ser evitado, pois os tampões vaginais tendem a aumentar de tamanho à medida que acumulam sangue e sua retirada pode ser bastante traumática para uma pessoa submetida à violência sexual.

→ *Procedimentos diagnósticos*[1]

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

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

→ *Coleta de provas forenses*[4]

Do ponto de vista médico-legal, o registro acurado do prontuário médico, com histórico e exame físico detalhados, é fundamental para a análise do caso pelos setores de proteção e responsabilização. A norma técnica do Ministério da Saúde de 2012, **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**,[5] preconiza ainda a coleta de material para a identificação forense de possíveis autores do delito.

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

de vestígios,[6] de 2015, estabelece os procedimentos detalhados para a realização dessa coleta, que são resumidamente apresentados a seguir:

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

→ *Profilaxias*

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

O Ministério da Saúde atualiza periodicamente os procedimentos profiláticos relacionados a agravos consequentes à violência sexual. O documento mais recente foi publicado na norma técnica **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** (3ª ed.),[4] resumidamente apresentada a seguir:

- *Profilaxia de emergência da gestação (em pacientes que já menstruam)*[5]

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

- *Profilaxia das DSTs não virais*[1,4,5]

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

Doses indicadas para crianças e adolescentes com menos de 45Kg:

- Penicilina benzatina 50.000UI/kg, IM (dose máxima total: 2,4 milhões UI).
- Ceftriaxona 125mg, IM, dose única.
- Azitromicina 20mg/kg (dose máxima: 1 g), VO, dose única.
- Metronidazol: 15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias (dose diária máxima: 2g).

• *Profilaxia da hepatite B*[5]

Pacientes que não foram vacinadas contra hepatite B ou com situação vacinal desconhecida devem receber imunoglobulina específica anti-hepatite B (preferencialmente nas primeiras 24 horas), além da complementação do esquema vacinal.

• *Quimioprofilaxia antirretroviral*[5]

No atendimento inicial à criança ou adolescente após a exposição de risco ao HIV, é necessário que o(a) profissional de saúde avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. As medicações antirretrovirais para quimioprofilaxia do HIV devem ser utilizadas criteriosamente, pois devem ser tomadas por um período relativamente longo (28 dias) e não são isentas de efeitos colaterais. Os critérios para a administração de antirretrovirais incluem:

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

Podemos utilizar quatro perguntas para auxiliar na decisão da indicação ou não da profilaxia pós-exposição de risco - PEP (Quadro 9.1).

Quadro 9.1 – Os 4 passos para avaliação da PEP para HIV[7-9]

→ O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?

→ O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?

→ O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é inferior a 72 horas?

→ A pessoa é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

→ Se todas as respostas forem **SIM**, a PEP para HIV está indicada.

Nota: 1. Material biológico de risco para transmissão do HIV: Sangue ou esperma. 2. Exposições com risco de transmissão do HIV: **Percutânea**: Lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes; Mordeduras com presença de sangue; Contato com pele não íntegra: presença de dermatites ou feridas abertas. **Membranas mucosas**: Exposição sexual desprotegida: penetração vaginal ou anal; Respingos em olhos, nariz e boca.
Fonte: Dathi/SVSA/MS.[7]

O esquema de escolha inclui mais de uma droga, podendo ser adaptado individualmente e deve ser acompanhado de perto para avaliação de efeitos colaterais e da adesão ao tratamento. O Quadro 9.2 elenca as doses de antirretrovirais utilizados na profilaxia por faixa etária e peso.

Quadro 9.2 – Esquemas preferenciais e alternativos para PEP-HIV com duração de 4 semanas.[7-9]

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicamentos alternativos
0 a 4 semanas de vida	a. **Baixo risco** de exposição ao HIV: AZT (em qualquer IG) b. **Alto risco** de exposição ao HIV: AZT + 3TC + RAL (IG: 37 semanas ou mais) **ou** AZT + 3TC + NVP (IG: 34 a 37 semanas) **ou** AZT (IG: abaixo de 34 semanas)	AZT + 3TC + NVP (IG: 37 semanas ou mais)
> 4 semanas até 6 anos	AZT + 3TC + DTG 5mg(a)	Impossibilidade do uso de DTG: LPV/RTV **ou** DRV(d)/RTV
6 a 12 anos	AZT + 3TC + DTG 50mg(b) **ou** TDF(c) + 3TC + DTG 50mg(b)	Impossibilidade do uso de DTG: DRV/RTV **ou** LPV/RTV
> 12 anos	TDF(c) + 3TC + DTG 50mg(b) **ou** AZT+3TC+DTG 50mg(b)	Impossibilidade do uso de DTG: DRV/RTV

Legenda: IG = idade gestacional. AZT = zidovudina. 3TC = lamivudina. RAL = raltegravir. NVP = nevirapina. DTG = dolutegravir. TDF = tenofovir. LPV = lopinavir. RTV = ritonavir. DRV = darunavir. (a)Peso igual ou superior a 3kg. (b)Peso igual ou superior a 20kg. (c)Peso igual ou superior a 35kg. (d)Peso igual ou superior a 15kg.
Fonte: Dathi/SVSA/MS.[7]

→ *Acompanhamento*

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

- Avaliação e condutas definidos pela equipe multidisciplinar.
- Garantia de seguimento ambulatorial após atendimento de urgência:
  - DSTs/AIDS.
  - Seguimento sorológico.
  - Saúde psicossexual.
  - Saúde reprodutiva.
  - Estresse pós-trauma.
- Orientação da família sobre medidas legais.
- Notificação às autoridades competentes.
  - Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude[10] (é um dever legal mesmo que só de caso suspeito).
- Boletim de Ocorrência (é um direito exclusivo da vítima ou de seu responsável legal, exceto quando o agressor possui poder familiar sobre a vítima, caso em que o Boletim de Ocorrência pode ser feito pela equipe de saúde).
- Serviços de vigilância epidemiológica.[11]
- O momento oportuno da notificação deve ser criteriosamente julgado pela equipe multiprofissional.
- Aconselhável ser feita pela instituição ou pelos responsáveis legais.

Abortamento legal[5,6]

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

Caso constatada gestação:

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

A Resolução Conanda nº 258/2024[12] estabelece diretrizes fundamentais para o atendimento e proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, com o objetivo de assegurar a integralida-

de de seus direitos. A normativa reforça protocolos que asseguram o acesso rápido e seguro a serviços especializados, incluindo o direito à interrupção legal da gestação em casos de estupro, sem a exigência de autorização judicial ou de prévio registro de ocorrência para menores de 14 anos. Para evitar a revitimização e a violência institucional, a resolução recomenda a adoção de procedimentos como a escuta especializada e o depoimento especial, que permitem o relato da vítima em ambiente acolhedor e de forma única. Por fim, determina a capacitação obrigatória de profissionais das áreas da saúde, assistência social, segurança pública e justiça, garantindo um atendimento humanizado, qualificado e respeitoso à dignidade das vítimas.

Prevenção da violência sexual[12-14]

A atuação profissional não se restringe ao atendimento posterior ao evento violento, mas deve incluir, de forma fundamental, estratégias de prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção da violência sexual é um processo contínuo e multifacetado, que demanda ação integrada entre saúde, educação, assistência social e políticas públicas.[14]

→ *Estratégias e recomendações*

• *Educação sexual integral*: Implementar programas de educação sexual e afetiva, apropriados para cada fase do desenvolvimento, em escolas e comunidades. Estes programas devem focar no ensino sobre o corpo, autonomia, consentimento, reconhecimento de toques inadequados ("toque bom vs. toque ruim") e no desenvolvimento de habilidades para que crianças e adolescentes saibam identificar situações de risco, dizer "não" e procurar ajuda. A utilização de materiais educacionais como o "Eu me protejo".[15]

• *Fortalecimento de redes de proteção*: Capacitar profissionais que atuam com crianças, adolescentes e mulheres (professores, pediatras, agentes de saúde, assistentes sociais) para identificar sinais de alerta de abuso e violência, bem como conhecer os caminhos para notificação e encaminhamento adequados, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).[10]

• *Campanhas de conscientização pública*: Desenvolver e veicular campanhas midiáticas que desnaturalizem a violência sexual, combatam

a cultura do estupro, informem sobre os canais de denúncia (Disque 100, Ligue 180) e incentivem a quebra do silêncio por parte de testemunhas e vítimas.

• *Orientação para familiares e responsáveis*: Promover discussões em unidades de saúde e escolas sobre a importância da escuta sensível, da criação de um ambiente familiar seguro onde a criança se sinta acolhida para relatar qualquer situação, e dos cuidados com a exposição precoce à internet e redes sociais, orientando sobre controle parental e os riscos de aliciamento *online*.[16]

• *Políticas públicas integradas*: Fomentar a criação e manutenção de políticas intersetoriais que garantam a proteção social, o combate à impunidade por meio de um sistema judiciário ágil e preparado e a promoção da igualdade de gênero, reconhecendo que a violência sexual é também uma expressão da desigualdade estrutural entre homens e mulheres.

A prevenção é a ferramenta mais poderosa para romper ciclos de violência e proteger gerações presentes e futuras. É um dever ético de todos os setores da sociedade.

Referências

1. Lerner T, Vázquez ML. Violência sexual. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 131-44.
2. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. Glaser D. Abuso sexual de niños. Buenos Aires: Paidós; 1997.
4. Minayo MC. O impacto da violência social sobre a saúde. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3rd ed [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres [homepage on the Internet]. Norma técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e IST [homepage on the Internet]. PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, ISTs e Hepatites Virais) [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv

8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente [homepage on the Internet]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente [homepage on the Internet]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 2: Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Crianas_Modulo_II_2024_e.pdf
10. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente [citado 2017 Out 30]. Disponível em: http://bit.ly/1MzlCIG
11. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [citado 2017 Out 30]. Disponível em: http://bit.ly/2onJFHP
12. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) [homepage on the Internet]. Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024 [citado 2025 set 18]. Disponível em: https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-do-conanda-n-258-de-23-de-dezembro-de-2024
13. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499
14. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania [homepage on the Internet]. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes – Matriz 02: Exploração Sexual [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://www.gov.br/participamaisbrasil/planevca-matriz-02-exploracao-sexual
15. Almeida P, Maria N; Equipe Eu Me Protejo [homepage on the Internet]. Eu me Protejo: cartilha de educação para prevenção contra o abuso sexual infantil. Apoiado por: Sociedade Brasileira de Pediatria [citado 2025 Set 18]. Disponível em: https://www.eumeprotejo.com/
16. Sanderson C. Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças do abuso sexual. São Paulo (SP): MBooks; 2005.

CAPÍTULO 10

Das lesões autoprovocadas ao suicídio

Benito Lourenço
Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Autolesão não suicida na adolescência

A adolescência é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, comumente marcado por desafios na autorregulação emocional e na busca por identidade. Nesse contexto, o fenômeno da autolesão não suicida (ANS) emerge como um comportamento preocupante, demandando atenção e compreensão aprofundadas por parte dos profissionais de saúde que atuam com essa faixa etária. A ANS, embora não intencione a morte, representa um sinal de sofrimento significativo e exige intervenção qualificada.

A ANS é caracterizada por ferimentos corporais autoinfligidos na ausência de qualquer intenção de morrer e para fins que não são socialmente sancionados. Essa distinção é importante: a intenção subjacente é o elemento definidor que a separa da tentativa de suicídio. Enquanto a tentativa de suicídio busca o término da vida, a ANS geralmente visa o alívio de um sofrimento emocional intenso, a regulação de estados afetivos disfuncionais ou outras funções intrapessoais e interpessoais.

Contudo, é fundamental reconhecer que, embora conceitualmente distintas, a ANS e as tentativas de suicídio, frequentemente, se sobrepõem em seus cursos longitudinais. Evidências crescentes indicam que a autolesão não suicida é um dos preditores prospectivos mais robustos de tentativas de suicídio, mesmo quando o comporta-

mento suicida anterior é considerado.[1,2] Isso significa que um adolescente que se autolesiona, mesmo sem intenção suicida atual, possui um risco aumentado de idear ou tentar suicídio no futuro. Portanto, a abordagem da ANS requer um olhar atento para o risco suicida latente, com profissionais capacitados para investigar a presença de pensamentos suicidas.

Prevalência/epidemiologia

A prevalência da autolesão não suicida na adolescência é alarmante. Em amostras da população geral de adolescentes, estima-se que a prevalência varie entre 17% e 18%.[3,4] Esse número salta para impressionantes 50% a 70% entre adolescentes com transtornos psiquiátricos.[3] É um comportamento significativamente mais frequente nessa faixa etária, sendo cerca de três vezes mais comum em adolescentes do que em adultos acima de 25 anos. A idade de início mais comum para a ANS situa-se entre 12 e 14 anos, um período de grande vulnerabilidade e mudanças.

Quanto ao gênero, a autolesão não suicida é pouco mais frequente no sexo feminino.[5] Além disso, estudos demonstram uma prevalência elevada de ANS em adolescentes que questionam sua orientação sexual ou se identificam como *gays*, lésbicas ou bissexuais, em comparação com aqueles que se identificam como heterossexuais.[6] Esses dados apontam para a necessidade de um olhar sensível e inclusivo ao abordar o tema, reconhecendo as minorias sexuais como um grupo de maior vulnerabilidade.

A autolesão não suicida raramente ocorre de forma isolada, estando frequentemente associada a uma série de fatores de risco e comorbidades. A psicopatologia é um dos principais determinantes, com sofrimento psíquico subjacente sendo um fator proeminente. Adolescentes com transtornos de ansiedade (especialmente Transtorno de Ansiedade Generalizada), transtorno de conduta, transtornos depressivos, transtornos alimentares, transtornos de personalidade (particularmente Transtorno de Personalidade Borderline) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apresentam taxas elevadas de ANS. No entanto, é crucial ressaltar que o comportamento autolesivo pode ocorrer mesmo na ausência de um diagnóstico psiquiátrico formal.

Outros fatores significativamente associados incluem a impulsividade, que pode levar a decisões rápidas e sem ponderação das consequências. A violência intrafamiliar e a disfunção familiar, com ambientes domésticos instáveis ou abusivos, são também importantes preditores. Eventos de vida negativos ou estressores, como perdas, *bullying*, dificuldades escolares ou interpessoais, podem precipitar ou exacerbar o comportamento. A psicopatologia parental, como transtornos mentais em pais ou cuidadores, também aumenta o risco para os adolescentes.

Um fenômeno particularmente relevante é o "contágio social".[7] Adolescentes podem emular comportamentos de autolesão observados em pares, especialmente em grupos de amizade onde há seleção por interesses e comportamentos semelhantes. Além disso, o contágio social pode ocorrer indiretamente por meio da exposição à mídia, incluindo música, filmes, internet e redes sociais como o Instagram. Essas plataformas não apenas expõem os jovens ao comportamento, mas também podem ensinar novos métodos ou técnicas de autolesão, como evidenciado por estudos que analisam o impacto de conteúdo digital.[8]

Compreensão e intervenção

Para compreender e intervir eficazmente na ANS, é fundamental entender a função do comportamento para o adolescente. A autolesão é um mecanismo de *coping*, ainda que disfuncional, que busca reforçar ou remover um estado emocional. O reforço pode ser dividido em positivo e negativo e em intrapessoal (interno) e interpessoal (social).

O reforço positivo intrapessoal ocorre quando a autolesão gera sentimentos ou pensamentos desejados, como "sentir algo, mesmo que seja dor" (em momentos de dormência emocional) ou experimentar satisfação por autopunição. Já o reforço negativo intrapessoal é o mais comumente relatado e consiste na remoção de um estímulo indesejável ou aversivo. Nesses casos, a automutilação alivia emoções negativas avassaladoras, como ansiedade, depressão, raiva ou reduz pensamentos angustiantes como a autocrítica, promovendo um alívio imediato do sofrimento. A expressão "raiva de mim mesmo" e o impulso de autopunição são frequentemente relatados por adolescentes.[9]

No que tange aos reforços interpessoais, o reforço positivo pode vir na forma de atenção ou apoio da família ou de pares. O reforço negativo interpessoal envolve a fuga de demandas sociais indesejadas ou de situações insuportáveis, por exemplo, fazendo com que os pais parem de brigar ou que o adolescente seja retirado de uma situação estressante. Compreender a função específica da autolesão para cada indivíduo é crucial para desenvolver estratégias de manejo mais eficazes, focando em formas mais adaptativas de alcançar esses reforços.

Clinicamente, a autolesão não suicida se manifesta como dano autoinfligido intencional à superfície do corpo, sem a intenção de morte. A urgência e a impulsividade são características marcantes: a maioria dos adolescentes passa menos de alguns minutos contemplando a automutilação antes de se engajar no comportamento.[10] Geralmente, os atos são realizados sozinhos e, em grande parte dos casos, não ocorrem sob a influência de substâncias.

Episódios: frequência e lesões

Em termos de frequência, estudos em amostras da comunidade indicam que a média de episódios ao longo da vida varia de 2 a 10. Curiosamente, aproximadamente 25% a 30% dos adolescentes se envolverão em autolesão não suicida apenas uma vez, o que pode indicar um episódio experimental ou reativo a uma crise pontual.[11-13] As lesões são predominantemente superficiais e, na maioria das vezes, não requerem tratamento médico, embora possam incluir cortes, arranhões, queimaduras, entre outros.

As áreas mais comuns para as autolesões incluem antebraços, braços, punhos, mãos e coxas, locais que podem ser facilmente ocultados. Após o comportamento, muitos adolescentes relatam experimentar sofrimento emocional, como raiva, culpa e vergonha.[14] Esse ciclo de alívio temporário seguido por emoções negativas reforça a necessidade de intervenção, pois o comportamento não resolve o problema subjacente e pode gerar um ciclo vicioso de sofrimento.

Para pediatras e médicos de adolescentes, a identificação precoce da autolesão não suicida é um desafio, especialmente porque os adolescentes frequentemente tentam esconder o comportamento. Contudo, estar atento a certos sinais pode ser decisivo. Lesões frequentes

e inexplicáveis, ou "acidentes" recorrentes em antebraços, pulsos, mãos ou outras partes do corpo (especialmente lesões que causam cicatrizes no braço não dominante), devem levantar suspeita.

O uso incomum ou impróprio de roupas também é um indicador importante. Isso inclui o uso de várias pulseiras, roupas que cubram grandes áreas do antebraço, ou mangas compridas em temperaturas quentes para ocultar as lesões. A recusa em participar de atividades que exigem menos roupas, como aulas de educação física, natação ou esportes, pode ser um sinal de que o adolescente está tentando esconder marcas no corpo. Uma história anterior de autolesão não suicida, mesmo que pontual, é um dos mais fortes preditores de futuros episódios.

Detecção e tratamento

Profissionais de atenção primária desempenham um papel crucial na detecção, mas estudos mostram que menos de 30% perguntam rotineiramente sobre comportamento autolesivo e quase 50% se sentem despreparados para lidar com a automutilação, se ela for relatada.[15] É fundamental que os profissionais de saúde saibam que os jovens envolvidos com autolesão não suicida podem já ter começado a pensar em suicídio e façam as perguntas de forma correta e empática. A escuta ativa, sem julgamento e um ambiente de confiança são essenciais para que o adolescente se sinta à vontade para compartilhar seu sofrimento.

Um dos maiores desafios no tratamento da ANS é que a maioria dos pacientes que se envolvem nesse comportamento não procura ajuda profissional. Isso se deve a múltiplos fatores, incluindo o estigma associado ao comportamento, a ambivalência sobre a eficácia do tratamento e o fato de que a autolesão é, para eles, reforçadora, proporcionando alívio imediato do sofrimento.

As indicações para uma intervenção mais intensiva incluem episódios múltiplos de autolesão não suicida, caso em que a intervenção precoce é fundamental para prevenir o reforço de um comportamento habitual. Um único episódio de autolesão que é clinicamente grave ou requer atenção médica (por exemplo, suturas) também demanda intervenção. Para pacientes com um único episódio superficial, que não requer tratamento médico e é de natureza mais experi-

mental ou reativa do que um meio de lidar com sofrimento crônico, o acompanhamento clínico cuidadoso pode ser suficiente, com foco na monitorização e no desenvolvimento de estratégias de *coping*.

É importante gerenciar as expectativas: a maioria dos adolescentes que se autolesionam frequentemente não é capaz de interromper o comportamento abrupta e completamente. A melhora geralmente ocorre de forma gradual, por meio do desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e de *coping* mais adaptativas.

A inclusão dos pais ou responsáveis no tratamento da autolesão não suicida é fortemente recomendada, desde que a confidencialidade do adolescente seja respeitada. É necessário bom senso na "quebra de sigilo", evitando detalhes desnecessários sobre o ato em si, mas focando na necessidade de apoio e tratamento. O diálogo com a família deve visar a construção de um ambiente de suporte, não de julgamento ou punição.

O desenvolvimento de um plano de segurança é uma ferramenta valiosa. Este plano deve incluir estratégias para lidar com a necessidade de se ferir (que geralmente envolvem atividades para relaxar ou se distrair, como fazer exercícios, ouvir música, escrever e ler). Além disso, as estratégias podem incluir mudar o ambiente para estar perto de pessoas e ir a lugares que proporcionam distração. O plano deve identificar recursos humanos que o adolescente pode acionar em momentos de crise, como familiares, amigos e serviços de saúde mental. Manter o ambiente seguro, removendo ou tornando inacessíveis instrumentos que poderiam ser usados para autolesão, é uma medida prática importante.

Por outro lado, os "contratos de segurança" (promessas de que não irão se machucar por um determinado período) não são recomendados. Apesar de seu amplo uso, não há evidências de que tais contratos reduzam o comportamento autolesivo.[16] Pelo contrário, podem ter efeitos deletérios sobre a relação médico-paciente, sendo percebidos como uma tarefa administrativa em vez de uma genuína preocupação. A confiança e a empatia são alicerces mais sólidos para a adesão ao tratamento.

A psicoterapia é o pilar do tratamento para a autolesão não suicida. Independentemente da abordagem terapêutica específica, a empatia e a percepção de que o terapeuta está genuinamente interessado na

história e no bem-estar do paciente são os fatores mais preditivos de sucesso. A mobilização do terapeuta para ajudar o paciente, a construção de um vínculo terapêutico seguro e a validação do sofrimento do adolescente são cruciais para que ele se sinta compreendido e engajado no processo de mudança.

No Brasil, a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelece diretrizes importantes para a atuação dos profissionais de saúde. O Art. 6º da referida lei torna os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada de notificação compulsória.[17]

Essa notificação deve ser realizada por estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias. No caso de envolver criança ou adolescente, os estabelecimentos de ensino públicos e privados também devem notificar o conselho tutelar. Para casos com crianças ou adolescentes, o conselho tutelar deverá receber a notificação dos estabelecimentos de saúde. Essa legislação reforça a responsabilidade dos profissionais em identificar e notificar casos, garantindo que o adolescente receba o suporte necessário e que a rede de proteção seja acionada, visando à prevenção e o manejo adequado da autolesão e do risco suicida.

Suicídio em adolescentes: um problema de saúde pública

Uma outra face do sofrimento psíquico que precisa ser bem compreendida pelos profissionais da saúde é o suicídio. O termo suicídio tem origem no latim e seu significado está relacionado à autoeliminação, realizada de maneira voluntária e intencional. Etimologicamente, deriva de *sui* (a si mesmo) e *caedere* (matar). Trata-se de um fenômeno antigo, presente em registros históricos de diferentes épocas e observado em praticamente todas as culturas.

Na adolescência, a gravidade do suicídio adquire contornos ainda mais preocupantes, uma vez que envolve indivíduos em pleno processo de desenvolvimento, que se encontram no início de seu percurso de vida e, paradoxalmente, acabam escolhendo a interrupção precoce da própria existência.

Nas últimas décadas, diversas pesquisas têm evidenciado o crescimento das taxas de suicídio entre adolescentes,[18-20] chegando até 47%

de aumento entre os anos 2000 e 2015,[18] configurando-se, atualmente, como uma das principais causas de morte nessa faixa etária.[21] Um estudo de tendência temporal sobre a mortalidade por suicídio no Brasil entre 2000 e 2022, realizado pela Fiocruz, mostrou que, em 2022, a probabilidade de suicídio entre adolescentes foi 21% superior à dos adultos jovens, grupo que historicamente apresentava os maiores índices.[22]

Dessa forma, o suicídio em adolescentes deve ser entendido como um problema de saúde pública complexo e em expansão no Brasil, que demanda respostas urgentes e políticas públicas eficazes.

Cabe ressaltar que os registros oficiais podem subestimar a real magnitude do problema, já que, muitas vezes, casos de suicídio são notificados como mortes acidentais ou indeterminadas.

Fatores

O suicídio resulta de múltiplos fatores que se entrelaçam, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais, geralmente em interação.[23,24] Entre os fatores predisponentes nessa faixa etária, destacam-se problemas escolares, como *bullying* e baixo rendimento, além de histórico de violência física ou sexual, isolamento social e conflitos familiares, em que as tensões e a rigidez das relações são barreiras para a comunicação e um relacionamento harmonioso entre pais e filhos.[25,26] Não raro, adolescentes com comportamento suicida apresentam histórico de agressões, problemas de conduta e envolvimento em situações de violência.

Durante a adolescência, a construção da identidade e o sentimento de pertencimento ao grupo de pares exercem papel protetivo fundamental. Entretanto, jovens com manifestações suicidas tendem a estabelecer vínculos frágeis e se aproximar de colegas igualmente vulneráveis.

Outro aspecto relevante é o efeito de imitação, amplificado pela mídia. A influência de produções, como a série "**13 Reasons Why**", trouxe repercussão negativa, uma vez que retratam o suicídio como um ato glamourizado, consequência de eventos específicos e que não pode ser evitado. Estudo observou aumento significativo nas taxas de suicídio entre crianças e adolescentes nos EUA após o lançamento da

série, alertando para a necessidade de cautela na exposição midiática desse tema a crianças e adolescentes.[27]

Histórico de tentativas prévias e a presença de transtornos mentais também figuram como fatores fortemente associados ao suicídio, sobretudo a depressão, a dependência de álcool e drogas, a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Em estudo norte-americano com 6.483 adolescentes de 13 a 18 anos e seus pais, constatou-se que cerca de 80% dos adolescentes suicidas recebiam algum tipo de tratamento de saúde mental, concluindo que a maioria dos jovens com comportamentos suicidas tem transtornos mentais pré-existentes.[28]

Diferentemente do que ocorre nas tentativas, o suicídio consumado é mais comum entre adolescentes do sexo masculino. Um estudo que analisou os casos de suicídio ocorridos no Estado de São Paulo, em 2015, revelou que 5,4% dos suicídios ocorreram entre 10 e 19 anos, com uma taxa de mortalidade de 2,1 óbitos por cem mil habitantes, com predominância do sexo masculino (2,8 óbitos por cem mil habitantes) e da faixa etária de 15 a 19 anos (3,4 óbitos por cem mil habitantes).[29]

Quanto aos métodos utilizados, o enforcamento é o mais frequente entre os suicídios consumados, enquanto a autointoxicação predomina nas tentativas, por não ser sempre letal. A "escolha" do método está intrinsecamente ligada à sua disponibilidade. Em revisão sobre os fatores associados ao comportamento suicida em crianças com até 14 anos, observou-se que houve predominância (que variou de 48% a 90%) dos casos de mortes por suicídio por enforcamento, seguida de 14% a 22% por arma de fogo e, em menores proporções, 4% a 7% por intoxicação, 7% a 30% por precipitação e 2% a 4% por afogamento.[26]

Prevenção e tratamento

A prevenção do suicídio na adolescência deve ser tratada como prioridade nas políticas públicas. É indispensável uma abordagem intersetorial, que contemple não apenas a saúde mental, mas também fatores sociais, culturais e econômicos. Entre as principais medidas recomendadas, destacam-se:

- Tratamento adequado dos transtornos mentais, como depressão, com profissionais capacitados para o manejo de saúde mental.

- Restrição do acesso a meios letais, por meio de legislação mais rígida sobre armas de fogo, controle na prescrição de medicamentos, fiscalização da venda de substâncias tóxicas e instalação de barreiras físicas em locais de risco.
- Monitoramento constante de adolescentes vulneráveis, especialmente aqueles com histórico de tentativas de suicídio ou ideação suicida, ou que estejam vivenciando situações estressoras (dificuldades financeiras, conflitos familiares, problemas de relacionamento, doenças crônicas). Esses jovens não podem ser negligenciados e necessitam de acompanhamento especializado.
- Regulação de ambientes virtuais, com controle rigoroso de redes sociais e páginas que incitem ou ensinem práticas de automutilação e suicídio.
- Reforço da legislação vigente, lembrando que o ordenamento jurídico brasileiro já criminaliza o induzimento, a instigação e o auxílio ao suicídio e à automutilação, com agravamento das penas quando a vítima é menor de idade ou apresenta capacidade de resistência reduzida.
- Aperfeiçoamento na coleta e qualidade dos dados, de modo a possibilitar diagnósticos mais precisos e a elaboração de políticas públicas fundamentadas em evidências.

Comentários finais

Em síntese, o suicídio entre adolescentes não deve ser entendido apenas como expressão de um transtorno individual, mas sim como um problema social complexo, que exige ação imediata e coordenada para prevenir mortes evitáveis.

Nesse contexto, destacam-se o papel da família, da escola e da mídia, elementos fundamentais na rede de apoio que envolve o adolescente em seu cotidiano. Ainda nesse sentido, os meios de comunicação têm responsabilidade significativa na educação do público, sobretudo ao orientar sobre onde e quando buscar ajuda.

Referências

1. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, et al. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? Br J Psychiatry. 2013;202(5):326.
2. Scott LN, Pilkonis PA, Hipwell AE, et al. Non-suicidal self-injury and suicidal

ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: a multi-wave prospective study. Compr Psychiatry. 2015;58:1-10.
3. Swannell SV, Martin GE, Page A, et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(3):273-303.
4. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6(1):10. doi: https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10
5. Bresin K. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2015;38:55-64.
6. Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. Arch Suicide Res. 2015;19(2):131-50.
7. Jarvi S, Jackson B, Swenson LP. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. Arch Suicide Res. 2013;17(1):1-19.
8. Brown RC, Plener PL. #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. Psychol Med. 2018;48(2):337-43.
9. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(1):67-80.
10. Walsh BW. Clinical assessment of self-injury: a practical guide. J Clin Psychol. 2007;63(11):1057-68.
11. Plener PL, Libal G, Keller F, et al. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. Psychol Med. 2009;39(9):1549-58.
12. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, et al. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents. J Affect Disord. 2017;220:49-56.
13. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, et al. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. Pediatrics. 2012;130(1):39-45.
14. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry Res. 2009;166(2–3):260-8.
15. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, et al. Nonsuicidal self-injury among adolescents: a training priority for primary care providers. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(3):250-61.
16. Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, et al. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(3):363-70.
17. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio [citado 2025 Out 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm
18. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal AL. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. J Bras Psiquiatr. 2019;68(1):1-7.
19. Fernandes FY, Freitas BH, Marcon SR, et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(4):e2020117.
20. Brzozowski FS, Soares GB, Benedet J, et al. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. Cad Saúde Pública. 2010;26(7):1293-302.
21. Bertuccio P, Amerio A, Grande E, et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. EClinicalMedicine. 2024;70:102506.

22. Guimarães RM, Moreira MR. Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2024. Relatório Técnico #1.
23. Nunes ED. O suicídio - reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Cad Saúde Pública. 1998;14(1):7-34.
24. Ribeiro JM, Moreira MR. An approach to suicide among adolescents and youth in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(9):2821-34.
25. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. J Adolesc. 2013;36(2):341-50.
26. Sousa GS, Santos MS, Silva AT, et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(9):3099-110.
27. Bridge JA, Greenhouse JB, Ruch D, et al. Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(2):236-43.
28. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300-10.
29. Gianvecchio VA, Jorge MH. O suicídio no estado de São Paulo, Brasil: comparando dados da Segurança Pública e da Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2022;27(6):2427-36.

CAPÍTULO 11.A

Violência entre pares e crimes digitais: *bullying* e *cyberbullying*

Benito Lourenço
Evelyn Eisenstein

A escola, enquanto ambiente privilegiado de convivência e formação, deveria ser um espaço dinâmico onde crianças e adolescentes desenvolvem suas habilidades sociais e cognitivas. Contudo, a compreensão contemporânea desse ambiente transcende o mero objetivo acadêmico, demandando uma análise aprofundada dos desafios interpessoais que nela podem surgir. E os desafios enfrentados por professores e educadores têm se ampliado com o uso das tecnologias, paradoxalmente, com repercussões também nas consultas e atendimentos da Pediatria.

A percepção de que o ambiente escolar pode não ser "tão simples" para se trabalhar é corroborada por dados nacionais. O SAEB (Sistema de Avaliação da Educação Básica) é um conjunto de avaliações realizado pelo Ministério da Educação (MEC) no Brasil para medir o nível de aprendizagem dos estudantes da educação básica em escolas públicas e privadas. Além de avaliar os estudantes, a pesquisa também inclui questionários direcionados a professores e diretores e têm como objetivo levantar informações sobre o contexto escolar, infraestrutura, práticas pedagógicas, formação docente, gestão escolar, entre outros aspectos. O mais recente relatório do SAEB, que incluiu respostas de mais de 200.000 professores do ensino fundamental e médio, revelou a frequência assustadora de diversos episódios de violência.[1]

Notavelmente, o *bullying* se destaca com a maior prevalência, sendo reportado por 41,6% dos professores como ocorrendo "poucas vezes" e 4,4% como ocorrendo "muitas vezes", superando significativamente outras formas de violência, inconcebíveis dentro do ambiente escolar, resumidas na Tabela 11.A.1.[1]

Tabela 11.A.1 – Situações de violência ou vulnerabilidade segundo professores de ensino fundamental e médio

Situações de violência	Relatada como "poucas vezes"	Relatada como "muitas vezes"
Atentado à vida	4,4%	1,3%
Lesão corporal	10,7%	0,9%
Roubo ou furto	12,1%	1,6%
Tráfico de drogas	5,3%	0,9%
Alunos sob efeito de álcool	4,4%	0,5%
Alunos sob efeito de drogas ilícitas	5,9%	0,6%
Porte de armas	2,6%	0,2%
Tiroteio ou bala perdida	1,5%	0,6%
Depredação do patrimônio escolar	19,1%	2,5%

Fonte: Adaptado de Relatório de resultados dos questionários SAEB 2021. Brasília: Inep, 2024.[1]

Essa realidade impacta diretamente no bem-estar dos educadores. O mesmo relatório do SAEB 2021 indica que 20% dos professores discordam ou discordam fortemente da satisfação com seu trabalho e 15% concordam ou concordam fortemente que têm vontade de desistir da profissão.[1] Tais índices sugerem um ambiente desafiador que transcende as questões pedagógicas, evidenciando a tensão gerada pela violência e desordem escolar e que são reflexos da violência estrutural e contextual/social.

Fenômenos violentos dentro da escola seguramente representam riscos significativos ao desenvolvimento psicossocial e à saúde dos adolescentes, exigindo uma abordagem informada e proativa por parte de todos os profissionais de saúde.

Historicamente, a violência entre pares no ambiente escolar foi frequentemente minimizada ou compreendida como parte inerente do "crescer". No entanto, a crescente evidência científica demonstra que o *bullying* não é um simples rito de passagem, mas uma forma de violência com consequências potencialmente devastadoras e traumáticas a curto e longo prazo. A presente discussão visa a contextualizar o *bullying* e o *cyberbullying* no cenário pediátrico, abordando sua prevalência, características, impactos na saúde e estratégias de intervenção e com a perspectiva multifacetada que a complexidade desses fenômenos exige.

Em uma perspectiva internacional, a Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem (TALIS) de 2018, promovida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), aponta que, no Brasil, 10% dos professores brasileiros registraram intimidação com violência verbal semanalmente, em comparação com uma média internacional de 3%. A desvalorização profissional é outro ponto crítico, com apenas 10% dos professores sentindo-se valorizados no Brasil, contra uma média global de 32% e latino-americana de 23%.[2] Esses dados confirmam que a incidência de *bullying* e outras formas de violência não apenas afetam os alunos, mas também a saúde ocupacional dos profissionais da educação.

Globalmente, a prevalência de *bullying* permanece uma preocupação. Estudo envolvendo 44 países em 2021/2022, com 279.117 participantes, indicou que aproximadamente 11% dos jovens relataram ter sofrido *bullying* na escola pelo menos 2 a 3 vezes por mês, nos dois meses anteriores.[3] Esses números refletem a persistência do problema em diversas culturas e sistemas educacionais.

No contexto brasileiro recente, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 adiciona dados relevantes, apontando que 23% dos escolares se sentiram humilhados pelos colegas nos 30 dias anteriores à pesquisa, com maior incidência entre meninas (26,5%) do que entre meninos (19,5%). Além disso, 13,2% dos escolares relataram ter se sentido ameaçados, ofendidos ou humilhados em redes sociais ou aplicativos, com as meninas (16,2%) também apresentando maior vulnerabilidade do que os meninos (10,2%), neste cenário.[4] Na pesquisa *TIC Kids Online* Brasil –

2024, com adolescentes entre 9-17 anos das 5 macrorregiões, 43% relataram episódios de discriminação ou mensagens ofensivas nas redes sociais.[5]

Definição e características

É fundamental distinguir o *bullying* de conflitos interpessoais comuns. Afirmações como "no meu tempo não existia isso" ou "conflitos sempre existiram na escola" como "zoações" subestimam a gravidade e as características intrínsecas do *bullying*. Se a vítima conseguia lidar com a situação de forma positiva, isso sugere que o episódio não se configurava como *bullying*. Quem profere tais frases, muitas vezes, não experimentou a dor da pessoa que sofreu a humilhação ou nunca foi alvo de tal violência.

Conflitos são inerentes às relações humanas e, em um ambiente de convivência como a escola, podem representar oportunidades de aprendizado e desenvolvimento de habilidades de resolução. O problema não reside na existência de conflitos, mas na maneira como são resolvidos. Crianças frequentemente utilizam estratégias mais primitivas para resolver desavenças, enquanto formas mais assertivas – diretas, honestas e respeitosas – se desenvolvem a partir das interações sociais e da maturação cognitiva.

A capacidade de resolver conflitos de forma assertiva envolve uma abordagem equilibrada, onde as próprias opiniões e direitos são expressos sem coerção, considerando a perspectiva do respeito ao outro e utilizando meios como a negociação. Em contraste, a tendência agressiva desrespeita a perspectiva alheia de forma hostil e dominadora, enquanto a submissa desrespeita a própria perspectiva, cedendo às demandas do outro. Estudos com adolescentes brasileiros indicam uma predominância de respostas submissas (39,29%) e agressivas (28,57%) em situações de conflito, com apenas 5,95% apresentando predominância de respostas assertivas.[6]

O *bullying* é, em sua essência, um tipo de violência, e não um mero conflito. Por décadas, foi equivocadamente visto como um "rito de passagem inofensivo", mas a realidade é que pode acarretar consequências importantes e duradouras. As seguintes características essenciais o diferenciam de um conflito comum:[7-9]

Ocorrência entre pares

É importante ressaltar que a relação deve ser simétrica, distinguindo-se, por exemplo, de assédio por parte de um professor.

• *Intenção de ferir:* A ação ou ameaça não é acidental, mas deliberada, com intenção de humilhar e controlar o "alvo" / vítima.

• *Repetição:* Caracteriza-se pela ocorrência reiterada dos atos, ou, no caso do *cyberbullying*, pela continuidade do sofrimento, mesmo que por uma única postagem com amplo alcance.

• *Alvo frágil:* A vítima é percebida como menos valiosa, ou com "defeito" em alguma característica simbólica eleita pelo agressor.

• *Desigualdade de poder:* Existe um desequilíbrio de poder, seja físico, psicológico ou social, entre o agressor e a vítima.

• *Público que "assiste":* A presença de espectadores (plateia) é uma característica distintiva, pois eles contribuem para a dinâmica da violência, seja por inação, omissão ou reforço.

• *Violência velada:* Que frequentemente ocorre longe da supervisão de autoridades.

• *Isolamento social:* Quando a vítima progressivamente perde força, silencia e se afasta das conexões sociais, intensificando sua vulnerabilidade.

Cyberbullying: peculiaridades e alcance amplificado

O *cyberbullying*, embora compartilhe a intenção de ferir, humilhar, discriminar e a existência de um alvo frágil, apresenta particularidades que o tornam um fenômeno ainda mais complexo e potencialmente destruidor. A principal diferença reside na permanência e no alcance da agressão.[10-11] Uma única postagem pode ser devastadora e a repetição é substituída pela persistência do conteúdo *online*, acessível e replicável.

A intenção de ferir do autor/agressor é clara, mas os espectadores digitais muitas vezes contribuem "sem refletir", ao repostar ou compartilhar o conteúdo, amplificando seu impacto sem a percepção imediata das consequências. O alvo frágil tem sua imagem rebaixada diante de um público exponencialmente mais amplo, que transcende o círculo imediato de pares, estendendo-se a anônimos que podem ser altamente danosos ou tóxicos, como nas redes de ódio *online*. A

desigualdade de poder, que no *bullying* tradicional pode ser física ou psicológica, no *cyberbullying* torna-se predominantemente psicológica e tecnológica.

O ambiente virtual carece da mediação de adultos que poderiam dar contorno às situações de conflito ou agressão. Há ausência de autoridades simbólicas, como um porteiro ou professor, e isso dificulta a consideração do outro como um ser humano pleno, com direitos como sujeitos e com sentimentos e amplia a chance quase nula de empatia, pois o agressor e os espectadores não veem a reação imediata da vítima.

Dados epidemiológicos reforçam a magnitude do *cyberbullying*. Em 2021/2022, 15% dos jovens relataram ter sofrido *cyberbullying* pelo menos 1 a 2 vezes nos últimos meses, com proporções semelhantes entre meninos (15%) e meninas (16%).[3] No Brasil, a PeNSE 2019 já apontava 13,2% dos escolares se sentindo ameaçados, ofendidos ou humilhados nas redes sociais ou aplicativos, novamente com maior prevalência entre meninas (16,2%) do que meninos (10,2%).[4] A combinação de anonimato, alcance global e a natureza documentada do *cyberbullying* cria um cenário de risco amplificado para a saúde mental dos jovens.

É importante dar atenção especial a situações de vulnerabilidade que podem ser agravadas pelo conteúdo *online*. A exposição às hostilidades, *cyberbullying* ou assédio, exposição a gatilhos emocionais, comparações autodepreciativas, quando combinadas com fatores fora das telas, ou mesmo dentro da escola, podem, inclusive, representar aumento do risco para o desenvolvimento de comportamento suicida e de autolesão.[12]

Algumas outras características do *cyberbullying* são:[13]

- *Ilusão do anonimato e da invisibilidade:* Aumenta a desinibição, com criação de avatares, que aumentam a imaginação e o alcance da violência.
- *Persistência dos conteúdos digitais* (textos, imagens, sons ou vídeos), pois tudo que é publicado *online* fica automaticamente gravado e arquivado, daí a replicabilidade e disseminação ampla e rápida através dos compartilhamentos.
- *Audiências invisíveis:* Nunca se sabe quem estará do "outro lado

das telas" nem o que será feito com a postagem agora ou no futuro, com a possibilidade de criar perfis falsos nas redes sociais.

- *Descontextualização:* Qualquer conteúdo pode ser copiado e publicado novamente em outros locais, incluindo sites públicos ou privados.
- *Impulsividade:* Ao apertar a tecla de "curtir" ou "compartilhar" sem tempo de "refletir" nas consequências e repercussões traumáticas para a vítima.
- *Assédio ou exclusão (cancelamento):* Envio de mensagens com conteúdos abusivos, visando a aborrecer, alarmar ou ameaçar o alvo-vítima ou excluir intencional e cruelmente, por bloqueio de uma pessoa do grupo *online*.

Consequências psicossociais e na saúde

A preocupação com o *bullying* e o *cyberbullying* é justificada pelos profundos impactos que exercem na formação da identidade e no bem-estar psicológico dos jovens. O *bullying* ataca a imagem que o indivíduo tem de si mesmo diante do outro, levando a questionamentos de emoções como culpa ou vergonha, como "*eu devo ter feito algo para merecer isso*", algo bastante preocupante em um momento importante da evolução da subjetividade do jovem.

Na área da saúde mental, o *bullying* é consistentemente associado a níveis futuros de ansiedade, depressão, ideação suicida e comportamentos de automutilação, entre outros transtornos psiquiátricos.[14] Estudos que foram realizados em diversos países, com os critérios de avaliação do *ACE Study* (*Adverse Childhood Experiences*), demonstraram repercussões traumáticas do *bullying* / *cyberbullying* e outras violências que perduram durante a vida adulta.[15]

Estudos longitudinais fornecem evidências robustas das consequências de longo prazo. O *British National Child Development Study*, uma coorte prospectiva de 50 anos, acompanhou mais de 7.000 participantes. Aqueles que foram vítimas de *bullying* na infância, entre 7 e 11 anos, apresentaram níveis aumentados de sofrimento psicológico aos 23 e 50 anos. Vítimas de *bullying* frequente mostraram maiores taxas de depressão, transtornos de ansiedade e suicídio na idade adulta, mesmo após o controle de fatores correlatos.[16]

Além dos impactos diretos na saúde mental, a vitimização por *bullying* na infância foi associada à falta de relacionamentos sociais, dificuldades econômicas e baixa qualidade de vida percebida aos 50 anos, evidenciando um prejuízo abrangente no funcionamento psicossocial do indivíduo ao longo da vida adulta.[16]

A complexidade do fenômeno se reflete na sutileza do *bullying*, especialmente o relacional, que muitas vezes se manifesta por meio de queixas somáticas gerais sem causa orgânica aparente, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce.

Um grupo social particularmente vulnerável é o de jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBTQIA+). A prevalência de *bullying* nessa população é aproximadamente o dobro daquela observada em jovens heterossexuais e cisgêneros.[17] Essa disparidade sublinha a necessidade de abordagens específicas e de ambientes escolares e sociais mais inclusivos e seguros para esses grupos. O impacto do *bullying* transcende a dor imediata, moldando trajetórias de vida e comprometendo a saúde integral do indivíduo.

Papel dos envolvidos: vítimas, agressores, espectadores e profissionais

A dinâmica do *bullying* envolve três papéis principais: o alvo (termo preferível à vítima), o autor (termo preferível a agressor) e o espectador (plateia). Cada um desempenha um papel crucial na perpetuação ou interrupção do ciclo de violência. O alvo típico é aquele que se cala, aceita e se isola, sendo mais fácil de identificar. Há também o alvo provocador, que participa da violência e, muitas vezes, é duplamente culpabilizado. Ambos os tipos de vítimas compartilham uma imagem rebaixada de si, tornando-os vulneráveis.[9]

O autor raramente age sozinho, contando com coautores e, paradoxalmente, também pode ter uma imagem rebaixada de si mesmo, sentindo a necessidade de depreciar o outro para se sentir superior. O agressor escolhe a vítima percebida como frágil, indicando uma seletividade nas suas ações.

Os espectadores compõem a maioria e apresentam uma mistura de posições: alguns sofrem em silêncio com medo de se tornarem alvos, outros gostariam de agredir, mas não têm coragem e há aqueles que

simplesmente dão risadas, validando a agressão. O papel do espectador é crítico, pois sua intervenção pode cessar o *bullying*. Quando os alunos intervêm em favor dos alvos, a situação de *bullying* é eficazmente encerrada na maioria dos casos, demonstrando o poder da ação coletiva dos pares.[18] Quando os espectadores se posicionam em favor aos alvos, eles conseguem se envolver de maneira mais assertiva nas situações. Especificamente, se mostram menos ansiosos e, dessa forma, sentem-se menos rejeitados por seus colegas.

Os espectadores podem ser classificados como *outsiders* (ficam de fora sem agir), *defenders* (defensores das vítimas) e *assistants* (reforçam e dão *feedback* positivo às agressões). A principal justificativa para não defender a vítima é o medo de se tornar a próxima. No entanto, a vítima é melhor aceita pelos colegas em ambientes onde os espectadores a defendem, especialmente com o aumento da idade, sugerindo que a influência do grupo de pares nas atitudes pessoais se fortalece com o tempo.

No âmbito profissional, os professores desempenham um papel central. Suas respostas aos incidentes de *bullying* e vitimização podem afetar o nível de desengajamento moral dos alunos. Professores que abordam o *bullying* com empatia e firmeza sinalizam que tais comportamentos são inaceitáveis, educando não apenas a vítima e o agressor, mas toda a comunidade escolar.[19] É fundamental que as escolas reconheçam a existência do *bullying*, pois a negação de sua ocorrência impede a adoção de estratégias eficazes de denúncia, prevenção e manejo.

A atuação dos pediatras e das famílias é igualmente vital. Não subestimar o poder da escuta compreensiva e expressar apoio incondicional à criança e ao adolescente são passos fundamentais. Experiências positivas com amigos e familiares podem neutralizar o impacto negativo de encontros com agressores. É recomendado ensinar a reagir com calma, declarar desaprovação e, se possível, afastar-se da situação de violência ou da toxicidade *online*. A promoção de atividades gerais de saúde, como exercícios físicos regulares, tem sido associada à redução da ideação suicida em vítimas de *bullying*.

As ações práticas para pais e pediatras incluem: conversar com a criança/adolescente para entender os problemas escolares, procurar

a escola para comunicar a situação, buscar ajuda profissional especializada, evitar incentivar a violência como resposta, promover atividades para desenvolver a inteligência emocional e reforçar laços afetivos, demonstrando apoio e segurança. A convivência saudável é um antídoto contra a violência e o ambiente escolar deve ser um espaço de confiança e respeito mútuo, onde o estabelecimento de relações de apoio entre iguais e a discussão de regras de convivência são prioritários.

Abordagens sistêmicas e aspectos legais

Para combater o *bullying* e o *cyberbullying* de forma eficaz, são necessárias abordagens sistêmicas que envolvam toda a comunidade escolar e o arcabouço legal. A convivência é um pilar fundamental, pois a compreensão das percepções, vivências e sentimentos dos estudantes é condição essencial para a melhoria do clima escolar. Não se ensinam competências socioemocionais apenas por meio de livros, mas pela construção de relações de confiança e respeito mútuo, incentivando o trabalho em grupo, a discussão de regras e a cooperação entre pares para a resolução de conflitos.

O Sistema de Apoio Entre Iguais (Equipes de Ajuda) é uma estratégia promissora, que pode incluir alunos tutores, "irmãos mais velhos", mediadores de conflitos entre colegas e *cybermentores*, responsáveis por auxiliar em situações de risco ou agressões virtuais. Esses programas capacitam os próprios alunos a intervirem, acolher e ajudar, pois, muitas vezes, não são os adultos os primeiros a serem procurados pelas vítimas. O treinamento e a capacitação profissional adequada para essas equipes devem focar em empatia, escuta ativa, reconhecimento de sentimentos e estratégias de ajuda, sem "fazer pelo outro", mas sim capacitando-o a encontrar suas próprias soluções.[20]

Do ponto de vista legal, o *bullying* e o *cyberbullying* no Brasil foram recentemente e mais claramente tipificados, embora aspectos relacionados à violência já fossem passíveis de enquadramento em leis existentes. Anteriormente, condutas de *bullying* poderiam ser enquadradas em crimes contra a honra (calúnia, difamação, injúria), crimes contra a liberdade individual (ameaça, perseguição) ou lesão corporal, previstos no Código Penal.[21]

O arcabouço legal brasileiro avançou significativamente para lidar com a intimidação sistemática.

O marco mais importante foi a **Lei nº 14.811/2024**, que alterou o Código Penal para tipificar expressamente o *bullying* e o *cyberbullying*. A lei estabelece duas condutas distintas com penalidades diferentes:[22]

1. *Intimidação sistemática (bullying):* Definida no Art. 146-A, ocorre ao "intimidar sistematicamente, individualmente ou em grupo, mediante violência física ou psicológica, uma ou mais pessoas, de modo intencional e repetitivo, sem motivação evidente". A pena prevista é de multa, caso a conduta não constitua um crime mais grave.
2. *Intimidação sistemática virtual (cyberbullying):* Prevista no parágrafo único do mesmo artigo, acontece quando a intimidação é realizada "por meio da rede de computadores, de rede social, de aplicativos, de jogos *online* ou por qualquer outro meio ou ambiente digital". A pena para o *cyberbullying* é consideravelmente mais severa: **reclusão de 2 a 4 anos e multa**.

Esse tratamento mais rigoroso para o *cyberbullying* reconhece a maior gravidade da violência *online*, que possui um potencial de disseminação rápida e pode causar danos permanentes à vítima.

A Lei nº 14.811/2024 traz consequências diretas para diferentes atores sociais:

- *Para adolescentes agressores:* Quando o autor do ato tiver entre 12 e 18 anos, a conduta é considerada um ato infracional análogo ao crime de *cyberbullying*, sujeitando-o às Medidas Socioeducativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- *Dever das escolas:* Ela reforça a obrigação legal de escolas, tanto públicas quanto privadas, de adotarem protocolos para prevenir e combater a violência, seja no ambiente físico ou digital.

O Estatuto Digital da Criança e do Adolescente

A Lei nº 15.211/2025, que dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais – **Estatuto Digital da Criança e do Adolescente – ECA Digital** – representa uma inovação no arcabouço jurídico brasileiro, com foco específico na proteção de jovens no ambiente virtual.[23] Sua abordagem é distinta da Lei nº 14.811/2024, que criminaliza o *cyberbullying*. Em vez de criar novos

tipos penais, o Estatuto estabelece a responsabilidade preventiva e regulatória das plataformas digitais e provedores de tecnologia para criar um ecossistema *online* mais seguro.

O objetivo principal do ECA Digital é mitigar riscos como exploração sexual, assédio, aliciamento *online* e outras formas de violência virtual, o que inclui o *cyberbullying*. Para isso, a lei define um conjunto de obrigações para as empresas de tecnologia, reforçando a proteção de crianças e adolescentes.

Para prevenir o *cyberbullying* e outras formas de violência, a Lei nº 15.211/2025 determina que as plataformas digitais devem adotar as seguintes medidas:

→ *Proteção padrão e de design*

- *Configurações padrão protetivas*: Devem ser configuradas, por padrão, com o modelo mais elevado de privacidade, proteção de dados e segurança.
- *Verificação de idade*: Implementar mecanismos confiáveis e auditáveis para verificar a idade, impedindo o acesso de menores a conteúdos impróprios.
- *Restrições algorítmicas*: Impor restrições a sistemas de recomendação, geolocalização e uso de perfilamento de dados e manipulação emocional para direcionar publicidade a menores (visando evitar aliciamento ou exposição a riscos).
- *Proibição de mecanismos exploratórios*: É vedada a utilização de "*loot boxes*" e outras mecânicas de recompensa digital que explorem a vulnerabilidade psicológica dos jovens.

→ *Dever de cuidado e pronta resposta*

- *Dever de proatividade e combate*: As plataformas são obrigadas a adotar medidas proativas para combater conteúdos nocivos, como exploração sexual, assédio, pornografia infantil e aliciamento *online*.
- *Remoção imediata e notificação*: Exige-se a remoção imediata de conteúdos que envolvam abuso, aliciamento ou exploração, com a obrigação de notificar as autoridades competentes.
- *Instrumentos de denúncia*: Devem disponibilizar instrumentos de denúncia de fácil acesso para que conteúdos que violem direitos possam ser removidos ou desabilitados rapidamente.

→ *Supervisão parental*

- *Ferramentas e vinculação de contas*: Devem oferecer ferramentas eficazes de supervisão parental. Além disso, contas de usuários menores de 16 anos devem ser vinculadas às de seus responsáveis legais, garantindo uma camada de supervisão e orientação.

Para garantir o cumprimento dessas obrigações, o ECA Digital prevê sanções administrativas para as empresas que negligenciarem suas responsabilidades, que podem variar de advertência e multa até a suspensão ou proibição de funcionamento da plataforma.

Em resumo, o Brasil materializa seu combate ao *bullying* e ao *cyberbullying* em duas frentes complementares: a responsabilização criminal do agressor e a responsabilização regulatória das plataformas, promovendo um ambiente digital mais seguro para crianças e adolescentes.

Mais informações sobre o ECA Digital encontram-se no Capítulo 18 – Fundamentos Éticos e Legais no Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica e no Capítulo 11.B – Violência Digital.

Comentários finais

A complexidade e a seriedade do *bullying* e do *cyberbullying* demandam uma compreensão aprofundada e uma resposta multifacetada por parte de todos os atores sociais, com destaque para a atuação do pediatra. A vitimização pode ter implicações profundas e duradouras na saúde física e mental dos adolescentes, afetando seu desenvolvimento psicossocial e, em casos extremos, contribuindo para desfechos trágicos.

A intervenção eficaz exige uma colaboração estreita entre famílias, escolas e profissionais de saúde, baseada em empatia, escuta ativa e estratégias de redes de apoio entre as escolas e as famílias. O reconhecimento das características distintivas do *bullying*, a compreensão de seus impactos e a familiaridade com as ferramentas legais disponíveis são essenciais para proteger a infância e a adolescência. Ao adotar uma postura proativa e investir na promoção de ambientes escolares seguros e inclusivos, os pediatras podem desempenhar um papel fundamental na prevenção e no manejo desses desafios, contribuindo para o bem-estar e o desenvolvimento saudável de uma nova geração.

Referências

1. INEP / MEC. Relatório de resultados dos questionários SAEB 2021. Brasília (DF): Inep; 2024.
2. OCDE. Resultados do TALIS 2018: Professores e diretores como aprendizes ao longo da vida. Paris: OCDE Publishing; 2019.
3. WHO [homepage on the Internet]. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2017/2018 survey [citado 2025 Ago 4]. Disponível em: https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study
4. IBGE [homepage on the Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019: Características dos escolares e prevalência de fatores de risco e proteção à saúde [citado 2025 Ago 4]. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br
5. Comite Gestor da Internet no Brasil (2024) [homepage on the Internet]. Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes: TIC KIDS ONLINE Brasil-2024 São Paulo [citado 2025 Ago 4]. Disponível em: https://www.nic.br/media/docs/publicacoes/2/20250512154312/tic_kids_online_2024_livro_eletronico.pdf
6. Vicentin, VF. Condições de vida e estilos de resolução de conflito entre adolescentes [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia; 2009.
7. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open. 2021;5(1):e000939. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000939
8. Flannery DJ, Scholer SJ, Noriega I. Bullying and school violence. Pediatr Clin North Am. 2023;70(6):1153-70. doi: 10.1016/j.pcl.2023.06.014
9. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying: An Update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2022;31(1):1-9. doi: 10.1016/j.chc.2021.09.001
10. Santre S. Cyberbullying in adolescents: a literature review. Int J Adolesc Med Health. 2022;35(1):1-7. doi: 10.1515/ijamh-2021-0133
11. Yen JL, Chamanadjian C. Cyberbullying and online aggression. Pediatr Clin North Am. 2025;72(2):333-49. doi: 10.1016/j.pcl.2024.09.004
12. Cacciacarro MF, Silva JS, Stefani MR, et al [homepage on the Internet]. Bem-estar na Internet, saúde mental e suicídio, qual a relação? São Paulo (SP): Instituto Vita Alere; 2023 [citado 2025 Ago 4]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1OG8WAVRZ6ySRtKI-Agxsbuv-V_nOO1AL/view
13. Seixas S, Fernandes L, Morais T. Cyberbullying, um guia para pais e educadores. Lisboa: Plátano Editora; 2016.
14. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. Arch Dis Child. 2015;100(9):879-85. doi: 10.1136/archdischild-2014-306667
15. McKay MT, Kilmartin L, Meagher A, et al. A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. J Psychiatr Res. 2022;156:268-83. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.015
16. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. Am J Psychiatry. 2014;171(7):777-84. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101401
17. Berlan ED, Corliss HL, Field AE, et al. Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. J Adolesc Health. 2010;46(4):366-71. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.10.015
18. Hawkins DL, Pepler, DJ, Craig WM. Naturalistic observations of peer interventions in bullying. Social Development. 2001;10(4):512-27. doi: https://doi.org/10.1111/1467-9507.00178
19. Campaert K. The efficacy of teachers' responses to incidents of bullying and

victimization: The mediational role of moral disengagement for bullying. Aggress Behav. 2017;43(5):483. doi: 10.1002/ab.21706
20. Tognetta LP. Passo a passo da implementação de um sistema de apoio entre iguais: as equipes de ajuda. Campinas (SP): Editora Alínea; 2016.
21. Brasil [homepage on the Internet]. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [citado 2025 Ago 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
22. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente; altera o Código Penal, o Código Penal Militar e a Lei dos Crimes Hediondos; e altera o Estatuto da Criança e do Adolescente. Seção 1, Edição Extra A [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14811.htm
23. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 15.211, de 17 de setembro de 2025. Dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais (Estatuto Digital da Criança e do Adolescente). Seção 1, Edição Extra A [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15211.htm

CAPÍTULO 11.B

Violência entre pares e crimes digitais: violência digital

Cristiano Ricardo Faedo Nabuco de Abreu
Mário Roberto Hirschheimer
Marco Antônio Chaves Gama

A era digital expandiu a violência contra crianças e adolescentes do mundo físico para o ambiente *online*. A internet e as redes sociais tornaram-se campos férteis para crimes digitais, que se manifestam de diversas formas, desde a manipulação psicológica e o assédio moral até a produção e distribuição de material pornográfico.

Uma das causas para a ocorrência desses crimes é a superexposição de crianças e adolescentes na internet, muitas vezes impulsionada pelos próprios pais. Em redes sociais como Facebook, Instagram e TikTok, a forma como fotos são postadas – com poses inadequadas ou exposição excessiva – cria um ciclo de risco. Os filhos, ao imitarem esse comportamento sem supervisão, acabam se expondo de maneira perigosa.

A proteção da população infantojuvenil contra a violência, tanto em casa quanto no ambiente digital, tornou-se um desafio complexo. A digitalização precoce redefine os paradigmas de proteção, pois as tecnologias, embora beneficiem o desenvolvimento, também expõem os jovens a riscos como aliciamento, *cyberbullying*, extorsão sexual (*sextorsão*) e exposição indevida[1] A violência doméstica e os crimes cibernéticos não podem ser tratados como fenômenos isolados, uma vez que a vulnerabilidade de uma vítima em um contexto frequentemente se estende ao outro.[2] Para uma prevenção eficaz, é fundamental a colaboração interdisciplinar entre profissionais da saúde, educadores, famílias e redes comunitárias.[3-5]

Panorama epidemiológico dos crimes digitais contra crianças e adolescentes

Com base na pesquisa *TIC Kids Online* Brasil 2024,[6] a violência digital é uma realidade para muitas crianças e adolescentes no país, manifestando-se por meio de situações ofensivas, discriminação, exposição a conteúdos nocivos e interações agressivas em plataformas e jogos *online*.

A imersão digital desse público é consolidada: cerca de 24,5 milhões de pessoas entre 9 e 17 anos usam a Internet, representando 93% da faixa etária. Embora essa presença ofereça diversas oportunidades, também os expõe a riscos complexos, como crimes de natureza sexual e agressiva.

A análise de dados absolutos e relativos é essencial para dimensionar esses riscos e orientar políticas públicas de proteção.

→ *Classificação e contextualização dos riscos online*

Para uma análise estruturada, as fontes utilizam o modelo de classificação de riscos *online* CO:RE (*Children Online: Research and Evidence*), que organiza as ameaças em quatro categorias principais: Conteúdo, Contato, Conduta e Contrato. Essa estrutura permite classificar os diferentes tipos de crimes e situações de vulnerabilidade:

- *Riscos de conteúdo*: Referem-se à exposição a materiais prejudiciais, como pornografia (danosa ou ilegal), violência explícita, discursos de ódio e informações extremistas. Nos jogos digitais, por exemplo, crianças podem ser expostas a propagandas de pornografia ou a jogos com conteúdo sexual inadequado.
- *Riscos de contato*: Envolvem interações perigosas com adultos, que podem resultar em assédio sexual, aliciamento sexual (*grooming*) e sextorsão.[7]
- *Riscos de conduta*: Relacionam-se a comportamentos danosos entre pares, como *cyberbullying*, assédio sexual, troca não consensual de mensagens de cunho sexual e discursos de ódio.
- *Riscos de contrato*: Abrangem a exploração comercial ou fraudulenta, incluindo chantagem, roubo de identidade, fraudes (*phishing*), golpes (*scam*) e *malware*.

→ *Dados numéricos sobre crimes e violências digitais*

O *cyberbullying* e outras formas de agressão *online* são um dos riscos

de conduta mais presentes. Em 2024, 29% dos usuários de 9 a 17 anos (o que representa mais de 7 milhões de jovens) afirmaram ter passado por situações ofensivas na Internet que os chatearam. A incidência foi maior entre as meninas (33%) do que entre os meninos (26%).[6]

Além disso:

- 12% dos jovens (cerca de 3 milhões) relataram ter sido tratados de forma ofensiva diretamente. As formas mais comuns de tratamento ofensivo foram o recebimento de mensagens ofensivas (7%) e de ameaças (2%).
- 42% (aproximadamente 10,3 milhões) informaram ter visto alguém ser discriminado *online*. Os principais motivos de discriminação testemunhados foram cor/raça (25%), aparência física (19%) e por ser pobre (14%).

Nos jogos digitais, essa conduta se manifesta como "comportamento tóxico", que inclui *bullying* e a reprodução de discursos de ódio como racismo, homofobia e misoginia.

O **risco de aliciamento** (*grooming*) é particularmente elevado entre adolescentes mais velhos: 43% dos jovens de 15 a 17 anos tiveram contato *online* com desconhecidos – principalmente via redes sociais (15%), mensagens instantâneas (14%) e jogos (9%).[6]

A **extorsão sexual** (sextorsão) e a **chantagem** são categorizadas como riscos de contato e contrato, respectivamente. Essas ameaças são particularmente presentes no ecossistema dos jogos *online*, onde a interação com outros usuários pode levar a situações de coerção.

A *SaferNet* Brasil registrou, em 2023, 71.867 denúncias de imagens de **abuso e exploração sexual** de crianças e adolescentes – aumento de 84% em relação a 2022. O Brasil figura entre os cinco países com maior número de registros.[8]

Ciberbullying

O *ciberbullying* envolve assédio e humilhação *online*, que podem levar a um estado de desespero e isolamento, tornando a vítima mais suscetível a ideias de automutilação e suicídio, corroendo a autoestima e a saúde mental.

Uma análise mais aprofundada sobre o tema encontra-se no Capítulo 11.A – *Bullying* e *Cyberbullying*.

Violências sexuais praticadas pela Internet

Compreendem sextorsão, pornografia infantil, pornografia de vingança, *cybergrooming* e estupro virtual – condutas que causam sofrimento psíquico, medo e dano emocional profundo às vítimas.[9]

→ *Formas de exposição*

Algumas formas de exposição são *selfies*, que são fotos tiradas da própria pessoa, às vezes em poses sensuais.

• *Nudes*: São fotos pessoais, do corpo desnudo ou com roupas íntimas, ou de parte do corpo, em atitudes sensuais ou erótica, numa exposição induzida e divulgada como normal entre os adolescentes, sem saber que nunca terão a possibilidade de controlar o uso dessas imagens.

• *Sexting*: Configura-se como uma manifestação da sexualidade na adolescência mediada por tecnologias digitais. A prática envolve o envio e compartilhamento de imagens íntimas, vídeos ou mensagens de teor erótico por meio de redes sociais, aplicativos e dispositivos móveis. Frequentemente, essa interação tem caráter sugestivo, funcionando como estratégia de aproximação entre pares.

Uma vez disseminado, o conteúdo escapa ao controle do emissor, podendo ser replicado e exposto em larga escala, o que acarreta riscos significativos à privacidade e à integridade dos envolvidos. Estudos indicam que a prevalência do *sexting* entre adolescentes é crescente com a idade, alcançando 36,1% entre jovens de 17 anos, conforme pesquisa realizada com 3.223 adolescentes espanhóis entre 12 e 17 anos.[10]

→ *Sextorsão, pornografia infantil e pornografia de vingança*

A **sextorsão** caracteriza-se pela chantagem em que o agressor ameaça divulgar imagens íntimas – fotos ou vídeos – obtidas com ou sem consentimento da vítima. Crianças e adolescentes são especialmente vulneráveis. O objetivo pode variar entre vingança, humilhação ou extorsão financeira.

Entre as principais estratégias utilizadas pelos criminosos destacam-se:

• *Ameaça falsa*: O agressor afirma possuir imagens íntimas obtidas *online* e chantageia a vítima para que envie novos conteúdos. Sob pressão, a vítima acaba produzindo e enviando a primeira imagem.

- *Relacionamentos abusivos*: Durante a relação, o agressor obtém material íntimo e, posteriormente, o utiliza como instrumento de chantagem ou retaliação.
- *Ofertas de emprego fraudulentas*: Criminosos se apresentam como recrutadores, solicitando fotos ou vídeos íntimos sob o pretexto de processos seletivos.

A **pornografia infantil** constitui crime hediondo, envolvendo produção, posse e disseminação de material que explora sexualmente crianças e adolescentes. Com a expansão das tecnologias digitais, redes sociais e aplicativos de mensagens tornaram-se os principais meios de circulação desse conteúdo. Ressalta-se que menores de idade não podem consentir em atos sexuais; qualquer envolvimento caracteriza violência e abuso.[11]

A **pornografia de vingança** (*revenge porn*) consiste na divulgação não consentida de imagens íntimas, geralmente após o término de relacionamentos. Essa prática causa sofrimento psicológico intenso, com medo do julgamento social, retraimento, queda no desempenho escolar ou profissional e sintomas associados ao estresse crônico, como alterações no sono, no apetite e na saúde da pele.[11,12]

Cybergrooming: o crime de aliciamento *online*

O ***cybergrooming*** é definido como uma forma de **assédio sexual** no qual indivíduos adultos manipulam crianças e adolescentes *online* com o intuito de obter material pornográfico ou consumar o abuso sexual.[12,13] Os agressores, denominados *groomers*, utilizam identidades falsas, como perfis de amigos ou figuras de autoridade, para conquistar a confiança das vítimas.

Esse processo é caracterizado por fases progressivas de manipulação, que podem culminar na exploração sexual.[13,14] O ciclo se desenrola tipicamente em quatro estágios:[14]

- *Aproximação*: Início de um relacionamento amigável baseado em interesses comuns.
- *Isolamento*: Aprofundamento do vínculo e afastamento da vítima de seu círculo social.
- *Coerção*: Introdução de conteúdo sexual e pressão por reciprocidade, frequentemente por meio de ameaças ou chantagens.

- *Consumação/Intensificação*: Tentativa de encontro presencial ou escalada da exploração virtual.[15]

Os *groomers* exploram vulnerabilidades e informações obtidas nas redes sociais para manipular e coagir as vítimas, que, tomadas por culpa e medo, frequentemente cedem às exigências, podendo o abuso se prolongar por anos.[11,16]

No contexto do atendimento psicossocial ou clínico, alguns sinais de alerta importantes a serem observados incluem: conversas escondidas com desconhecidos, mudanças bruscas de humor e interesse repentino em encontros secretos.

→ *Estupro virtual*

É uma forma de violência sexual *online*, caracterizada pela coerção de crianças ou adolescentes para a realização de atos íntimos diante da câmera, sem contato físico ou ganho financeiro. A prática ocorre mediante ameaças e extorsões, geralmente a partir de imagens previamente obtidas. O agressor pode ser conhecido da vítima e apresenta padrões parafílicos, buscando prazer por meio de fantasias sexuais distorcidas e recorrentes. Embora não envolva contato físico, o estupro virtual gera traumas comparáveis ao abuso presencial, abordado no Capítulo 9 deste livro.[17]

Impacto da violência sexual digital na saúde

A exposição a crimes sexuais digitais acarreta consequências psicológicas severas e duradouras em crianças e adolescentes, comprometendo o desenvolvimento socioemocional e configurando-se como uma relevante questão de saúde pública.[11-13,15,16,18,19] O impacto da violência é devastador, com danos emocionais, psicológicos e físicos de difícil reversibilidade.[12,14]

→ *Impactos psicopatológicos e clínicos*

Entre os transtornos mais frequentes estão o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado por *flashbacks*, pesadelos e hipervigilância, além de quadros de depressão maior e ansiedade.[12-14,20-23] Tais distúrbios associam-se a manifestações como insônia, dificuldade de concentração, isolamento social e baixa autoestima. Em casos graves, a dor psíquica pode evoluir para comportamentos autolesivos (incluindo automutilação) e ideação suicida.[12-14,23]

A violação da intimidade e a exposição pública geram temor constante de julgamento social, podendo levar a distúrbios alimentares, alterações do sono e perda de apetite, típicos do estresse crônico. A confiança em adultos tende a ser profundamente comprometida, dificultando a formação de vínculos afetivos saudáveis. O desempenho escolar e profissional também é prejudicado, dada à interferência do trauma na capacidade de concentração e engajamento.

→ *Vulnerabilidade, fatores predisponentes e desdobramentos biológicos*

Transtornos psiquiátricos preexistentes (como ansiedade, TDAH, depressão) aumentam a vulnerabilidade à violência *online*, pois características como impulsividade e baixa autoestima tornam o indivíduo suscetível à manipulação.[24-28] Crianças oriundas de famílias disfuncionais ou com apego inseguro, buscam refúgio nas telas, amplificando os riscos.[29]

A violência digital pode afetar o desenvolvimento neuroemocional e a arquitetura cerebral.[22,23,25-30] O trauma precoce afeta o eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA), elevando o cortisol e alterando a regulação emocional. Evidências apontam modificações epigenéticas associadas ao estresse (como metilação nos genes *NR3C1* e *FKBP5*), com possíveis repercussões intergeracionais.[25-28]

→ *Manifestações clínicas observáveis*

A identificação precoce de sinais é fundamental para a intervenção e proteção da vítima.[12,13] As manifestações decorrentes da violência sexual digital podem ser observadas nos seguintes domínios:[29-31]

Comportamentais:

- Recusa ou medo de frequentar a escola.
- Evitação ou receio de utilizar dispositivos eletrônicos.
- Uso excessivo de telas em horários atípicos (como durante a madrugada).

Emocionais:

- Ansiedade intensa, irritabilidade, angústia e medo de interações virtuais.
- Isolamento social e queda no rendimento escolar.
- Comportamentos autolesivos e pensamentos suicidas.

Físicos:

- Erotização precoce.

- Lesões autoinfligidas e anogenitais sem causa orgânica aparente.
- Infecções urinárias ou vulvovaginites recorrentes.
- Distúrbios alimentares, como anorexia ou compulsão alimentar.

A presença de imagens ou vídeos suspeitos em dispositivos eletrônicos constitui um indicativo de risco elevado que exige investigação imediata.

→ *Desdobramentos psiquiátricos*

Sem intervenção, sintomas iniciais podem evoluir para:[22-24]

- TEPT com *flashbacks* e hipervigilância.
- Depressão maior com risco de suicídio.
- Fobia social e comportamentos autolesivos.
- Uso problemático de substâncias.

→ *Diagnóstico*

A identificação dos impactos da violência digital na saúde infantojuvenil exige uma abordagem diagnóstica abrangente, que considere tanto os sinais e sintomas clínicos observados quanto os relatos fornecidos por pais, crianças e adolescentes. Esses elementos constituem a base para a formulação de hipóteses diagnósticas consistentes.

Nesse contexto, a **Anamnese Digital** desponta como um instrumento essencial na prática pediátrica e familiar, ao transpor o processo investigativo tradicional para o ambiente virtual.[17] Essa ampliação metodológica permite ao profissional de saúde explorar com maior profundidade o ecossistema digital no qual a criança ou adolescente está inserido, incluindo aspectos como frequência de uso de dispositivos, tipo de conteúdo acessado, padrões de interação *online* e o papel dos cuidadores nesse contexto.

Ao integrar essas informações, torna-se possível identificar precocemente fatores de risco associados ao uso inadequado de tecnologias, tais como isolamento social, sedentarismo, distúrbios do sono e alterações comportamentais. A anamnese digital, portanto, não apenas favorece o diagnóstico de quadros clínicos relacionados ao ambiente virtual, como também orienta a elaboração de estratégias de intervenção individualizadas, com foco na prevenção de agravos e na promoção de um desenvolvimento saudável.

A ausência dessa abordagem nas consultas de rotina representa uma lacuna significativa, pois dificulta a detecção precoce de problemas

relacionados ao uso da internet e dispositivos digitais. Ao incorporar a anamnese digital, o profissional amplia sua capacidade de reconhecer manifestações clínicas decorrentes da violência digital e de iniciar o tratamento antes da consolidação de enfermidades.

Para uma compreensão mais acurada da situação, recomenda-se que o profissional conduza entrevistas separadas com os pais e com a criança ou adolescente. Essa estratégia favorece a identificação da extensão das violências sofridas, a análise da qualidade das relações familiares e, sobretudo, a avaliação do estado emocional da vítima, permitindo um cuidado mais direcionado e eficaz.

Por fim, é imperativo que o profissional de saúde esteja atento à possibilidade de que violências – tanto no mundo físico quanto no digital – estejam subjacentes a diversas condições clínicas, incluindo doenças físicas e psíquicas, alterações comportamentais e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. A inclusão dessas variáveis no diagnóstico diferencial é fundamental para garantir uma abordagem integral e sensível às complexidades da infância e adolescência contemporâneas.

Instigação ao suicídio e à automutilação

A internet tem sido, infelizmente, um meio para a disseminação de conteúdos que incentivam práticas de automutilação e, em casos mais graves, o suicídio. A instigação ao suicídio ou à automutilação em ambientes digitais, como redes sociais, fóruns e grupos de aplicativos, é um crime grave com consequências devastadoras para crianças e adolescentes, que se encontram em fase de vulnerabilidade emocional e formação de identidade. O profissional de saúde é um agente crucial na identificação, no acolhimento e na proteção dessas vítimas, agindo de forma rápida e coordenada.[9]

→ *Contextualizando a instigação no ambiente digital:*

O ambiente digital pode ser um catalisador para a violência autoinfligida, impulsionado por diversos fatores:

- *Bullying* e *ciberbullying*: O assédio e a humilhação *online* podem levar a um estado de desespero e isolamento, tornando a vítima mais suscetível a ideias de automutilação e suicídio. A perseguição constante, a exposição pública e as ameaças no ambiente virtual corroem a autoestima e a saúde mental.[9]

- Desafios e jogos *online* perigosos: Alguns desafios e "jogos" virtuais, como o infame "Baleia Azul", incitam a automutilação e, em última instância, o suicídio. Os agressores, muitas vezes perfis anônimos, utilizam técnicas de manipulação e ameaças para coagir as vítimas a cumprirem as etapas do jogo, escalando tarefas de fácil execução para atos de automutilação. Outros exemplos incluem *Momo Challenge* (intimidação e terror psicológico), *Choking Game* (sufocamento intencional), *Fire Challenge, Skull Breaker Challenge e Cinnamon Challenge* (traumatismos, queimaduras, asfixia). Os riscos incluem traumatismos graves, intoxicações, queimaduras, risco de morte, chantagens e exploração sexual.[14]
- Grupos e fóruns de conteúdo nocivo: A internet abriga comunidades que romantizam e incentivam a automutilação e o suicídio. Esses grupos oferecem uma falsa sensação de pertencimento, validando comportamentos perigosos e compartilhando métodos, o que pode agravar o quadro de sofrimento psíquico da criança ou do adolescente.

→ *Sinais de alerta no atendimento*

A identificação de uma criança ou adolescente em risco exige sensibilidade e atenção a sinais de alerta, que podem ser físicos, comportamentais ou verbais:

- *Sinais físicos*: Lesões e cortes não explicados, muitas vezes em locais de difícil visualização (pulsos, coxas, abdômen), queimaduras, arranhões ou outras lesões autoinfligidas. Uso de roupas longas mesmo em dias quentes para esconder as lesões.
- *Sinais comportamentais*: Isolamento social (afastamento de amigos e familiares), mudanças bruscas de humor (irritabilidade, agressividade ou apatia), perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas, uso excessivo da internet (passar horas em fóruns ou grupos de discussão suspeitos), comportamentos de risco (abuso de substâncias, promiscuidade). Reações de pânico ao ter o celular retirado.[32]
- *Sinais verbais*: Expressões de desesperança, como "Eu não aguento mais" ou "Queria sumir", referências diretas ou indiretas à morte, como "Seria melhor se eu não existisse", ou interesse repentino em temas relacionados à morte ou ao suicídio.

Desafios virtuais: positivos e perigosos

Os desafios virtuais são fenômenos recorrentes nas redes sociais e aplicativos de mensagens. Embora possam promover solidariedade, criatividade e saúde, também podem expor crianças e adolescentes a riscos físicos e psicológicos graves.

→ *Desafios positivos*

- *Descrição*: Caracterizam-se por promover valores educativos, recreativos e sociais. Exemplos incluem o Ice Bucket Challenge (conscientização e arrecadação de fundos para ELA), danças virais no TikTok, o Desafio da Gratidão e incentivos à leitura e à atividade física.
- *Riscos*: Baixo risco físico e pressão social para participação.
- *Sinais de alerta*: Uso excessivo de telas e ansiedade por aceitação social.
- *Prevenção*: Incentivar a participação crítica e equilibrada, reforçar a criatividade, o aprendizado e a solidariedade.

→ *Desafios perigosos*

- *Descrição*: Têm alto potencial de dano físico e psicológico, como os já exemplificados nos "Desafios e Jogos *Online* Perigosos".
- *Riscos*: Traumatismos graves, intoxicações, queimaduras, risco de morte, chantagens e exploração sexual.
- *Sinais de alerta*: Isolamento social repentino, ansiedade, depressão, alterações de sono e apetite, ferimentos sem explicação e reações de pânico ao ter o celular retirado.
- *Prevenção*: Monitoramento atento do uso de dispositivos, diálogo aberto e empático, educação digital crítica, apoio psicológico e notificação às autoridades, quando necessário.

Em síntese, desafios positivos promovem saúde, aprendizagem e solidariedade, exigindo atenção apenas para pressão social e uso excessivo de telas, enquanto desafios perigosos constituem uma ameaça concreta à saúde e à vida, exigindo supervisão ativa, educação digital crítica e articulação intersetorial entre família, escola e profissionais de saúde.

Como agir em caso de suspeita ou confirmação de crimes digitais

O combate aos crimes digitais contra crianças e adolescentes depende da atuação coordenada da rede de proteção, que deve seguir um roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento.

- *Acolhimento e escuta*: O primeiro passo é acolher a vítima com empatia, encorajando-a a compartilhar sua história em um ambiente seguro e sem julgamentos.
- *Identificação e coleta de provas*: É fundamental orientar a vítima a não apagar as evidências do crime. **Capturas de tela (prints)**, URLs, mensagens, fotos ou vídeos são provas cruciais que devem ser coletadas para a investigação, assim como registros de data e hora e o nome dos perfis ou usuários envolvidos.
- *Denúncia às autoridades*: Os crimes digitais devem ser denunciados à polícia civil, que geralmente conta com delegacias especializadas em crimes cibernéticos. O boletim de ocorrência pode ser registrado tanto presencialmente quanto *online*.
- *Busca por ajuda profissional*: O acompanhamento psicológico é fundamental para que a vítima lide com o trauma e os danos emocionais causados pelo crime.
- *Orientação a pais e responsáveis*: Os profissionais da rede de proteção têm o papel de orientar a família sobre os riscos da internet, a importância do diálogo e o uso de ferramentas de controle parental para a prevenção.
- *Ata notarial em cartório*, que é um documento com fé pública que comprova a existência e o conteúdo digital na data em que foi feito.

O Capítulo 19, intitulado Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento, explora de forma detalhada as bases conceituais e normativas que sustentam a prática profissional ética e legal.

Ordenamento jurídico relativo a crimes digitais

O ordenamento jurídico brasileiro tem se adaptado para enfrentar a crescente criminalidade sexual no ambiente digital, particularmente aquela que vitimiza crianças e adolescentes. A evolução legislativa nesse campo é marcada pela atualização de instrumentos jurídicos fundamentais, como o Código Penal (CP) e o ECA, que foram reformulados para abranger os desafios impostos pela internet e pelas redes sociais. Mais recentemente, o cenário foi complementado pelo Estatuto Digital da Criança e do Adolescente (ECA Digital), reforçando a proteção legal nesse domínio.[33]

O Capítulo 18, intitulado Fundamentos Éticos e Legais do Atendimento, explora de forma detalhada as bases conceituais e normativas que sustentam a prática profissional ética e legal.

→ *Código Penal*

- *Art. 218-B*: Criminaliza a indução de crianças e adolescentes à exibição sexual *online*.
- *Art. 218-D*: Tipifica a divulgação de cenas de estupro ou sexo sem consentimento, conduta comum em redes sociais e aplicativos.
- *Lei nº 12.737/2012* (Lei Carolina Dieckmann) tipifica delitos informáticos como a invasão de dispositivos para obter conteúdo ilegal, complementam a proteção legal.[5] A evolução do direito penal reflete a busca por proteger a liberdade e a integridade sexual, bens jurídicos fundamentais, em um cenário em que a vulnerabilidade é ampliada pelo ambiente digital.[34]
- *Lei nº 13.772/2018* reforça essa proteção, criminalizando a divulgação de cenas de nudez e atos sexuais sem autorização, o que inclui a sextorsão e a pornografia de vingança.[20]

O **PL 2.293/2023** é um Projeto de Lei que propõe alterar o Código Penal para tipificar o estupro de vulnerável virtual, ou seja, que se consuma mesmo sem contato físico direto com a vítima, bastando o ato libidinoso por meios digitais. O projeto foi aprovado na Comissão de Direitos Humanos (CDH) e aguarda análise na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado Federal.[19]

→ *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*

O Estatuto da Criança e do Adolescente também teve seus dispositivos atualizados para penalizar a exploração sexual de menores na internet.[3] A **Lei nº 11.829/2008** é crucial nesse aspecto, pois alterou o ECA para criminalizar:[21]

- *Art. 240*: A produção de pornografia infantil, incluindo registros feitos por meios eletrônicos.
- *Art. 241-A*: A divulgação de material pornográfico envolvendo menores.
- *Art. 241-B*: A posse e o armazenamento de pornografia infantil, mesmo sem a intenção de distribuição.
- *Art. 241-D*: O aliciamento *online*, onde o criminoso usa a internet para seduzir ou atrair menores com fins sexuais.

→ *Estatuto Digital da Criança e do Adolescente*

O Estatuto Digital da Criança e do Adolescente (Lei nº 15.211/2025) inova no arcabouço jurídico brasileiro, focando na proteção de jovens no ambiente virtual. A lei não cria novos crimes, mas sim complementa a legislação penal existente, como o Código Penal e o ECA. Seu principal objetivo é estabelecer a **responsabilidade preventiva e regulatória** de plataformas digitais e provedores de tecnologia.[33]

A lei define um conjunto de obrigações e sanções administrativas para empresas do setor, buscando mitigar riscos como exploração e abuso sexual *online*. A seguir, estão os principais dispositivos que reforçam essa proteção:

- *Art. 10*: Plataformas digitais devem adotar medidas proativas para combater a exploração sexual, assédio, pornografia infantil e aliciamento *online*.
- *Art. 11*: Exige a remoção imediata de conteúdos relacionados a abuso, aliciamento ou exploração, além da notificação obrigatória às autoridades.
- *Art. 12*: Vincula contas de menores de até 16 anos aos seus responsáveis legais, garantindo a supervisão parental.
- *Art. 13*: Proíbe o perfilamento e o uso de manipulação emocional para direcionar publicidade a menores, visando evitar a exposição a conteúdos inadequados que possam levar a abordagens predatórias.
- *Art. 14*: Impõe restrições a sistemas de recomendação e geolocalização que possam expor crianças a riscos sexuais, evitando que algoritmos facilitem a ação de criminosos.
- *Art. 15*: Veda a utilização de "*loot boxes*" e outras mecânicas de recompensa digital que possam induzir comportamentos compulsivos ou facilitar a abordagem de predadores, explorando a vulnerabilidade psicológica dos jovens.

Para garantir o cumprimento dessas obrigações, a lei prevê sanções administrativas, detalhadas nos Artigos 16 a 20. As penalidades incluem advertência, multa, suspensão e até a proibição de funcionamento para empresas que negligenciarem suas responsabilidades.

Em resumo, o Estatuto Digital da Criança e do Adolescente atua como um mecanismo regulatório que preenche lacunas na legisla-

ção, promovendo um ambiente digital mais seguro ao focar na responsabilidade das plataformas.

O conjunto dessas normas reflete a evolução do direito penal brasileiro na tutela da dignidade sexual, especialmente diante da vulnerabilidade ampliada pelo ambiente digital. A jurisprudência e a doutrina têm reconhecido a necessidade de interpretar esses dispositivos à luz da realidade tecnológica contemporânea, consolidando a proteção de bens jurídicos fundamentais como a liberdade e a integridade sexual.[24]

Prevenção

A prevenção é essencial no enfrentamento dos crimes digitais, exigindo a ampla divulgação de informações sobre os tipos de violência, os métodos dos agressores e os fatores de risco, como a superexposição *online*.[30] A desinformação e o uso inadequado da internet fragilizam os vínculos afetivos, favorecendo a atuação criminosa. Nesse contexto, a **Puericultura Digital**[35] – uma atualização da puericultura tradicional[36] – surge como estratégia fundamental. O pediatra, por meio dessa abordagem e da **Anamnese Digital**, pode monitorar a dinâmica digital familiar, orientar sobre a importância do afeto e identificar precocemente sinais de enfraquecimento de vínculos. Complementarmente, a supervisão de adultos durante o uso da internet é indispensável para promover práticas seguras e prevenir o acesso a conteúdos nocivos. A educação preventiva, iniciada em casa e reforçada na escola por meio da educação digital, deve conscientizar sobre os riscos da exposição e do compartilhamento de conteúdos íntimos. A proteção de crianças e adolescentes no ambiente digital deve ser priorizada como compromisso ético e social, demandando ações integradas entre saúde, educação e políticas públicas baseadas em evidências.[22]

→ *Estratégias de prevenção*

A prevenção é essencial no enfrentamento aos crimes digitais. A ampla divulgação de informações sobre os tipos de violência, os métodos utilizados pelos agressores e os fatores de risco – como a superexposição na internet – é estratégica para reduzir vulnerabilidades. Nesse processo, profissionais da saúde, instituições educacionais e políticas públicas desempenham papel central.[30]

A desinformação propagada em blogs e redes sociais, aliada à exposição excessiva de pais e filhos, intensifica a fragilidade das famílias. O uso inadequado da internet pode comprometer vínculos afetivos, favorecendo a atuação de criminosos.

A promoção da saúde digital, podendo ser chamada de **Puericultura Digital**, é fundamental para o diagnóstico da dinâmica digital na família. É uma extensão e atualização da Puericultura tradicional no cuidado da criança, destinada a orientar gestantes, mães e pais sobre as influências das novas tecnologias do mundo virtual, que hoje permeiam boa parte dos relacionamentos entre pessoas e que podem trazer danos importantes na vinculação pais e filhos, bem como na saúde física e psíquica da criança.[35]

O pediatra tem papel crucial nesse contexto. Por meio da Puericultura digital e da **Anamnese Digital**, pode orientar sobre a importância do afeto, monitorar o uso das tecnologias e identificar precocemente sinais de enfraquecimento do vínculo familiar.[35]

A supervisão de um adulto durante o uso da internet é indispensável, pois previne o acesso a conteúdos nocivos e ensina práticas seguras e responsáveis. Além disso, políticas públicas baseadas em evidências científicas são urgentes para proteger crianças e adolescentes no ambiente digital.[22]

A educação preventiva deve começar em casa, com orientação dos pais sobre segurança *online* e ser reforçada na escola por meio da educação digital e da conscientização sobre os riscos da exposição e do compartilhamento de conteúdos íntimos.

A proteção de crianças e adolescentes no ambiente digital deve ser priorizada como compromisso ético e social, envolvendo ações integradas entre saúde, educação e políticas públicas.

→ *Recomendações para prevenção*

O Guia sobre Usos de Dispositivos Digitais, publicado em 2024 pela Secretaria de Comunicação Social, apresenta orientações práticas sobre segurança *online*, privacidade de dados e bem-estar digital.[22] Entre as recomendações, destacam-se:

- *Mediação familiar ativa*: Comunicação aberta sobre os riscos e benefícios da tecnologia, diálogo sobre *cyberbullying*, assédio e uso de ferramentas de mediação (filtros de conteúdo, restrições de tempo).

- *Responsabilidade das empresas*: Adoção de princípios de *security by design*, implementação de ferramentas para detecção e remoção de conteúdos nocivos, moderação ativa e desativação por padrão de interações com terceiros em aplicativos voltados a menores.
- *Papel dos influenciadores digitais*: Divulgação de mensagens de enfrentamento ao *cyberbullying*, discursos de ódio e violência *online*.
- *Canais de denúncia*: Fortalecimento da utilização de serviços como: Disque 100, Comunica PF, Escola Segura, Polícia Civil, Ministério Público, Conselhos Tutelares e organizações da sociedade civil, como a *SaferNet* (O Capítulo 19 - Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento aborda de forma mais completa este tema).

A Educação Digital e Midiática é fundamental para o exercício da cidadania no mundo conectado. Seu objetivo é capacitar indivíduos a usar tecnologias de forma segura, maximizando benefícios e minimizando riscos. A prevenção é a melhor ferramenta no combate aos crimes digitais, um processo contínuo que deve envolver a família, a escola e a sociedade.[22]

→ *Responsabilidades compartilhadas*

A prevalência crescente de riscos associados ao uso excessivo de dispositivos eletrônicos e à exposição *online* na população jovem impõe a necessidade imperativa de implementar estratégias abrangentes. Tais intervenções devem visar o fortalecimento da literacia digital, a garantia da proteção da privacidade e a promoção do bem-estar emocional infantojuvenil. Este conjunto de iniciativas e recomendações é concebido para orientar os diversos atores sociais – incluindo famílias, instituições educacionais e plataformas tecnológicas – na edificação de ecossistemas digitais que sejam, concomitantemente, mais seguros e saudáveis. A operacionalização dessas diretrizes passa pela estimulação do protagonismo infantojuvenil e da escuta ativa no ambiente escolar, bem como pela responsabilização das empresas no que concerne ao tratamento ético dos dados e à adoção de linguagem acessível em seus serviços. Concomitantemente, é crucial que se enfatize o ensino de práticas seguras de navegação e o incentivo ao diálogo aberto como instrumentos pedagógicos fundamentais para a prevenção de vulnerabilidades.[32,37-40]

→ *Iniciativas e recomendações*

- *Educação em casa*: É essencial que a família promova a educação sobre segurança *online*, privacidade e a identificação de fontes confiáveis. Recomenda-se que os pais acompanhem o início do uso de novos dispositivos e aplicativos por seus filhos.
- *Escolas e sistemas de ensino*: Devem focar na formação de educadores e na criação de políticas claras sobre o uso de celulares em sala de aula. É igualmente importante estabelecer espaços de escuta para estudantes com sofrimento psíquico relacionado ao uso excessivo de telas.
- *A voz de crianças e adolescentes*: As plataformas digitais devem adaptar seus Termos de Uso para uma linguagem acessível e orientar sobre como agir em casos de *cyberbullying*. A criação de espaços de discussão adequados para cada faixa etária é crucial para acolher suas necessidades.
- *Transparência das empresas*: As empresas devem elaborar políticas de uso em linguagem simples e clara, especialmente no que tange ao tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes.

→ *Ensine* às *crianças e aos adolescentes a:*

- *Proteger suas informações*: Não compartilhar senhas, endereços, números de telefone ou fotos pessoais com desconhecidos.
- *Ter cautela com o que é compartilhado*: Conscientizá-los de que, uma vez na internet, é praticamente impossível apagar o conteúdo.
- *Compreender os riscos de interagir com estranhos*: Alertar que nem sempre as pessoas são quem dizem ser *online*.
- *Usar as configurações de privacidade*: Ensinar como configurar a privacidade em redes sociais e aplicativos.
- *Reconhecer os perigos de aceitar estranhos*: Conscientizar sobre os riscos de adicionar perfis desconhecidos e participar de grupos de conversa com pessoas não identificadas.
- *Manter o diálogo aberto*: Incentivar um ambiente familiar onde se sintam seguros para discutir seus medos e experiências *online*.
- *Procurar ajuda*: Encorajá-los a buscar a ajuda de um adulto de confiança em caso de qualquer ameaça ou desconforto.

Comentários finais

A era digital, embora promotora de avanços tecnológicos e conectividade, introduziu uma nova dimensão à violência contra crianças e adolescentes. O ambiente virtual e as redes sociais tornaram-se espaços propícios à prática de crimes complexos, como manipulação psicológica, assédio moral e disseminação de material pornográfico. Dada a vulnerabilidade inerente ao desenvolvimento infantojuvenil, o enfrentamento desses delitos demanda o comprometimento coletivo da sociedade.

Nesse contexto, a atuação qualificada dos profissionais de saúde constitui um elemento central na rede de proteção. Médicos e psicólogos, ao identificarem sinais de trauma – físicos, comportamentais ou digitais – devem adotar uma abordagem integral, considerando os impactos na saúde mental, como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, isolamento social e, em casos extremos, ideação suicida. O acolhimento empático, a notificação obrigatória aos órgãos competentes e o encaminhamento para atendimento multidisciplinar são medidas essenciais para a recuperação das vítimas.

A proteção infantojuvenil, entretanto, ultrapassa o cuidado clínico e exige articulação entre família, escola, sociedade e autoridades. A prevenção, por meio da educação digital, deve iniciar no ambiente doméstico, com responsáveis conscientes dos riscos e capazes de promover diálogo aberto. As instituições escolares devem capacitar os alunos para o uso crítico e seguro das tecnologias, incentivando a proteção de dados pessoais e a busca por apoio diante de situações suspeitas. As autoridades, por meio de delegacias especializadas e equipes técnicas, devem agir com celeridade na investigação e responsabilização dos agressores, utilizando adequadamente as evidências digitais.

A construção de um ambiente digital seguro depende da convergência dessas frentes. Somente por meio da cooperação contínua e da vigilância compartilhada será possível transformar o ciberespaço – hoje marcado por riscos – em um território de oportunidades e desenvolvimento saudável. Proteger crianças e adolescentes no meio digital é proteger o futuro, um compromisso ético que integra ciência, políticas públicas e sensibilidade humana.

Referências

1. Brasil. Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social [homepage on the Internet]. Crianças, adolescentes e telas: guia sobre usos de dispositivos digitais [citado2025 Out 20]. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia/guia-de-telas_sobre-usos-de-dispositivos-digitais_versaoweb.pdf
2. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024. Dispõe sobre medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares e sobre a Política Nacional de Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14811.htm
3. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [citado 2025 Set 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
4. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br) [homepage on hte Internet]. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids Online Brasil 2024 [citado 2025 Set 26]. Disponível em: https://cetic.br/pesquisa/kids-online/
5. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view
6. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação - Cetic.br. Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids Online Brasil 2023. São Paulo (SP): Cetic.br; 2024.
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Guia de referência para a prevenção e resposta à violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília (DF): OPAS; 2017.
8. SaferNet Brasil [homepage on the Internet]. Dados da SaferNet sobre tráfico de pessoas integram painel do Ministério da Justiça [citado 2025 Ago 7]. Disponível em: https://new.safernet.org.br/content/dados-da-safernet-sobre-trafico-de-pessoas-integram-painel-do-ministerio-da-justica
9. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. São Paulo (SP): SPSP; 2018.
10. Gámez-Guadix M, Santisteban P, Resett S. Sexting among Spanish adolescents: prevalence and personality profiles. Psicothema. 2017;29(1):29-34. doi: 10.7334/psicothema2016.222
11. Henry N, Powell A. Sexual violence in the digital age: the rise of revenge porn. Palgrave Macmillan; 2018.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde mental e comportamental de crianças e adolescentes. Genebra: OMS; 2021.
13. Pereira LP. O adolescente e o fenômeno Grooming: uma revisão sistemática [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2021. 67 p.
14. Zhu C, Huang S, Evans R, et al. Cyberbullying among adolescents and children: a comprehensive review of the global situation, risk factors, and preventive measures. Front Public Health. 2021;9:634909. doi: 10.3389/fpubh.2021.634909

15. Organisation for Economic Co-operation and Development [homepage on the Internet]. Transparency reporting on child sexual exploitation and abuse online 2025 [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/transparency-reporting-on-child-sexual-exploitation-and-abuse-online-2025_a89e3f08-en.html
16. O'Connell H, Zukowski E. Child sexual abuse. In: Gellman M, Turner J, editors. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York: Springer; 2013. p. 339-3.
17. Pfeiffer L, Gama MA. Violência sexual no mundo virtual. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizadora. Tratado de Pediatria. 6th ed. Barueri (SP): Manole; 2025. p. 520-35.
18. United Nations Children's Fund [homepage on the Internet]. Ending online child sexual exploitation and abuse: executive summary [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.unicef.org/media/113726/file/Executive%20Summary:%20Ending%20Online%20Child%20Sexual%20Abuse%20and%20Exploitation%20.pdf
19. Brasil. Senado Federal [homepage on the Internet]. Projeto de Lei nº 2.293, de 2023. Altera o art. 127-A do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para estabelecer que o estupro de vulnerável se consuma independentemente de ter ocorrido contato físico direto entre o agente e a vítima [citado 2025 Set 28]. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/157202
20. Brasil [homepage on the Intnet]. Lei nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018. Tipifica o crime de divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia [citado 2025 Out 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13772.htm
21. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 11.829, de 25 de novembro de 2008. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [citado 2025 Out 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11829.htm
22. Sociedade Brasileira de Pediatria. #Menos Telas #Mais Saúde – Atualização 2024. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2024.
23. Secretaria de Comunicação Social [homepage on the Internet]. Guia sobre Usos de Dispositivos Digitais [citado 2025 Set 26]. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia
24. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-65. doi: https://doi.org/10.1111/jcpp.12381
25. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(3):241-66. doi: https://doi.org/10.1111/jcpp.12507
26. McCrory E, Brito SA, Viding E. The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. J Child Psychol Psychiatry. 2010;51(10):1079-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x
27. Katrinli S, Wani AH, Maihofer AX, et al. Epigenetics Workgroup; PsychENCODE PTSD Brainomics Project; Traumatic Stress Brain Research Group. Epigenome-wide association studies identify novel DNA methylation sites associated with PTSD: a meta-analysis of 23 military and civilian cohorts. Genome Med. 2024;16(1):147. doi:10.1186/s13073-024-01417-1
28. Perroud N, Rutembesa E, Paoloni-Giacobino A, et al. The Tutsi genocide and

transgenerational epigenetics of PTSD. World J Biol Psychiatry. 2014;15(4):334-45. doi: 10.3109/15622975.2013.866693
29. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. Infant Mental Health J. 2011;10(2):111-20. doi: https://doi.org/10.1002/imhj.20283
30. Reis TR. Dos crimes contra a liberdade e a dignidade sexual: estupro virtual. Rev CAAP. 2022;27(1-2):1-16. doi: https://doi.org/10.69881/rcaap.v27i1-2.46990
31. American Academy of Pediatrics; Council on Communications and Media. Media use in school-aged children and adolescents. Pediatrics. 2016;138(5):e20162592. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592
32. Schaefer LS, Oliveira DL, Santos AS, et al. Indicadores psicológicos e comportamentais na perícia do abuso sexual infantil. Temas Psicol. 2018;26(3):1467-82. doi: 10.9788/TP2018.3-12Pt
33. Brasil. Lei nº 15.211, de 17 de setembro de 2025. Dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais (Estatuto Digital da Criança e do Adolescente). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2025.
34. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 12.737, de 30 de novembro de 2012. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre a tipificação criminal de delitos informáticos [citado 2025 Out 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12737.htm
35. Gama MA. Negligência contra crianças e adolescentes no mundo virtual. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizadora. Tratado de Pediatria. 6rd ed. Barueri (SP): Manole; 2025. p. 501-5.
36. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl 1):S13-S22. doi: 10.1590/S0021-75572003000700003
37. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Prevenção do Suicídio: um recurso para a mídia. Brasília (DF): OPAS; 2017.
38. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) [homepage on the Internet]. Manual de segurança digital para famílias [citado 2025 Out 6]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-atualiza-recomendacoes-sobre-saude-de-criancas-e-adolescentes-na-era-digital
39. United Nations Children's Fund (UNICEF) [homepage on the Internet]. Digital Age Assurance Tools and Children's Rights Online across the Globe: A Discussion Paper. UNICEF Child Rights & Business Unit; Apr 2021. Disponível em: https://c-fam.org/wp-content/uploads/Digital-Age-Assurance-Tools-and-Childrens-Rights-Online-across-the-Globe.pdf
40. World Health Organization [homepage on the Internet]. World mental health report: transforming mental health for all [citado 2025 Out 6]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860

CAPÍTULO 12

Abuso de substâncias: tabaco, cigarro eletrônico, drogas e álcool

João Paulo Becker Lotufo
Tânia Maria R Zamataro
Renata Dejtiar Waksman
Sarah Saul

O consumo precoce de tabaco, álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes configura uma grave violação de direitos e uma forma de violência estrutural, com repercussões duradouras sobre a saúde física, psíquica e social. Trata-se de um fenômeno que expressa falhas de proteção e desigualdades que atravessam o tecido social, comprometendo o desenvolvimento pleno e a dignidade da infância e da adolescência.

O tabagismo representa um fator de risco importante para a dependência de outras substâncias e o surgimento de transtornos mentais. Seu caráter violento se manifesta em três dimensões: (1) física, pelos danos orgânicos e pela ação aditiva da nicotina sobre o cérebro em desenvolvimento, incluindo lesões pulmonares potencialmente graves; (2) estrutural, pela negligência regulatória e pela permissividade social que favorecem o acesso de menores a produtos ilegais e ao marketing de dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs); e (3) epistemológica, pela disseminação de desinformação que minimiza os riscos e normaliza o consumo entre os jovens.

De forma semelhante, o uso de álcool e drogas ilícitas na adolescência está fortemente associado a situações de vulnerabilidade e violência. O álcool, embora legalizado e socialmente aceito, é a substância psicoativa mais consumida no mundo e está diretamente relacionado a episódios de agressão, acidentes, abuso sexual e comportamento

de risco. O padrão conhecido como Beber Episódico Pesado (BEP) potencializa tais consequências, afetando o julgamento e a capacidade de autodefesa. Mesmo em pequenas doses, o álcool pode induzir impulsividade e agressividade; em grandes quantidades, pode levar a episódios de perda de consciência e amnésia, como o "blecaute alcoólico". Não existem níveis seguros de consumo para crianças e adolescentes – a recomendação internacional é de "álcool zero".

A intersecção entre o uso de substâncias e a violência revela um ciclo de vulnerabilidade: experiências de maus-tratos, negligência ou desestruturação familiar aumentam significativamente o risco de iniciação e manutenção do consumo, enquanto o uso, por sua vez, intensifica a exposição a novas formas de violência. Crianças e adolescentes em ambientes inseguros e desprovidos de vínculos afetivos sólidos tendem a adotar comportamentos de risco e recorrer ao uso de substâncias como tentativa de aliviar o sofrimento psíquico ou buscar pertencimento em grupos sociais.

Enfrentar esse ciclo exige uma abordagem intersetorial, holística e precoce, que articule políticas públicas de saúde, educação, assistência social e justiça, com ênfase na promoção da saúde mental e na erradicação da violência. Escolas e serviços de saúde desempenham papel estratégico nesse processo, atuando como espaços de escuta qualificada, educação crítica e fortalecimento da autonomia juvenil. O trabalho preventivo deve incluir o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, o estímulo à reflexão sobre normas sociais e o combate à publicidade enganosa das indústrias do álcool, tabaco e DEFs.

No campo do tratamento, é fundamental que as intervenções superem a fase de desintoxicação e contemplem a reinserção social, o fortalecimento dos vínculos familiares e a manutenção da abstinência. O envolvimento ativo dos pais ou responsáveis é decisivo, tanto no apoio emocional quanto na promoção de um ambiente doméstico seguro e acolhedor. Espaços de diálogo e participação entre jovens, famílias e profissionais de saúde contribuem para a adesão terapêutica e para a construção de projetos de vida saudáveis e significativos.

Em síntese, proteger crianças e adolescentes do consumo de tabaco, álcool e drogas é proteger o seu direito de crescer com saúde,

segurança e dignidade. Essa proteção passa, necessariamente, pela eliminação das diversas formas de violência que permeiam seus contextos de vida e pela criação de ambientes afetivos, estruturados e livres de estímulos de consumo. Investir na prevenção e no cuidado integral não é apenas uma obrigação legal e ética, mas um compromisso social com o futuro das novas gerações.

Tabaco e cigarro eletrônico

João Paulo Becker Lotufo

O uso de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes constitui um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos físicos, psicológicos e sociais ao longo da vida. Entre essas substâncias, o tabaco e os dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), como os cigarros eletrônicos (CEs) ou *vapes*, têm assumido relevância crescente, sobretudo pela precocidade do início do uso e pela falsa percepção de que seriam produtos inofensivos.[1,2]

O tabagismo é formalmente reconhecido como uma doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1992, sendo codificado como CID 10 – F17.2 e CID 11 - Z72.0 – Uso do tabaco.[3]

Encarar o tabagismo dessa maneira permitiu a implementação global de programas de tratamento da dependência da nicotina. O consumo precoce de tabaco e DEFs deve ser enquadrado como uma forma de violência estrutural e ontológica contra a juventude.

O uso de tabaco, álcool e maconha é considerado uma doença pediátrica, visto que o consumo frequentemente se inicia muito cedo, enquanto os adolescentes ainda estão sob os cuidados dos pais e dos pediatras.[4]

Panorama epidemiológico

A dinâmica do consumo de nicotina no Brasil é marcada por contrastes. Observou-se um declínio histórico no consumo de cigarros convencionais entre adolescentes nas últimas décadas.[5]

A porcentagem de fumantes no país caiu para 9,8% em 2023. No entanto, esta tendência foi revertida: recentemente, houve um aumento de 25% no número de fumantes tradicionais de 2023 para 2024 (Vigitel).[6]

→ *Prevalência e consumo atual*

Cerca de 15,5% da população brasileira (aproximadamente 26,8

milhões de pessoas) utiliza nicotina. Desses, 9,9% fumam cigarro tradicional, 3,7% usam dispositivos eletrônicos e 1,9% usam ambos. Cerca de 8,8% da população já experimentou *vape*. A experimentação com CEs atinge 6,8% dos adolescentes brasileiros, um percentual superior ao de usuários regulares de tabaco tradicional na mesma faixa etária. A maioria dos que experimentam CEs continua usando o dispositivo (63,6% dos adultos e 76,3% dos adolescentes).[6]

→ *Início precoce*

O grande problema é a precocidade do vício. Estatísticas globais demonstram que 80 a 100 mil crianças no mundo iniciam o vício no tabaco todos os dias. A experimentação de tabaco ocorre, em média, entre os 12 e 14 anos. Entre os adolescentes fumantes, 37,6% iniciaram o consumo antes dos 14 anos.[6]

A experimentação de drogas lícitas e algumas ilícitas já se verifica aos 10 anos de idade. Ao final do ensino médio, 25% dos jovens experimentaram cigarro, 59% ingeriram álcool, 20% experimentaram maconha e 6% o crack. Desses, 15% a 20% já são usuários diários e dependentes, algo superior ao índice da população maior de 18 anos.[6]

→ *Risco do narguilé*

O uso de narguilé é um problema grave, pois os jovens, utilizando apenas a "essência", desconhecem que a substância é misturada ao tabaco e aditivos para mascarar o gosto ruim. Uma hora de uso de narguilé equivale a 100 cigarros consumidos.[7]

Fatores de iniciação

A iniciação é impulsionada pela curiosidade, a influência de pares, a publicidade com sabores atrativos e os apelos tecnológicos.

→ *Influência familiar e parental*

A influência familiar é marcante: 45,2% dos adolescentes fumantes têm pais que fumam ou fumaram. Os pais que fumam Ces, na crença de que fazem menos mal, facilitam a introdução do "nicotinismo" entre os jovens. Se os pais fumam, há 50% de chance de os filhos usarem drogas lícitas (que são a porta de entrada para as ilícitas); se os pais não fumam, essa chance cai para 2%.[6]

→ *Marketing e acesso ilegal*

O marketing da indústria tabaqueira se reorganizou, lançando o

CE e dirigindo o novo mecanismo para a juventude, com a velha ideia de tornar o jovem dependente de nicotina.

Apesar da proibição de venda e publicidade no Brasil (Resolução RDC nº 855/2023 da ANVISA), 80% dos adolescentes consideram fácil obter dispositivos eletrônicos, frequentemente por meio de terceiros. Essa facilidade de acesso é um exemplo de negligência estrutural, neutralizando a proibição legal vigente.[6,8]

A agressão epistemológica reside na desinformação de que *vapes* seriam inofensivos. Embora 94,7% da população perceba os *vapes* como nocivos, a percepção de risco é significativamente mais baixa entre os adolescentes usuários.[6]

Aspectos neurobiológicos, dependência e riscos clínicos

A nicotina, a principal substância psicoativa, possui elevado potencial aditivo. Sua ação é intensa no circuito dopaminérgico de recompensa, sendo particularmente prejudicial em cérebros em desenvolvimento. A exposição precoce está associada a maior risco de transtornos de humor, ansiedade e déficits de atenção.[9]

→ *A maior potência do cigarro eletrônico (CE)*

Desde a quarta geração de CEs, houve a substituição da nicotina de base livre pelos sais de nicotina, o que acarretou uma concentração de droga mais elevada, inalação mais fácil, maior absorção pulmonar e uma dependência mais rápida.[10]

- A primeira geração de CE tinha até 2mg/ml de nicotina. A última geração (*Juul*) apresenta até 44,8mg/ml no líquido que vaporiza a droga.
- Usuários de CE podem apresentar níveis séricos de nicotina (2.400μg) até seis vezes maiores do que fumantes de 20 cigarros convencionais por dia (396μg).

→ *Toxicidade pulmonar*

Nos CEs, a vaporização de líquidos contendo nicotina, solventes (propilenoglicol, glicerina vegetal) e aromatizantes gera aerossóis com metais pesados, aldeídos e partículas ultrafinas capazes de causar lesões pulmonares. O pulmão não foi feito para receber qualquer tipo de fumaça e gordura.

São efeitos adversos:[11-13]

- O propilenoglicol, quando decomposto, pode causar câncer, leucemia e linfoma.
- O glicerol aquecido decompõe-se em acetaldeído (provável cancerígeno) e acroleína, que causam danos pulmonares e cardiovasculares.
- O acetato de vitamina E, presente em alguns produtos de vaporização, se deposita nos pulmões, causando intensa resposta inflamatória, edema pulmonar e dificuldades respiratórias.
- CE com sabores (existem milhares que podem ser encontrados em marcas e formulações diversas), quando inalados, podem desencadear pneumonia gordurosa.

→ *Lesão pulmonar associada ao uso de produtos de cigarro eletrônico*

A lesão pulmonar associada ao uso de produtos de cigarro eletrônico ou vaporizadores (EVALI), do inglês *E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury* (código U07.0 da CID-10), é uma síndrome inflamatória aguda e grave do sistema respiratório, identificada como um problema emergente de saúde pública, desde 2019, especialmente entre jovens e adultos jovens. Sua etiologia está fortemente relacionada à inalação de substâncias químicas presentes nos líquidos de vaporização, com destaque para o acetato de vitamina E, cuja toxicidade pulmonar é desencadeada quando inalado, provocando lesões inflamatórias nos alvéolos e bronquíolos. Clinicamente, a EVALI apresenta sintomas respiratórios inespecíficos, como tosse persistente, dispneia, dor torácica e febre, além de manifestações gastrointestinais frequentes. A progressão do quadro pode levar rapidamente à insuficiência respiratória hipoxêmica, exigindo hospitalização e, em casos severos, ventilação mecânica. O diagnóstico é de exclusão, sendo fundamental a investigação do uso recente de dispositivos eletrônicos de vaporização. Dada a gravidade e a imprevisibilidade da doença, reforça-se a necessidade de políticas públicas rigorosas para regulamentar esses produtos e mitigar seus riscos à saúde.[12,13]

Por ser uma doença relativamente nova, os efeitos de longo prazo ainda estão sendo estudados. No entanto, há uma preocupação de que a EVALI possa deixar sequelas persistentes e evoluir para problemas pulmonares crônicos, como a fibrose pulmonar, afetando a

capacidade respiratória de forma duradoura. A recuperação completa não é garantida e o prognóstico pode ser incerto em casos graves.[13]

→ *Risco de duplo uso e outras drogas*

O CE não demonstrou eficácia para ajudar os fumantes a pararem. A maioria dos usuários de CEs (77,6%) não reduziu o consumo do cigarro convencional (duplo uso). O jovem que fuma CE em pouco tempo fumará também cigarros tradicionais. O uso de CE foi responsável também por grande número de recaídas em ex-fumantes.[6]

O diagnóstico de COVID foi 5 vezes mais frequente entre usuários de CE e 7 vezes mais provável entre usuários duplos (CE + cigarro tradicional).[14]

A maconha, que tem sido colocada nas ampolas de nicotina líquida dos cigarros eletrônicos, apresenta 50% mais substâncias cancerígenas e 4 vezes mais alcatrão do que o tabaco.[15]

Manejo clínico e tratamento

→ *Aspectos psicossociais e familiares*

O uso de tabaco e *vapes* por crianças e adolescentes deve ser compreendido dentro de um contexto multifatorial: vulnerabilidade social, exposição a modelos familiares fumantes, negligência parental, baixa supervisão, violência doméstica e transtornos emocionais figuram entre os principais fatores de risco.[16]

O consumo pode também representar uma forma de regulação emocional disfuncional ou tentativa de pertencimento a grupos sociais.[17]

• *Atendimento acolhedor e interdisciplinar*

O atendimento a crianças e adolescentes usuários de nicotina deve ser acolhedor, não punitivo e interdisciplinar. O profissional de saúde deve realizar escuta qualificada e sigilosa, investigar contextos de uso, frequência e motivações. A abordagem breve motivacional é eficaz na faixa etária infantojuvenil.

O profissional de saúde deve:

- Realizar escuta qualificada e sigilosa, evitando julgamentos.
- Investigar contextos de uso, frequência, motivações e ocorrência com outras substâncias.
- Avaliar comorbidades psiquiátricas e situações de risco, como violência familiar, negligência e evasão escolar.[18]

- Envolver a família ou responsáveis, promovendo intervenções educativas e restaurativas.
- Encaminhar, quando necessário, para serviços especializados em saúde mental, CAPS-i ou programas de prevenção ao tabagismo.[19]

A abordagem breve e motivacional tem se mostrado eficaz na faixa etária infantojuvenil, favorecendo o reconhecimento dos riscos e o fortalecimento da autonomia para mudanças.[20]

- *O papel da família e do pediatra*

A abordagem deve se iniciar já no acompanhamento pré-natal, alertando os pais sobre os riscos do tabagismo passivo (como morte súbita, que ocorre 2 a 5 vezes mais em lactentes em casas de pais fumantes) e da síndrome alcoólica fetal. O tabagismo passivo é comprovado pela presença de cotinina urinária (derivado da nicotina) em crianças pequenas.[21-23]

Técnicas de aconselhamento breve devem ser aplicadas repetitivamente a cada consulta de Puericultura. Quanto maior a intervenção ou o aconselhamento, maior a chance de sucesso.

- *Diretrizes práticas*

O profissional de saúde deve seguir diretrizes práticas (Quadro 12.1).

Quadro 12.1 – Abordagem intersetorial do uso de tabaco/vape em crianças e adolescentes

Situação identificada	Conduta recomendada	Encaminhamento
Uso experimental de *vape* ou tabaco	Escuta, orientação e acompanhamento breve	Unidade básica de saúde/escola
Uso regular ou dependência	Avaliação clínica e psicológica	CAPS-i / programa antitabagismo
Associação com sofrimento psíquico ou violência	Abordagem integral	Rede de proteção (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público)

Fonte: Elaborado pelo autor.

- *Tratamento de pais fumantes*

É fundamental tratar os pais fumantes. A conduta mais eficaz para a cessação tabágica é a combinação de aconselhamento psicológico e o tratamento de reposição de nicotina. Os pais devem ser orientados a afastar o cigarro, reconhecer e evitar gatilhos, e marcar o «Dia D» para

a cessação total. O tratamento medicamentoso pode incluir adesivos de nicotina, gomas ou pastilhas de nicotina para as horas de fissura e bupropiona.

Políticas públicas e prevenção comunitária

A prevenção do uso de nicotina entre crianças e adolescentes deve incluir ações educativas continuadas nas escolas e nos serviços de saúde, com ênfase em informações baseadas em evidências e em estratégias de promoção de habilidades socioemocionais.[24]

A proibição da venda e da publicidade de cigarros eletrônicos no Brasil, conforme a Resolução RDC nº 855/2023 da ANVISA,[8] deve ser amplamente divulgada e fiscalizada, incluindo orientação às famílias e às comunidades sobre os riscos e a ilegalidade desses produtos.[19]

→ *O papel da escola na prevenção do tabagismo*

O papel da escola na prevenção do tabagismo é crucial, pois o ambiente escolar é reconhecido como um espaço privilegiado para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de ações preventivas, especialmente porque a experimentação e o uso de cigarros e outros produtos de tabaco frequentemente se iniciam na adolescência. O objetivo principal da escola é justamente evitar que os jovens comecem a fumar e conscientizá-los sobre os enormes riscos à saúde, atuando como um fator protetor essencial na comunidade.[25-27]

Para ser eficaz, a intervenção escolar deve ser abrangente, contínua e buscar envolver toda a comunidade. A escola deve incluir o tema tabagismo no currículo de forma transversal e não apenas em palestras pontuais. Isso envolve ensinar sobre os malefícios do tabaco, seus componentes químicos e as doenças causadas pelo fumo.[28]

Além disso, é muito importante desenvolver no aluno a capacidade de resistir à pressão dos amigos (*peer pressure*), tomar decisões informadas e comunicar-se de forma assertiva.[27] A própria escola atua como modelo: o ideal é que no corpo docente não tenha fumantes (ou que evitem fumar nas dependências ou proximidades), reforçando a imagem de um ambiente completamente saudável.

O impacto da prevenção é maior quando a escola atua em conjunto com os serviços de saúde, como a Unidade Básica de Saúde (UBS) local ou por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).[26]

Essa colaboração facilita a Identificação e Suporte, estabelecendo um canal para que os alunos que já experimentaram ou estão fumando possam ser encaminhados para tratamento e aconselhamento adequados, seja na própria escola ou na UBS.

No entanto, mesmo sendo o local ideal, a simples transmissão de conhecimento pode não ser suficiente. Esse é o desafio do Conhecimento *versus* Comportamento: estudos mostram que, embora intervenções educacionais geralmente aumentem o conhecimento dos alunos sobre os riscos do tabagismo, podem ter baixa efetividade imediata na mudança de comportamento, ou seja, na redução da prevalência de fumantes.[29] Por isso, há uma grande necessidade de continuidade: programas que são intensivos e mantidos ao longo de todo o percurso escolar tendem a ser mais eficazes do que ações isoladas ou esporádicas.[30]

→ *Ações educativas nos serviços de saúde*

As ações educativas de prevenção ao tabagismo entre crianças e adolescentes no Brasil integram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).[31] Com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), essas iniciativas visam impedir a iniciação do uso de derivados do tabaco, incluindo dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), além de promover o abandono do fumo entre jovens usuários.[32]

As estratégias incluem intervenções em consultórios e salas de espera, como rodas de conversa, dinâmicas educativas e orientações sobre tabagismo passivo. Quando necessário, aplica-se a abordagem breve do usuário, conforme o protocolo PAAPA. Ações comunitárias e intersetoriais, como parcerias com escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), ampliam o alcance das atividades, utilizando recursos lúdicos e culturais para conscientização. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também atuam na identificação de fumantes no ambiente familiar e na orientação de pais e cuidadores.[33]

O INCA oferece suporte por meio de programas como o Saber Saúde e reforça medidas legais, como a proibição da venda de cigarros a menores de 18 anos. Essas ações visam fortalecer a consciência crítica e a autonomia dos jovens frente aos riscos do tabagismo.[31]

Abuso de drogas

Tânia Maria R Zamataro
Sarah Saul

A adolescência é um momento de diferenciação, onde há um afastamento natural da família e aderência ao grupo de pares. Se o grupo estiver experimentando drogas, existe uma pressão para o adolescente usar também. Nesta idade, o uso de drogas expõe a muitos outros riscos.[34]

O uso de drogas por adolescentes frequentemente se sobrepõe a outros problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, déficit de atenção, entre outros. O diagnóstico e o tratamento dessas comorbidades são fundamentais.[34]

Drogas são produtos lícitos ou ilícitos que afetam o funcionamento mental ou corporal do indivíduo e podem causar intoxicação ou dependência.[34]

Classificam-se quanto aos efeitos em:[35]

- *Depressores do Sistema Nervoso Central (SNC):* Barbitúricos, ansiolíticos, opioides naturais (morfina, ópio, codeína), sintéticos e semissintéticos (heroína, metadona).
- *Estimulantes do SNC:* Anfetaminas, cocaína,crack, cafeína.
- *Alucinógenos ou perturbadores do SNC vegetais:* Mescalina, maconha, psilocibina (de certos cogumelos), trombeteira (lirio ou saia branca).
- *Alucinógenos ou perturbadores do SNC sintéticos:* LSD, ecstasy, anticolinérgicos.

Segundo o World Drug Report, de 2025,[36] 316 milhões de pessoas no mundo já usaram drogas, isto representa um aumento de 28% nos últimos 10 anos. Foram relatados transtornos em 64 milhões de pessoas, sendo que 8,1% estão em tratamento.

A droga mais consumida é a maconha (244 milhões), seguida pelos opioides (61 milhões) e anfetaminas (31 milhões). O início cada vez mais precoce tem sido observado em todo o mundo, o que causa, entre outros problemas, o aumento do risco de dependência.[37] Os fatores relacionados ao consumo de álcool, tabaco e drogas por adolescentes podem ser vistos no Quadro 12.2.[38]

Quadro 12.2 – Fatores envolvidos no uso de substâncias psicoativas entre adolescentes

Consumo de outras drogas
Fatores genéticos
Acesso às drogas
Consumo de tabaco ou drogas pelos pais
Histórico familiar de comportamento antissocial
Crianças vítimas de abuso ou maus-tratos
Pais com pouca "paternagem"
Relacionamento pobre com os pais
Consumo de drogas pelo irmão, melhor amigo ou colegas
Mau rendimento escolar, pouco interesse pela escola
Rebeldia e alienação
Autoestima baixa
Comportamento antissocial precoce
Psicopatologias, depressão, em particular
Experiência precoce de álcool e drogas
Desorganização comunitária
Controle de impulsos deficiente

Fonte: Elaborado pelo autor.

No Brasil, segundo dados do IBGE, a experimentação ou exposição ao uso de drogas antes dos 14 anos cresceu em 10 anos, indo de 8,2% em 2009 para 12,1% em 2019.[37]

→ *Solventes e inalantes*

Constituem um vasto grupo de produtos usados licitamente em várias atividades industriais, comerciais e domésticas, aspirados com o objetivo de produzir alterações mentais: solventes, colas, tintas, vernizes, thinner, removedores de pintura, alguns agentes de limpeza a seco, spray de pintura, removedores de esmalte, além do "cheirinho de loló" (mistura de álcool etílico ou benzina, clorofórmio, éter e essências de frutas) e o "popper" (nitrito de alquila utilizado em festas, vendido em pequenos frascos de vidro para ser abertos e

cheirado periodicamente, facilmente sintetizado a partir de álcool, nitrito sódico e solução de ácido sulfúrico).[35,39,40]

Como levam à dilatação da musculatura lisa, incluindo anal e vaginal, são utilizados durante o ato sexual com a promessa de potencializar o prazer.

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

→ *Maconha*

Droga alucinógena, considerada a droga ilícita mais utilizada por maiores de 12 anos de idade. Originária da planta *Cannabis sativa*, cujo metabólito ativo mais potente é o THC (delta 9-tetra-hidrocanabinol), pode ser preparada a partir de folhas secas (marijuana, maconha), resina da planta (haxixe, potencialmente mais tóxica) ou da mistura de resina com solvente (acetona, álcool, gasolina), originando uma mistura viscosa com alta concentração de THC (óleo de cannabis ou óleo de haxixe). Essas substâncias podem ser inaladas ou ingeridas. O *skank* (ou *skunk*) é uma variedade da planta com maior nível de THC.[34,35,40]

- *Efeitos desejados*: Euforia, prazer, maior sensibilidade aos estímulos externos, sonolência, relaxamento, alteração na memória imediata, aceleração do tempo subjetivo, confusão entre passado, presente e futuro. O indivíduo tem menor equilíbrio e força muscular, com déficit na aptidão motora, hiperemia conjuntival, taquicardia, hipotensão postural, desejo de comer doces, boca seca, fotofobia, broncodilatação, tosse e diminuição do lacrimejamento e da pressão intraocular.
- *Efeitos colaterais*: Ansiedade, ataques de pânico, alucinações, paranoia, caracterizando a psicose tóxica ("má viagem"). O uso

crônico pode gerar a síndrome amotivacional (apatia, isolamento social, perda do interesse em novas aquisições), diminuição da capacidade de concentração e memorização, diminuição da testosterona, ginecomastia, inibição da espermatogênese (reversível) e supressão do LH plasmático, o que provoca ciclos anovulatórios em mulheres.

- *Janela de detecção*: No sangue, até 2 semanas; na urina, até 4 semanas, dependendo do uso; no cabelo, em até 90 dias.

→ *Cocaína*

Extraída das folhas do arbusto da coca (*Erythroxylon coca*), é comercializada sob a forma de um pó branco, inodoro, de sabor amargo, solúvel em água (cloridrato de cocaína). Geralmente é inalada, mas pode ser absorvida ao ser esfregada em mucosas (gengiva) ou injetada. Pode se apresentar sob a forma de uma base, o crack, que é pouco solúvel em água, fumada em "cachimbos", ou a merla, também fumada.[34,35,40]

- *Efeitos desejados*: Sensação de euforia, intenso bem-estar, segurança, hiperatividade, insônia, perda da sensação de cansaço, falta de apetite.
- *Efeitos colaterais*: Ansiedade, ira, diminuição da capacidade de julgamento, insônia, labilidade emocional, desânimo, depressão, alucinações e psicose. Quando a cocaína é ingerida com álcool, o metabólito (cocaetileno) aumenta o risco de morte súbita. O uso crônico ocasiona sangramento nasal, ulcerações gengivais, perda do septo nasal, sinusites, problemas de sono e apetite, pneumonias, cardites, hiperprolactinemia, danos cerebrais irreversíveis, perda de capacidade analítica, de concentração, de memória, distúrbios dos nervos periféricos, taquicardia, hipertensão, arritmias, infarto e morte súbita.
- *Janela de detecção*: No sangue, de 1 a 2 dias; na urina, até 4 dias; no cabelo, até 90 dias.

→ *Ecstasy*

Denominado farmacologicamente como 3,4-metilenodioximetanfetamina e abreviado por "MDMA", o ecstasy é uma substância fortemente psicoativa. Duas outras substâncias psicoativas e farmacologicamente semelhantes podem ser encontradas no mercado ilegal como ecstasy: a Eve e a MDA. O ecstasy pode ser ingerido, inalado e injetado.[34,35,40]

- *Efeitos desejados*: Aumento do estado de alerta, maior interesse sexual, sensação de bem-estar com grande capacidade física e mental, euforia, aguçamento sensório-perceptivo, aumento da sociabilização e extroversão, aumento da sensação de estar próximo às pessoas (no sentido de intimidade) e da tolerabilidade e autoconfiança.
- *Efeitos colaterais*: Trismo, taquicardia, hipertensão, dilatação das pupilas, cãibras, tremores, transpiração, aumento da tensão muscular, da atividade motora, da temperatura corporal, enrijecimento e dores na musculatura dos membros inferiores e coluna lombar, dores de cabeça, náuseas, perda de apetite, visão borrada, boca seca, insônia, hiperatividade, fuga de ideias, alucinações, despersonalização, ansiedade, agitação, comportamento bizarro e pânico. A longo prazo, pode provocar esgotamento físico e mental, sonolência, despersonalização, depressão, psicose, irritabilidade, insônia, arritmias, AVC, hipertermia, hepatotoxicidade e insuficiência renal aguda.
- *Janela de detecção*: No sangue, de 1 a 2 dias; na urina, até 4 dias; no cabelo, até 90 dias.

→ *GHB – Gamahidroxibutirato*

Poderoso depressor do sistema nervoso central, produzido em pequenas doses pelo organismo. A partir de 1997, passou a ser conhecido como droga de violação sexual ("boa-noite, Cinderela"), pelos efeitos de perda de controle, desorientação e relaxamento muscular. É comercializado na forma de líquido incolor, com um sabor levemente salgado. Embora seja incomum, também existe o GHB em forma de pó branco. O GHB é apenas uma das chamadas "drogas do estupro". Outras como flunitrazepan (GBL-gamabutirolactona) e quetamina também tem sido usadas para adulterar bebidas.[35,40]

- *Efeitos desejados*: Bem-estar, euforia, socialização e grande energia após sua utilização. O GHB também aumenta a produção do hormônio de crescimento, sendo usado para aumentar a massa muscular.
- *Efeitos colaterais*: Náuseas, vômitos, sedação, desmaios, hipotonia, espasmos musculares, alucinações, perda do controle dos esfíncteres, convulsões, cefaleia, enxaqueca, sonolência e incons-

ciência, confusão mental, agitação, insônia, ansiedade, tremor, fraqueza, diminuição do ritmo respiratório e do ritmo cardíaco. Coma e morte súbita podem ocorrer.

- *Janela de detecção*: No sangue, até 8 horas; na urina, até 12 horas; na saliva, até 6 horas; no cabelo, até 90 dias.

→ *Heroína*

É uma droga do grupo dos opioides, derivada da morfina, que por sua vez é derivada do ópio. Depressora do sistema nervoso central, é capaz de alterar as sensações de prazer e dor. Em sua forma pura, é encontrada como pó branco facilmente solúvel em água. Pode ser injetada, inalada ou fumada.[35,40]

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

→ *Quetamina e PCP*

Poderosos anestésicos dissociativos usados inicialmente com fins veterinários, encontrados sob forma de pó branco, líquido ou tablete, podendo ser ingeridos, inalados ou injetados.[35,40]

- *Efeitos desejados*: Sensação de intensificação de cores e sons, delírio, excitação (*k-land*), sensação de não pertencer ao corpo, entorpecimento, alucinações profundas, dificuldade de controlar movimentos e sentimentos, distorção dos sentidos de tempo e identidade.
- *Efeitos colaterais*: Dormência, perda de coordenação motora, sensação de invulnerabilidade, rigidez muscular, depressão respira-

tória, agressividade, fala arrastada, exagerada sensação de força e olhar fixo ao vazio, prejuízo da memória de curto prazo. Baixas dosagens podem produzir efeitos psicodélicos rapidamente. Doses altas podem produzir vômitos e convulsões e um grama da substância pode causar a morte. Os chamados *flashbacks* (retorno às sensações vivenciadas com a droga) podem ocorrer até um ano após sua utilização. Ocorrem ainda comportamentos violentos e bizarros, alucinações (*k-role*), agitação, rigidez catatônica, desorientação, falta de coordenação, nistagmo, sialorreia, vômitos, convulsões, dormência, hipertensão, taquicardia e, raramente, depressão cardiovascular. Pode ainda ocorrer hiperpirexia com rabdomiólise, provocando insuficiência renal.

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

→ *LSD*

A dietilamida do ácido lisérgico é uma droga intensamente alucinógena, sintetizada clandestinamente a partir da cravagem de um fungo do centeio (*Claviceps purpurea*). Pode se apresentar sob forma de barras, cápsulas, tiras de gelatina, líquida, em micropontos ou folhas de papel secante (como selos ou autocolantes). É consumida por via oral, absorção sublingual, injetada ou inalada.[35,40]

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

→ *Anfetaminas, metanfetamina e dextroanfetamina*

São drogas sintéticas estimulantes do sistema nervoso central. As vias de administração são oral, intranasal, intravenosa, através da pele, retal e intravaginal. Podem ainda ser mascadas (gomas), dissolvidas em bebidas ou fumadas (metanfetamina conhecida como ice).[34,35,40]

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

→ *Fentanil*

É um opioide sintético tipicamente usado para tratar pacientes com dor crônica ou dor intensa após cirurgia. O fentanil ilícito, fabricado em laboratórios clandestinos, está sendo cada vez mais misturado a drogas ilícitas (como heroína, metanfetamina e cocaína) para aumentar sua potência, aumentando a probabilidade de um desfecho fatal. É vendida em pó, spray nasal, comprimidos, injetáveis ou adesivos. Também conhecido como: *Actiq, duragesic, fent, fetty, goofella, jackpot, murder, sublimaze, tango & cash.*[34,41,42]

- *Efeitos desejados*: Euforia, alívio da dor, relaxamento, sedação.
- *Efeitos colaterais*: Tontura, náusea, vômito, estupor, retenção urinária, alteração no tamanho pupilar, pele fria e úmida, fadiga, fala incoerente e arrastada, cianose, insuficiência respiratória levando à morte, coma.
- *Janela de detecção*: Na urina, de 1 a 3 dias, no sangue por até 24 horas e na saliva por algumas horas a um dia.

→ *Nitazenos*

São uma classe de opioides sintéticos derivados do 2-benzilbenzimidazol, que chega a ser 10 a 40 vezes mais potente que o fentanil. São usados de forma isolada ou associados a outras drogas ilícitas. Podem ser encontrados em pó, soluções ou comprimidos. As vias de administração incluem vaporização, intravenosa, sublingual, por

meio de spray ou inalação. Além da alta potência, o risco de overdose é grande. O primeiro reporte ocorreu em 2019 e os mais conhecidos são metonitazeno, isonitazeno, butonitazeno.[43,44]

- *Efeitos desejados*: Euforia, alívio da dor, relaxamento, sedação.
- *Efeitos colaterais*: Tontura, náusea, falta de coordenação motora, confusão mental, depressão do sistema nervoso central e do sistema respiratório, miose, febre e sudorese, parada cardíaca.
- *Janela de detecção*: Testes de rotina não conseguem identificar o nitazeno, apenas laboratórios especializados. Pouco se sabe sobre a velocidade de início e a duração dos nitazenos. A farmacocinética em humanos é desconhecida, pois há apenas dados clínicos *post mortem* limitados disponíveis.

→ *Xilazina*

É um sedativo não opioide potente, usado como adulterante de drogas como o fentanil. Tem sido usada como droga para tentativa de abuso sexual e fonte de envenenamento acidental ou intencional. Pode ser inalada, ingerida ou injetada. Também conhecida por "*tranq*", "*aka trank*" ou "droga zumbi".[45,46]

- *Efeitos desejados*: Euforia (principalmente quando associada a opioides, como o fentanil, alívio da dor, relaxamento muscular, sedação.
- *Efeitos colaterais*: Depressão respiratória e do sistema nervoso central, ulcerações na pele com necrose, bradicardia, hipotensão.
- *Janela de detecção*: Pode permanecer no sangue por 24 a 48 horas após o uso. Na urina, pode ser detectada por 48 a 72 horas. No cabelo, pode ser detectada por semanas a vários meses após o uso.

→ *Designer drugs*

As *designer drugs* são produzidas com o intuito de ressintetizar drogas já existentes, a fim de obter os mesmos efeitos psicoativos com moléculas quimicamente diferentes da droga original. Busca-se a produção de drogas mais potentes, burlando a legislação vigente. Numerosas drogas apareceram nos últimos anos, dentre elas:[47]

- *Spice, K2, Hi-5 ou incenso do diabo*: Maconha sintética (mais potente).
- *"Sais de banho"*: Grande variabilidade de substâncias semelhantes à catinona, um poderoso estimulante: *salt baths*, *vanilla sky*, *flakka*, miaumiau.

- *NBOMe*: Alucinógeno potente, semelhante ao LSD.
- *Krokodil*: Heroína sintética (mais barata).

Avaliação clínica e laboratorial

Segundo a Academia Americana de Pediatria, existem seis estágios de envolvimento do adolescente com substâncias psicoativas:[48-51]

- Abstinência
- Uso experimental e/ou recreativo (em geral limitado ao álcool)
- Abuso inicial
- Abuso
- Dependência
- Recuperação

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

O exame físico deve ser realizado habitualmente, procurando sinais de uso de drogas, como lesão em aba nasal (cocaína), lesões perfurantes (heroína) ou sinais indiretos que classifiquem uma toxíndrome.

Em geral, os testes devem ser realizados com o consentimento do paciente, com exceção das situações de razão legal ou médica, estado mental alterado, julgamento comprometido ou quando os exames de rotina são necessários para tratamento e manutenção no caso de abstinência.

Tratamento

O tratamento divide-se em:[49]

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

A progressão do uso de drogas não precisa e não deve atingir níveis de dependência antes que medidas sejam tomadas para iniciar a mudança. A escolha do tratamento adequado dependerá de tipo, tempo e frequência de uso da substância, podendo variar entre incentivo à

abertura de canais de comunicação entre criança/adolescente, médico e família, terapia psicológica e medicamentosa ou até tratamento intra-hospitalar de desintoxicação, no caso de abuso severo. Os pais devem prover suporte e encorajamento antes, durante e depois do tratamento, uma vez que o uso de substâncias psicoativas afeta todos os membros da família. Grupos de apoio, especialmente entre pares e aconselhamento para todos da família são úteis para prevenir que o adolescente retorne ao uso.

Consumo de álcool

Renata Dejtiar Waksman
Sarah Saul

O álcool é considerado a substância psicoativa mais consumida no mundo e seu consumo geralmente começa na adolescência. De forma geral, a nossa sociedade é bastante tolerante ao uso de álcool, em celebrações de família e encontros sociais.[52-53]

É importante ressaltar que os adolescentes, juntamente com gestantes, portadores de algumas doenças e pessoas que vão dirigir e operar máquinas são considerados *álcool zero,* onde o consumo de bebidas alcoólicas é inaceitável.

Se mesmo na população em geral não existem níveis seguros de ingestão de álcool, neste grupo este fato é ainda mais verdadeiro.[54]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, em 2018, um relatório sobre o panorama do consumo de álcool no mundo e a carga de doenças atribuível ao álcool, juntamente com estratégias globais e planos de ação para redução do consumo de álcool na perspectiva de saúde pública. Com base nestas estratégias, foi endossado pela 75º Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2022, o plano de ação global sobre o álcool 2022-2030.[55]

A última edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2019)[54,56] mostrou que 34,6% dos escolares de 13 a 17 anos haviam tomado a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos, sendo que nas meninas este indicador é ainda maior, 36,8%. Este indicador revela uma modificação no comportamento das meninas que apresentam um aumento na exposição ao álcool e em idades mais jovens em relação aos meninos.

Revelou também que a experimentação foi de 63,3% para adolescentes de 13 a 17 anos, sendo que 55,9% nos escolares de 13 a 15 anos e 76,8% nos escolares de 16 e 17 anos. Mostrou que, dos estudantes de 13 a 17 anos, 47% relataram embriaguez pelo menos uma vez na vida.

Fatores relacionados à ingestão de álcool

O adolescente passa por intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais e muitos deles passam por uma fase de provar bebidas alcoólicas, algumas vezes, de forma perigosa.

Fatores de origem biológica, psicológica, sociocultural ou a interação entre todos podem estar relacionados, conforme descrito no Quadro 12.3.[54,57-59]

Quadro 12.3 – Fatores que relacionam o adolescente à ingestão de álcool

Comportamento de assumir riscos e testar limites: Tendência de procurar situações novas e potencialmente perigosas, em geral de forma impulsiva, típica de adolescentes, pode incluir experiências com álcool
Expectativas: A forma como veem o álcool e seus efeitos influencia o comportamento de beber. Adolescentes que bebem para ter uma experiência positiva/agradável (como ficar mais comunicativo, ter mais sucesso na busca de parceiros, divertir-se mais) são mais propensos ao consumo
Traços da personalidade ou transtornos psiquiátricos: Algumas características podem torná-los mais propensos a começar a beber, como agressividade, rebeldia, desejo de questionar regras, problemas de conduta, hiperatividade, ansiedade ou depressão
Fatores hereditários: O risco de desenvolver problemas com álcool é diretamente influenciado pela genética
Aceitação por amigos e pelo grupo: A necessidade da sensação de pertencimento pode influenciar no desenvolvimento do hábito de beber, assim como a referência de pais, ídolos e familiares
Incentivo e recompensa: Nesta idade é comum o consumo de álcool como incentivo para encarar algumas situações. As recompensas podem ser internas (lidar com o estado emocional) ou externas (aprovação social)
Papel das redes sociais: Potencializam a capacidade de comunicação entre os grupos. A exposição a conteúdos sobre álcool, uso por influenciadores podem levar a consumos nocivos

Fonte: Elaborado pelo autor.

O estímulo precoce ao consumo de álcool tem grande influência da família que, ao introduzir o hábito da bebida, pode potencializar

a interação dessas variáveis. Associado à condescendência e até com estímulo da família, o fácil acesso, sistemas de consumação mínima, baixo preço, falta de fiscalização, acesso em festas (como "open bar, kit balada"), venda para consumo imediato, aceitação da sociedade e publicidade direcionada ao público jovem, podem ser responsabilizados pelo alto consumo em idades cada vez mais precoces.[60]

Consumo de álcool

→ *Binge Drinking ou Beber Episódico Pesado (BEP) e uso nocivo do álcool*

Entre adolescentes é comum não beber durante a semana e ingerir uma quantidade excessivas de doses num final de semana, num curto período de tempo. O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – NIAAA (Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo) entende o BEP como o padrão de uso quando mulheres adultas ingerem 4 doses ou mais, num período de 2 horas, ou quando homens adultos ingerem 5 ou mais doses, nesse mesmo período.

Este padrão está relacionado a um risco maior de prejuízos como blecaute alcóolico, acidentes (inclusive os de trânsito e submersão), comportamento de avaliação de risco reduzido, como envolvimento em brigas, prática de sexo inseguro, maior chance de sofrer violência sexual.[545,61,62]

A definição de uso abusivo de álcool considera as consequências sociais e de saúde para o consumidor, pessoas próximas a ele e sociedade como um todo. Podem ser considerados como uso nocivo de álcool tanto o adolescente que pratica um BEP no final de semana, como o jovem que fez uso de uma quantidade moderada e dirige uma motocicleta, por exemplo. Estes padrões de consumo são muito naturalizados, o que dificulta a conscientização do consumo de álcool.[54]

Efeitos do álcool

Ao ser absorvido pelo estômago, segue pela corrente sanguínea e se distribui pelos tecidos, afetando, em graus variados, o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal).[57,58,63,64]

Efeitos cerebrais consequentes ao consumo de álcool em adolescentes ocorrem em áreas ainda em desenvolvimento e associadas a

habilidades cognitivo-comportamentais, que deveriam iniciar ou se firmar na adolescência.

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

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

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

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

Doses pequenas e moderadas podem levar a um comportamento amigável e falante ou agressivo e raivoso, além de "ressaca" (cefaleia, náuseas, sede, tontura e fadiga). Em caso de intoxicação, o resultado pode ser: resposta imediata de fala incontrolada, episódios violentos de vômito (como primeiro sintoma), seguidos de sonolência excessiva, inconsciência, dificuldade respiratória, queda importante de glicemia, convulsões e até morte.

Blecaute alcoólico

A banalização do uso abusivo de álcool pode ter diversas consequências nocivas. O blecaute alcoólico ocorre quando não há a capacidade de formar memórias dos eventos ocorridos após a intoxicação

alcoólica. Pode não conseguir se lembrar de fragmentos (apresentação mais comum) ou de períodos inteiros de eventos ocorridos enquanto ingeria álcool. Pode ser angustiante, embaraçoso e perigoso para um adolescente não saber onde está ou como foi trazido para casa. Durante um blecaute alcoólico, o adolescente pode estar acordado, mas com perda na capacidade de julgamento de riscos e de retenção de informações geradas durante o consumo de álcool. Desta forma, a vulnerabilidade não se apresenta apenas quando um adolescente desmaia ou dorme durante a intoxicação alcoólica.[65]

Diagnóstico e classificação

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição revisada (DSM-5-TR), publicado em março de 2022, pela *American Psychiatric Association* – APA (Associação Americana de Psiquiatria), os transtornos do uso de álcool (TUA) são definidos como padrões problemáticos decorrentes do consumo, que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 2 ou mais dos 11 critérios abaixo, num período de 12 meses.[66] Os critérios encontram-se no Quadro 12.4.

Quadro 12.4 – Critérios para os transtornos do uso de álcool – TUA

1. O álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de álcool
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter e consumir álcool ou recuperar seus efeitos
4. Fissura, desejo intenso ou urgência de consumir álcool ("craving")
5. Uso recorrente de álcool, resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes, relativas ao trabalho, escola ou em casa
6. O consumo de álcool continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos
7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do álcool
8. Consumo de álcool recorrente em situações que representam perigo físico
9. O consumo do álcool continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: • Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou efeito desejado • Acentuada redução do efeito com a mesma quantidade consumida
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: • Síndrome de abstinência característica para a substância • O álcool (ou substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

Fonte: Adaptado de: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

O TUA pode ser classificado como leve, moderado ou grave e cuja gravidade varia de acordo com o número de sintomas apresentados nos últimos 12 meses:[52]

- Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.
- Moderado: Presença de 4 a 5 sintomas.
- Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Abordagem preventiva do uso nocivo de álcool

O pediatra deve abrir, desde a infância, um canal de comunicação entre ele e seu paciente, conversar sobre suas atitudes e fornecer esclarecimentos sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. As informações devem ser obtidas em uma atmosfera de confidencialidade, confiança e conforto, não ameaçadora, sem prejulgamentos e, de preferência, sem a presença dos pais.[53,54]

Quando se orienta um adolescente sobre como se posicionar diante deste cenário complexo, alguns pontos são importantes:

A. Entender as regras dos grupos em que estão inseridos, para poder decidir com autonomia se quer seguir as normas sociais envolvidas.
B. Estar acompanhado de uma pessoa que pensa e age de maneira parecida pode ser um reforço positivo.
C. Estimular a refelexão sobre o seu consumo e sobre as normas sociais de seu grupo.

Tratamento

O tratamento, segundo o Centers for Disease Control and Prevention – CDC depende do tipo, tempo de uso e nível da substância, podendo variar entre incentivo à abertura de canais de comunicação entre criança/adolescente, médico e família, terapia psicológica, medicamentosa ou até tratamento intra-hospitalar de desintoxicação, no caso de abuso severo.[67]

Os pais devem prover suporte e encorajamento antes, durante e depois do tratamento, uma vez que o uso de substâncias psicoativas afeta todos os membros da família.

Grupos de apoio e aconselhamento para todos da família são úteis para prevenir o retorno do adolescente ao uso da substância após o tratamento.

É importante lembrar que é um processo difícil e demorado e a recaída ou reincidência do uso da substância são comuns após o tratamento e não podem ser consideradas como falha do adolescente ou do programa de tratamento.

Referências

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Report on the Global Tobacco Epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke [citado 2025 Out 16]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164
2. U.S. Department of Health and Human Services [homepage on the Internet]. E-cigarette use among youth and young adults: a report of the surgeon general [citado 2025 Out 16]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538680/
3. World Health Organization [homepage on the Internet]. ICD-10 Version: 2019 [citado 2021 Jun 07]. Disponível em: https://icd.who.int/browse10/2019/en
4. Lotufo JP. Tabagismo, uma doença pediátrica. In: Lotufo JP, organizador. Tabagismo, uma doença pediátrica. São Paulo (SP): Editora Sarvie; 2007. p. 17-9.
5. Gowing LR, Ali RL, Allsop S, et al. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. Addiction. 2015;110(6):904-19. doi: 10.1111/add.12899
6. Lotufo JP [homepage on the Internet]. Uso de nicotina cresce no Brasil com avanço dos cigarros eletrônicos entre jovens [citado 2025 Out 16]. Disponível em: https://jornal.usp.br/radio-usp/colunistas/joao-paulo-becker-lotufo/uso-de-nicotina-cresce-no-brasil-com-avanco-dos-cigarros-eletronicos-entre-jovens/
7. Lotufo JP [homepage on the Internet]. Uma hora de consumo de narguile equivale a 100 cigarros [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://jornal.usp.br/?p=433146
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [homepage on the Internet]. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 855, de 23 de abril de 2024. Proíbe a fabricação, a importação, a comercialização, a distribuição, o armazenamento, o transporte e a propaganda de dispositivos eletrônicos para fumar [citado

2025 Out 18]. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=RDC&numeroAto=00000855&seqAto=000&valorAno=2024&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&cod_modulo=310&cod_menu=9431
9. Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF. The influence of substance use on adolescent brain development. Clin EEG Neurosci. 2009;40(1):31-8. doi: 10.1177/155005940904000110
10. Lotufo JP [homepage on the Internet]. Nicotina do cigarro eletrônico tem carga seis vezes maior do que fumar 20 cigarros por dia [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://jornal.usp.br/radio-usp/nicotina-do-cigarro-eletronico-tem-carga-seis-vezes-maior-do-que-fumar-20-cigarros-por-dia/
11. Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, et al. Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. PLoS One. 2013;8(3):e57987. doi: 10.1371/journal.pone.0057987
12. Chun LF, Moazed F, Calfee CS, et al. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2017;313(2):L193-206. doi: 10.1152/ajplung.00071.2017
13. Layden JE, Ghinai I, Pray I, et al. Pulmonary illness related to e-cigarette use in Illinois and Wisconsin—Final report. N Engl J Med. 2020;382(10):903-16. doi: 10.1056/NEJMoa1911614
14. Gaiha SM, Cheng J, Halpern-Felsher B. Association between e-cigarette use and COVID-19 in adolescents and young adults. J Adolesc Health. 2020;67(4):519-23. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.002
15. Lotufo JP. Álcool, tabaco e maconha: drogas pediátricas: o envolvimento do pediatra e da família na prevenção. São Paulo (SP): Dr. Bartô; 2016.
16. Martins SS, Fenton MC, Keyes KM, et al. Mood and anxiety disorders and their association with non-medical prescription opioid use and prescription opioid-use disorder. Addiction. 2012;107(3):638-46. doi: 10.1017/S0033291711002145
17. Simons-Morton B, Haynie DL, Crump AD, et al. Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. Health Educ Behav. 2001;28(1):95-107. doi:10.1177/109019810102800109
18. American Academy of Pediatrics. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. Pediatrics. 2016;138(1):e20161211. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2016-1210
19. Nasser MA, Takiuti AD, Sala A, et al [homepage on the Internet]. Linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://saudeadolescentesejovens.net.br/wp-content/uploads/livro_online_LCA&J.pdf
20. Knight JR, Harris SK, Sherritt L, et al. Prevalence of positive substance abuse screen results among adolescent primary care patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(11):1035-41. doi: 10.1001/archpedi.161.11.1035. PMID: 17984404
21. Lotufo JP. O conhecimento dos pediatras e pneumopediatras sobre tabagismo (carta ao editor). Pediatria (São Paulo). 2007;29(1):75-6.
22. Lotufo JP, Delfim CI, Espósito A, et al. Fumantes passivos: a cotinina urinária em crianças internadas. Pediatria (São Paulo). 2005;27(1):19-24.
23. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. N Engl J Med. 2009;361(8):795-805. doi: 10.1056/NEJMra0803836
24. World Health Organization [homepage on the Internet]. Global youth tobacco survey: 2022 country report – Brazil [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/brazil

25. Dr Bartô e Os Doutores da Saúde [homepage on the Internet]. Programa de prevenção ao tabagismo nas escolas [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://www.drbarto.com.br/programa-de-prevencao-ao-tabagismo-nas-escolas/
26. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação [homepage on the Internet]. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção do uso do tabaco [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_uso_tabaco_.pdf
27. Malcon MC, Malon A, Menezes AM. Fatores de risco para o início do tabagismo na adolescência: um estudo de caso-controle. J Bras Pneumol. 2007;33(2):142-50. doi: https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001100007
28. Poquet D, Martin P, Rateau M, et al. Tobacco prevention interventions – developing life skills through playful activities among children and preteens: A systematic review. Child Youth Serv Rev. 2023;151:107026. doi: https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107026
29. Malcon MC, Menezes AM, Assunção MC, et al. Efetividade de uma intervenção educacional em tabagismo entre adolescentes escolares. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):63-72. doi: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000100006
30. ACT [homepage on the Internet]. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar [citado 2025 Out 18]. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivos/Por_um_mundo_sem_tabaco-Manual_para_Agentes_de_Saude%281%29.pdf
31. Instituto Nacional de Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo
32. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) [homepage on the Internet]. Programas de Saúde Pública do SUS; 2023 [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://sites.google.com/view/programasdesadepblicadosus/programa-nacional-de-controle-de-tabagismo
33. Instituto Nacional de Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. Crianças, adolescentes e jovens [citado 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/criancas-adolescentes-e-jovens
34. WHO Expert Committee on Drug Dependence [homepage on the Internet]. Thirty-ninth report. WHO technical report series nº 1009 [citado 2025 Ago 25]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260546/9789241210188-eng.pdf
35. Brasil. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. 5th ed. São Paulo: Cebrid; 2011.
36. United Nations Office on Drugs and Crime [homepage on the Internet]. World drug report 2025 [citado 2025 Ago 5]. Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage on the Internet]. IBGE divulga uma década de informações sobre a saúde dos escolares [citado 2025 Ago 7]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34340-ibge-divulga-uma-decada-de-informacoes-sobre-a-saude-dos-escolares
38. Sousa MG, Castro LC, Malta DC, et al. Factors associated with concurrent alcohol, tobacco and illicit drug use: 2019 National School-Based Health Survey. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29(5):e06882023. doi: https://doi.org/10.1590/1413-

81232024295.06882023
39. Hernandez-Avila C, Pierucci-Lagha A. Inhalants. In: Kranzler HR, Ciraulo DA, editors. Clinical manual of addiction psychopharmacology. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2005. p. 269-314.
40. Greydanus DE, Patel DR. The adolescent and substance abuse: current concepts. Dis Mon. 2005;51(7):392-431. doi: https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2005.10.002
41. United States Drug Enforcement Administration [homepage on the Internet]. Facts about fentanyl [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: https://www.dea.gov/resources/facts-about-fentanyl
42. Alcohol and Drug Foundation [homepage on the Internet]. Fentanyl [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: https://adf.org.au/drug-facts/fentanyl/
43. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública [homepage on the Internet]. Estudo inédito analisa riscos dos nitazenos: novo tipo de droga presente no Brasil [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/estudo-inedito-analisa-riscos-dos-nitazenos-novo-tipo-de-droga-presente-no-brasil/NitazenosCaracterizaocPresenanoBrasil.pdf
44. Stangeland M, Dale O, Skulberg AK. Nitazenes: review of comparative pharmacology and antagonist action. Clin Toxicol (Phila). 2025;63(6):393-406. doi: https://doi.org/10.1080/15563650.2025.2504133
45. Iacopetta D, Catalano A, Aiello F, et al. Xylazine, a drug adulterant whose use is spreading in the human population from the U.S. to the U.K. and all Europe: an updated review. Appl Sci. 2025;15(6):3410. doi: https://doi.org/10.3390/app15063410
46. Wolf Creek Recovery [homepage on the Internet]. How long does xylazine stay in your system? [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: https://wolfcreekrecovery.com/blog/how-long-does-xylazine-stay-in-your-system/
47. Bucao R, Garcia S, Limberger R, et al. Designer drugs: aspectos analíticos e biológicos. Quim Nova. 2012;35(1):149-58. doi: https://doi.org/10.1590/S0100-40422012000100025
48. Hogan MJ. Diagnosis and treatment of teen drug use. Med Clin North Am. 2000;84(4):927-66. doi: https://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70262-8
49. Levy S, Siqueira L; Committee on Substance Abuse. Testing for drugs of abuse in children and adolescents. Pediatrics. 2014;133(6):e1798-807. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2014-0865
50. American Academy of Pediatrics. The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 1996.
51. Lotufo JP, Zamataro TM, Waksman RD. Abuso de substâncias. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 173-204.
52. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, et al [homepage on the Internet]. Use of alcohol, cigarettes, and number of illicit drugs declines among US teens [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.14101249
53. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (Cisa) [homepage on the Internet]. Juventude e álcool: cenário atual [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://cisa.org.br/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/32-juventude-e-alcool-cenario-atual
54. Lourenço B. Sair para beber ou beber para sair - particularidades do uso de álcool em adolescentes. In: Feliciano DS, organizador. Pediatria e saúde mental: implica-

ções frente às mudanças do século XXI. Série Atualizações Pediátricas SPSP. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2024. p. 139-45.
55. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Global alcohol action plan 2022–2030 [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240090101
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021.
57. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [homepage on the Internet]. Get the facts about underage drinking [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/underage-drinking
58. World Health Organization (WHO) [homepage on the Internet]. Global status report on alcohol and health 2018 [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639
59. Freisthler B, Lipperman-Kreda S, Bersamin M, et al. Tracking the when, where, and with whom of alcohol use: integrating ecological momentary assessment and geospatial data to examine risk for alcohol-related problems. Alcohol Res. 2014;36(1):29-38.
60. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) [homepage on the Internet]. Bebidas alcoólicas são prejudiciais à saúde da criança e do adolescente: manual de orientação do Departamento Científico de Adolescência da SBP [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: http://bit.ly/2u8Yymb
61. Waterman EA, Lee KD, Edwards KM. Longitudinal associations of binge drinking with interpersonal violence among adolescents. J Youth Adolesc. 2019;48:1342-52. doi: https://doi.org/10.1007/s10964-019-01035-w
62. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [homepage on the Internet]. Defining binge drinking. In: What colleges need to know now: an update on college drinking [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://www.collegedrinkingprevention.gov/sites/cdp/files/documents/1College_Bulletin-508_361C4E.pdf
63. Tapert SF, Eberson-Shumate S. Alcohol and the adolescent brain: what we've learned and where the data are taking us. Alcohol Res. 2022;42(1):7. doi: 10.35946/arcr.v42.1.07
64. Pfefferbaum A, Kwon D, Brumback T, et al. Altered brain developmental trajectories in adolescents after initiating drinking. Am J Psychiatry. 2018;175(4):370-80. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17040469
65. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [homepage on the Internet]. Interrupted memories: alcohol-induced blackouts [citado 2025 Ago 3]. Disponível em: https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/interrupted-memories-alcohol-induced-blackouts
66. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th ed. Revisão de Texto. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022.
67. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. MMWR Surveill Summ. 2004;53(2):1-96.

CAPÍTULO 13

Ameaças ambientais à saúde

Clóvis Francisco Constantino
Mário Roberto Hirschheimer

A exposição a toxinas e a um ambiente degradado não é um dano acidental, mas uma consequência direta de sistemas que negligenciam a saúde e o futuro das gerações atuais e futuras. Essa **negligência** configura-se como uma forma de violência. Essa perspectiva eleva a questão ambiental ao domínio da justiça social e dos direitos humanos. A exposição a fatores ambientais nocivos representa uma ameaça significativa à saúde global, afetando diversos sistemas orgânicos das crianças, como os sistemas neurológico, respiratório e imunológico.[1,2]

A vulnerabilidade intrínseca da criança

A vulnerabilidade das crianças a poluentes e toxinas é intrínseca às suas características fisiológicas e comportamentais. O organismo infantil, em constante desenvolvimento, possui órgãos como cérebro, pulmões e rins ainda imaturos, tornando-o mais suscetível a danos por substâncias tóxicas. Crianças respiram mais ar e consomem mais alimentos e água em proporção ao seu peso corporal, o que aumenta a exposição a poluentes. Além disso, seu comportamento exploratório, como levar objetos à boca, facilita a ingestão de contaminantes.[1,2]

Principais ameaças ambientais

A poluição é a maior causa ambiental de doenças e mortes prematuras no mundo atualmente, tendo sido responsável por cerca de 9

milhões de mortes prematuras em 2015 – 16% de todas as mortes no mundo.[3] As ameaças podem ser categorizadas da seguinte forma:

→ *Poluição do ar*

Partículas finas (material particulado com diâmetro de 2,5 micrômetros ou menos - PM2,5, do inglês *particulate matter*) e outros poluentes atmosféricos podem causar ou agravar doenças respiratórias como asma e bronquite. A exposição a longo prazo está associada a prejuízos no desenvolvimento pulmonar e a um maior risco de infecções.[4]

Em muitos países, a poluição do ar em ambientes domésticos, gerada pelo uso de biomassa para cocção (a queima da biomassa pode gerar emissão de gases tóxicos, como enxofre, bem como material particulado), expõe as famílias a níveis de PM2,5 que chegam a exceder em 30 vezes as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). A transição para energias limpas poderia evitar 1,2 milhão de mortes anuais relacionadas a essa exposição.[5,6]

Fogão a lenha é comum no Brasil, mas polui o ar ambiente.

→ *Produtos químicos tóxicos*

A exposição a neurotoxinas como chumbo, mercúrio e pesticidas pode causar danos cerebrais irreversíveis. Disruptores endócrinos, como ftalatos e bisfenol A (BPA), podem interferir no sistema hormonal, afetando o desenvolvimento reprodutivo e metabólico.[7,8]

Não se pode esquecer do radônio. Ele é a segunda principal causa de câncer de pulmão no mundo, atrás apenas do tabagismo, e a principal entre não-fumantes.[9,10] Trata-se de um gás radioativo, incolor e inodoro, que se forma a partir do decaimento do urânio presente em rochas e no solo. Quando penetra em ambientes fechados por fissuras nas fundações, tubulações ou poços, pode acumular-se em níveis perigosos.[9]

As mudanças climáticas influenciam de forma direta e indireta a exposição humana ao radônio. O aumento da temperatura média e as estratégias de eficiência energética, como maior vedação de edifícios, reduzem a ventilação e favorecem o acúmulo do gás em ambientes internos.[11] Alterações nos padrões de precipitação, umidade e pressão atmosférica também modificam a liberação do radônio do solo, resultando em variações sazonais, com níveis geralmente mais altos no inverno.[12] Além disso, o degelo do *permafrost* (camada do subsolo

que permanece congelada por pelo menos dois anos), associado ao aquecimento global, pode liberar radônio de depósitos antes isolados, elevando concentrações em áreas habitadas.[13]

→ *Contaminação da água e do solo*

A falta de saneamento e o acesso à água contaminada por patógenos, chumbo ou nitratos podem levar a doenças gastrointestinais, enquanto solos contaminados representam um risco de exposição a metais pesados.[1]

Alterações climáticas

As mudanças climáticas representam uma das crises sistêmicas que mais impactam a saúde humana, com especial vulnerabilidade para crianças.[5,6] O relatório: "The 2022 Report of the Lancet Countdown on health and climate change" detalha como a queima de combustíveis fósseis exacerba esses efeitos.[6] As principais ameaças incluem:

→ *Ondas de calor*

Em 2021, crianças com menos de um ano foram expostas a um aumento significativo de dias a mais de ondas de calor em comparação à média histórica, contribuindo para um aumento de 68% nas mortes relacionadas ao calor.[5,6]

→ *Insegurança alimentar*

O calor extremo afeta o rendimento das colheitas e, em 2020, levou a um acréscimo de 98 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar.[5,6]

→ *Doenças infecciosas*

O clima em mudança altera a distribuição de vetores, facilitando a disseminação de doenças como a dengue, sobrecarregando os sistemas de saúde.[5,6]

→ *Saúde mental*

Todas essas mudanças ambientais afetam a saúde mental das crianças, gerando medos, tristezas, transtornos e traumas. Esse quadro é conhecido como **ecoansiedade**, um tipo de **violência psicológica** que se manifesta pela preocupação e angústia em relação às mudanças climáticas e suas consequências.[14,15]

Esse fenômeno, cada vez mais comum entre jovens, é intensificado pela constante exposição a notícias alarmantes sobre a degradação do planeta e por suas próprias experiências. A ecoansiedade pode

se manifestar de várias formas, como dificuldades de concentração, problemas de sono, dores de cabeça e dores abdominais, comprometendo o bem-estar emocional e o desenvolvimento saudável.[16]

É fundamental que pais, educadores e profissionais de saúde ofereçam apoio adequado. Isso inclui promover a educação ambiental, incentivar a participação em ações sustentáveis e criar espaços seguros para que os jovens possam expressar suas preocupações. É crucial, também, reforçar que, apesar dos desafios, as ações individuais e coletivas podem fazer a diferença na construção de um futuro mais sustentável.[17]

Consequências abrangentes para a saúde

As consequências dessas exposições ambientais são amplas e afetam múltiplos sistemas orgânicos. Os principais impactos incluem problemas respiratórios, danos neurológicos (como transtornos do neurodesenvolvimento e funcionamento intelectual abaixo da média), aumento do risco de câncer e distúrbios endócrinos.[7,18]

Medidas de prevenção e ações necessárias

As perdas econômicas decorrentes das mudanças climáticas aumentam a pressão sobre as famílias, afetando os determinantes da saúde. A resposta a essas crises exige uma transição para energias limpas e ações que priorizem o bem-estar da população.[5,6] A proteção da saúde infantil requer a implementação de políticas públicas que regulem a qualidade do ar e da água, o uso de produtos químicos e a gestão de resíduos. Em nível familiar, é crucial ventilar ambientes, utilizar produtos seguros e evitar o tabagismo passivo.[1]

Comentários finais

Ao considerarmos a intrincada teia de relações entre a saúde humana e o meio ambiente, a vulnerabilidade infantil emerge não apenas como um desafio científico ou médico, mas como um imperativo ético e filosófico. As ameaças ambientais, desde a poluição do ar até as mudanças climáticas, desafiam nossa responsabilidade fundamental para com as atuais e as futuras gerações. Essas circunstâncias evidenciam que o progresso e o desenvolvimento, quando dissociados de princípios de sustentabilidade e equidade, podem gerar impactos

adversos à saúde e ao desenvolvimento físico, cognitivo e social de crianças e adolescentes.

Essa reflexão nos convida a meditar sobre a essência da nossa existência coletiva. Se a saúde da criança é o reflexo mais sensível da saúde do planeta, então a degradação ambiental é, em última análise, um sintoma de uma crise moral de elevado potencial agressivo. Proteger as crianças não é apenas uma medida de prevenção, mas um ato de esperança e um compromisso com um futuro em que a vida, em todas as suas formas, possa florescer. A luta por um ambiente saudável é, portanto, a luta pela nossa própria humanidade.

Não temos um planeta alternativo B. A Terra é o lar das crianças, é o nosso lar. Que os líderes mundiais despertem para além da retórica e conduzam seus países para ações efetivas, visando à mitigação de todo esse processo deletério e, principalmente, visando, com cumprimento de prazos, à interrupção desse processo mórbido que assola a natureza humana.

Referências

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Inheriting a sustainable world: Atlas on children's health and the environment [citado 2025 Set 17]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511773
2. Etzel RA, Landrigan PJ. Textbook of children's environmental health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2024.
3. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJ, et al. The Lancet Commission on pollution and health. Lancet. 2018;391(10119):462-512. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0
4. American Academy of Pediatrics, Council on Environmental Health. Global climate change and children's health. Pediatrics. 2015;135(5):e1330-47. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2015-3232
5. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Toxicologia e Saúde Ambiental [homepage on the Internet]. Mudanças climáticas e a saúde humana: um problema de todos nós! [citado 2025 Set 17]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/mudancas-climaticas-e-a-saude-humana-um-problema-de-todos-nos
6. Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al [homepage on the Internet]. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels . Lancet. 2022;400(10363):1619-52. Disponível em: https://climate-adapt.eea.europa.eu/pt/metadata/publications/the-2022-report-of-the-lancet-countdown-on-health-and-climate-change-health-at-the-mercy-of-fossil-fuels
7. World Health Organization [homepage on the Internet]. Children's environmental health [citado 2025 Set 17]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/children-environmental-health
8. Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC, et al. Endocrine-disrupting

chemicals: an Endocrine Society scientific statement. Endocr Rev. 2009;30(4):293-342. doi: https://doi.org/10.1210/er.2009-0002
9. World Health Organization [homepage on the Internet]. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241547673
10. National Cancer Institute [homepage on the Internet]. Radon and Cancer [citado 2025 Set 24]. Disponível em: https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/substances/radon
11. Overcenco AV, Coreţchi LŞ. Impact of climate change on indoor radon concentrations as a current public health challenge. Environ Health (Wash). 2025;3(7):705-13. doi: 10.1021/envhealth.4c00269
12. Environmental Monitoring and Assessment. Climate change and environmental radioactivity: a review of studies on climate conditions in variation on indoor radon concentrations. Environ Monit Assess. 2025;197:446.
13. Glover R, Blouin M. Increased radon exposure from thawing of permafrost due to climate change. Earth's Future. 2022;10(1):e2021EF002598. doi: https://doi.org/10.1029/2021EF002598
14. Léger-Goodes J, Malboeuf-Hurtubise C, Mastine T, et al. Eco-anxiety in children: A scoping review of the mental health impacts of the awareness of climate change. Front Psychol. 2022;13:872544. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.872544
15. Pihkala P. The Process of Eco-Anxiety and Ecological Grief: A Narrative Review and a New Proposal. Sustainability. 2022;14(24):16628. doi: https://doi.org/10.3390/su142416628
16. Coffey Y, Bhullar N, Durkin J, et al K. Understanding eco-anxiety: A systematic scoping review of current literature and identified knowledge gaps. J Clim Change Health. 2021;3:100047. doi: https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100047
17. World Health Organization [homepage on the Internet]. Mental health and climate change: policy brief. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125
18. American Academy of Pediatrics, Council on Environmental Health. Global climate change and children's health. Pediatrics. 2015;135(5):e1330-47. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2015-3232

CAPÍTULO 14

Sequestro e tráfico de crianças e adolescentes: um desafio global e nacional

Sidnei Ferreira
Renata Dejtiar Waksman
José Fernando Maia Vinagre, *in memoriam**

O sequestro de crianças e adolescentes é a privação ilegal da liberdade, afastando-os de seus responsáveis legais sem consentimento. Pode ser caracterizado como sequestro parental (geralmente ligado a disputas de guarda) ou ser realizado por quadrilhas criminosas visando lucro, como tráfico, extorsão ou exploração.[1]

O tráfico de crianças e adolescentes consiste no recrutamento, transporte, transferência, alojamento ou acolhimento de pessoas menores de 18 anos.[2]

Esses crimes constituem graves violações de direitos humanos em escala global, envolvendo captura, transporte ou acolhimento por meio de ameaça, violência, coerção ou abuso de poder, com a finalidade de exploração sexual, trabalho forçado, adoção ilegal, tráfico de órgãos ou outros abusos. Conforme o direito internacional, o consentimento da vítima é irrelevante por se tratar de um menor. O Brasil regulamenta essas práticas por meio de normas nacionais e tratados internacionais, como a Convenção sobre os Aspectos Civis do Sequestro Internacional de Crianças.[1,3,4]

*Autor deste capítulo na segunda edição do *Manual*, escreveu ao final: "No Brasil, esse é mais um desafio que se impõe, exigindo respostas concretas das autoridades e também das famílias, que podem ser agentes efetivos de prevenção, seja pela adoção de normas de segurança, seja pelo estímulo ao diálogo entre pais e filhos, que certamente são medidas de proteção. Assim, muitos homens, mulheres, crianças e adolescentes serão poupados de horas de angústia e de desespero por desconhecerem o paradeiro de seus entes queridos." Sua partida precoce desta vida nos tirou um ser inteligente, humano, cordial, alegre, amigo, solidário às dores e sofrimentos humanos. Um exemplo de amigo, ser humano, médico e pediatra.

Estima-se que milhões de crianças estejam vulneráveis, especialmente em contextos de pobreza, conflitos e desigualdade social.[5]

Estatísticas do desaparecimento: dimensões do problema

Os dados estatísticos a seguir ilustram as dimensões do desaparecimento de pessoas, a vulnerabilidade de crianças e adolescentes e a incidência de tráfico.

→ *No mundo*

- *Desaparecimento geral*: Globalmente, estima-se que 25 milhões de pessoas estejam desaparecidas.[6]
- *Tráfico*: Em 2022, 38% das vítimas de tráfico detectadas no mundo eram crianças.[3] O tráfico para remoção de órgãos representa 1% dos casos de tráfico. Segundo a OMS, em 2016, 5% dos transplantes de fígado, rim e coração no mundo podem ter tido origem no tráfico de órgãos.[7]
- *Deslocamento forçado (vulnerabilidade)*: Em meados de 2024, o deslocamento global atingiu níveis recordes, com mais de 122 milhões de pessoas deslocadas à força. As crianças são afetadas desproporcionalmente; embora representem apenas 30% da população global, respondem por 40% de todas as pessoas deslocadas à força.[8]

→ *No Brasil*

Dados oficiais indicam a gravidade do problema no Brasil, embora os números de casos registrados sejam inferiores ao total real de desaparecimentos.

- *Período amplo (2021 a abril de 2024)*: Foram registrados 90.256 casos de desaparecimento de menores (0 a 17 anos), uma média de 57 por dia. Desses, 55.400 foram localizados, restando 34.800 sem solução até a data.[5]
- *Foco em crianças (2022)*: Conforme relatório do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), 2.169 crianças desapareceram em 2022, uma média de seis casos por dia. A maioria era do sexo masculino (55,5%). A região Sudeste apresentou o maior índice (37,39% dos casos), seguida pelas regiões Sul (23,88%), Nordeste (17,15%), Centro-Oeste (15,63%) e Norte (5,94%).[9]
- *Desaparecimento geral recente (2024)*: Em 2024, mais de 66 mil pessoas desapareceram no Brasil, uma média de 217 por dia. Para

enfrentar o problema, o MJSP fortaleceu a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas.[10]

Causas e sinais de risco

As causas do desaparecimento são complexas e multifatoriais, sendo crucial identificar os sinais de risco para uma prevenção eficaz.[3-7,10-15]

→ *Principais causas*

- *Conflitos familiares*: Muitos desaparecimentos são, na verdade, fugas motivadas por violência doméstica, abuso ou ambientes familiares hostis. Estudos indicam que aproximadamente 80% dos casos são fugas e a reincidência chega a 47%.
- *Redes criminosas e exploração*: Envolvem o tráfico de pessoas para fins de exploração sexual, trabalho forçado, adoção ilegal e remoção de órgãos.
- *Vulnerabilidade social*: Pobreza, desigualdades e a fragilidade das redes de proteção social aumentam significativamente o risco de desaparecimento.

→ *Sinais de alerta*

- *Em crianças e adolescentes*: Mudanças súbitas de comportamento (isolamento, agressividade), sinais de abuso físico ou emocional, medo excessivo de adultos, uso de substâncias e associação com grupos de risco. A própria fuga é um forte indicativo de problemas subjacentes.
- *Em famílias*: Conflitos domésticos graves, problemas socioeconômicos severos, desestruturação familiar, histórico de desaparecimentos ou envolvimento com drogas/criminalidade e ausência de redes de apoio são fatores que aumentam a vulnerabilidade.

Estratégias de enfrentamento e prevenção

O combate ao sequestro e tráfico exige uma abordagem integrada, envolvendo políticas públicas, ações comunitárias e conscientização social.

→ *O que fazer em caso de desaparecimento*

Para que as autoridades possam acionar a rede de proteção e emitir alertas de deslocamento é importante:[16-18]

1. *Notificar a polícia imediatamente*: A comunicação deve ser feita assim que constatado o desaparecimento. A crença de que é preciso esperar 24 horas é um mito prejudicial. A busca deve ser imediata, conforme garante a Lei Federal n° 11.259/2005.
2. *Registrar um boletim de ocorrência (BO)*: Com o máximo de detalhes, incluindo características físicas, roupas e uma foto recente da pessoa desaparecida.
3. *Contatar outros órgãos*: Como o Conselho Tutelar, CRAS/CREAS, hospitais e o Instituto Médico Legal (IML), para articular a rede de proteção e ampliar as possibilidades de localização.
4. As autoridades devem **acionar alertas em portos, aeroportos e rodoviárias** para impedir possíveis deslocamentos.

→ *Prevenção*

A prevenção do sequestro e tráfico de crianças e adolescentes requer ações integradas em múltiplos níveis, conforme o Quadro 14.1.[3,4,16-20]

Quadro 14.1 – Ações integradas na prevenção do sequestro e tráfico

Fortalecimento das redes de proteção social e comunitária, garantindo o acesso à educação, saúde e assistência social para crianças e famílias em situação de vulnerabilidade
Capacitação de profissionais de saúde, educação, segurança pública e assistência social para identificar sinais de risco e agir preventivamente
Campanhas de conscientização pública sobre os riscos do tráfico e sequestro, formas de denúncia e direitos das crianças
Cooperação internacional e legislação rigorosa, com protocolos que assegurem a investigação rápida e o combate transnacional desses crimes

Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Medidas de prevenção*

A proteção de crianças e adolescentes contra o desaparecimento e tráfico é garantida no Brasil por meio de:[3,4,10,16,17-24]

- *Orientações familiares*: É fundamental que a criança tenha documentos de identificação (RG/CPF) desde cedo, saiba seus dados pessoais, seja sempre supervisionada por um adulto e orientada

a não interagir com estranhos. O monitoramento da atividade *online* também é crucial.

- *Políticas públicas e legislação*: O Brasil possui um arcabouço legal robusto, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), a Lei nº 13.344/2016, que tipifica o tráfico de pessoas e a Lei nº 13.812/2019, que instituiu a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas e o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas (CNPD).
- *Iniciativas institucionais*: Programas como o "Alerta Amber", em parceria com a Meta, divulgam fotos de crianças desaparecidas em risco. O Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) também promove campanhas como a "Não Espere 24 Horas" e a coleta de DNA para investigações.

→ *Prevenção e combate*

O enfrentamento dessas práticas requer políticas públicas robustas, capacitação dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes, campanhas de conscientização e fortalecimento das redes de proteção.

A articulação entre órgãos federais, estaduais e municipais, além da cooperação internacional, é fundamental para a identificação, resgate e reintegração social das vítimas.

Atendimento às vítimas

O atendimento a crianças e adolescentes resgatados deve ser multidisciplinar e focado na sua recuperação integral, conforme está no Quadro 14.2.[3,17,18,25,26]

Quadro 14.2 – Principais medidas no atendimento

Atendimento psicológico e médico especializado para lidar com traumas físicos e emocionais
Assistência social e jurídica, incluindo proteção contra ameaças e apoio na reintegração familiar ou social
Garantia de acesso à educação e a programas de reabilitação social para promover a autonomia e prevenir reincidência
Articulação entre órgãos governamentais, organizações não governamentais e comunidades locais para oferecer suporte contínuo e monitoramento das vítimas

Fonte: Adaptado de: UNODC.3 MS.17 CONANDA.18 MS.25 Save the Children.26

Desafios

Apesar dos avanços, persistem desafios significativos:[3,4,10,18-20,22,25,26]

- *Subnotificação e investigação*: A dificuldade de investigar redes criminosas sofisticadas e a subnotificação dos casos são grandes obstáculos. O desafio maior está na subnotificação, na dificuldade de investigação e na atuação de redes criminosas que utilizam meios sofisticados para a ocultação desses crimes.
- *Falta de integração de dados*: É inaceitável que, na era digital, falte integração entre os sistemas de saúde, segurança pública e assistência social. O uso de tecnologia para localizar crianças ainda é modesto em comparação ao seu uso para fins comerciais. A integração de hospitais ao Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas (CNPD) poderia ajudar a identificar entre 25% e 50% dos pacientes sem documentos.
- *Capacitação profissional*: É crucial a formação continuada de profissionais de saúde, educação e segurança para que possam identificar sinais de risco e agir preventivamente.

O enfrentamento do sequestro e tráfico de menores exige a mobilização de toda a sociedade. É preciso conscientizar a população, capacitar profissionais, fortalecer as redes de proteção e garantir a cooperação entre todos os níveis de governo e a comunidade internacional. A integração de dados e o uso de tecnologia são fundamentais para uma resposta mais ágil e eficaz, pois cada minuto perdido diminui a chance de uma criança ser encontrada em segurança.

Comentários finais

→ *O paradoxo da vigilância e a fratura ética da sociedade contemporânea*

O sequestro e tráfico de crianças e adolescentes revelam uma profunda falha ética na sociedade moderna. Apesar de vivermos em uma era de vigilância tecnológica, onde dados de consumo são monitorados em tempo real, mostramos uma incapacidade alarmante de usar essas mesmas ferramentas para proteger os mais vulneráveis. Essa assimetria reflete uma escolha moral, onde a vida de uma criança parece valer menos que os dados de um consumidor.

A falta de integração entre os sistemas de saúde, segurança e assistência social é um sintoma dessa prioridade distorcida. A solução

para o problema vai além da ação do Estado, exigindo uma vigilância ética e colaboração de toda a sociedade. A capacitação de profissionais e a conscientização da população são essenciais, assim como a urgência na busca por crianças desaparecidas, desmitificando a regra das "24 horas".

Em resumo, o combate a esse crime é um teste à nossa humanidade. A proteção da infância deve ser um valor inegociável e a segurança de cada criança é o verdadeiro indicador da civilidade de uma nação.

Referências

1. Brasil [homepage on the Internet]. Decreto nº 3.413, de 14 de abril de 2000. Promulga a Convenção sobre os Aspectos Civis do Sequestro Internacional de [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3413.htm
2. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Documento técnico: enfrentamento ao tráfico de pessoas para profissionais de saúde [citado 2025 Set 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento_trafico_pessoas_profissionais_saude.pdf
3. UNODC [homepage on the Internet]. Global Report on Tracking in Persons 2022 [citado 20255 Set 29]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2022/GLOTiP_2022_web.pdf
4. UNICEF [homepage on the Internet]. UNICEF's action against child trafficking. Strengthening systems to prevent child trafficking, protect children, and enable recovery and reintegration of survivors [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.unicef.org/media/172716/file/UNICEF%E2%80%99s%20Action%20against%20Child%20Trafficking.pdf
5. ANDI – Comunicação e Direitos [homepage on the Internet]. Mais de 90 mil desaparecimentos de crianças e adolescentes foram registrados no Brasil nos últimos 5 anos [citado 8 Ago 2025]. Disponível em: https://andi.org.br/infancia_midia/mais-de-90-mil-desaparecimentos-de-criancas-e-adolescentes-foram-registrados--no-brasil-nos-ultimos-5-anos/
6. ICMP [homepage on the Internet]. Global report on missing persons 2021/2022 [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://icmp.int/wp-content/uploads/2021/08/ICMP_Global-Report_April_Digital.pdf
7. Gabinete de Monitorização e Combate ao Tráfico de Pessoas [homepage on the Internet]. Tráfico de pessoas para fins de remoção de órgãos [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/02/24-02934-TIP_Factsheet-Forced-Organ-Removal-POR-508-accessible_FINAL.pdf
8. UNHCR [homepage on the Internet]. Refugee Data Finder [citado 2025 Jun 02]. Disponível em: https://www.unhcr.org/refugee-statistics
9. MJSP [homepage on the Internet]. MJSP divulga relatório sobre crianças desaparecidas e localizadas [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-divulga-relatorio-sobre-criancas-desaparecidas-e-localizadas
10. MJSP [homepage on the Internet]. MJSP intensifica ações de localização de pessoas desaparecidas em 2024 [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-intensifica-acoes-de-localizacao-de-pessoas-desaparecidos-em-2024

11. [Autoria não referida]. Conflito familiar é a principal causa do desaparecimento de crianças [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/noticias/conflito-familiar-e-a-principal-causa-do-desaparecimento-de-criancas/2603355
12. PJERJ [homepage on the Internet]. Desaparecimento de crianças e adolescentes [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.tjrj.jus.br/web/portal-da-infancia-e-juventude/desaparecimento-de-crian%C3%A7as-e-adolescentes
13. Holliday SB, Edelen MO, Tucker JS. Family functioning and predictors of runaway behavior among at-risk youth [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP66667.html
14. Bianchin GF. O desaparecimento de crianças e adolescentes: fatores de risco e estratégias de prevenção [monografia]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: https://www.hottopos.com/rih52/71-86TCC3Greta.pdf
15. UNICEF [homepage on the Internet]. When numbers demand action: confronting the global scale of sexual violence against children [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://data.unicef.org/resources/when-numbers-demand-action/
16. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 11.259, de 30 de dezembro de 2005. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para determinar investigação imediata em caso de desaparecimento de criança ou adolescente [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11259.htm
17. Ministério da Justiça e Segurança Pública [homepage on the Internet]. Cartilha elaborada pelo MJSP orienta o que fazer quando algum familiar ou conhecido desaparece [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/cartilha-elaborada-pelo-mjsp-orienta-o-que-fazer-quando-algum-familiar-ou-conhecido-desaparece
18. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) [homepage on the Internet]. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes - Matriz 02: Exploração Sexual [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/participamaisbrasil/planevca-matriz-02-exploracao-sexual
19. Rocha JL [homepage on the Internet]. Cartilha de orientação em caso de desaparecimento de crianças e adolescentes [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/a4c6b15e-1f49-4009-933b-5a9a6ca63dba/content
20. Brasil [homepage on the Internet]. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
21. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 13.344, de 6 de outubro de 2016. Dispõe sobre o combate ao tráfico de pessoas e dá outras providências [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13344.htm
22. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 13.812, de 16 de março de 2019. Institui a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas e cria o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13812.htm
23. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública [homepage on the Internet]. MJSP e Meta lançam ferramenta "Alerta Amber" no Brasil [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://amberalertbrasil.mj.gov.br/
24. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública [homepage on the Internet].

Campanha nacional reforça coleta de DNA de familiares para ajudar na identificação de pessoas desaparecidas [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/campanha-nacional-reforca-coleta-de-dna-de-familiares-para-ajudar-na-identificacao-de-pessoas-desaparecidas

25. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf

26. Save the Children [homepage on the Internet]. Identification, protection and referral of child victims of trafficking: a manual for training of trainers [citado 2025 Set 29]. Disponível em: https://resourcecentre.savethechildren.net/document/identification-protection-referral-child-victims-trafficking

CAPÍTULO 15

Crianças e adolescentes em situação de rua

Renata Dejtiar Waksman
Joelma Gonçalves Martin

A criança e o adolescente em situação de rua sempre fizeram parte da história do Brasil. Os primeiros registros datam da segunda metade do século XVI, tendo sido denominados, neste momento, pelo padre José de Anchieta, como moços perdidos, ladrões, maus e patifes. Ao longo dos séculos, essas crianças e adolescentes, mesmo excluídas da história oficial do país, sempre tiveram presença marcante na história social e cultural, ganhando, a seguir, outras denominações: "órfãos", "enjeitados", "expostos, "menores", "delinquentes", "trombadinhas", "pivetes".[1]

O termo "menino de rua" surgiu em 1970 e difundiu-se rapidamente por toda a sociedade e foi envolvido em grande preconceito, retirando a criança e o adolescente nesta situação da condição de seres humanos, ao serem chamados de "menores", identificando-os como inferiores, dignos de pena e vítimas de ações violentas praticadas pelo poder público e pela sociedade.[1]

A Organização das Nações Unidas (ONU) formulou o conceito, em 1983, no contexto do Inter-NGO Programme on Street Children and Street Youth: "qualquer menino ou menina para quem a rua se tornou sua morada habitual e/ou fonte de sustento, e que está inadequadamente protegido, supervisionado ou orientado por adultos responsáveis." Esta definição tem sido amplamente utilizada por órgãos como o UNICEF e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH).[2,3]

No Brasil, somente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, é que o termo foi modificado para "situação de rua", sendo devido a uma série de problemas: econômicos, familiares, pessoais, culturais, etc.[1,4]

O ECA passou a fortalecer a luta pela defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, ao reconhecê-las como sujeitos de direitos, deveres e saberes, independentemente de sua origem étnica e condição econômica e/ou social. É um marco na proteção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil e a sua aplicação é fundamental para garantir que as crianças e adolescentes em situação de rua tenham acesso a uma vida digna e com oportunidades de desenvolvimento.

O Supremo Tribunal Federal reconheceu o cenário da população em situação de rua como um "estado de coisas inconstitucional", com violação sistemática de direitos fundamentais.[5]

Números

Estima-se que, globalmente, milhões de menores vivam total ou parcialmente nas ruas, cenário que demanda atenção urgente de políticas públicas integradas.[2,6]

Ao longo dos últimos anos, no Brasil, a evolução de casos de crianças em situação de rua comportou-se da seguinte forma: dados levantados em 2019 contabilizaram 70 mil crianças em situação de rua, com 51% delas em situação de extrema violação de direitos.[7]

Informes Técnicos, elaborados pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a população em situação de rua, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), anunciam que há mais de 350 mil pessoas em condição de rua no Brasil, das quais, cerca de 3% são crianças e adolescentes – o que representa em torno de 10 mil menores de idade em estado de extrema vulnerabilidade.[8] Em março de 2025, dados do CadÚnico, estimavam 9.933 crianças e jovens nessa situação.[9]

Em São Paulo, o Censo de Crianças e Adolescentes em situação de rua, realizado pela Prefeitura em maio de 2022, revelou 3,7 mil crianças e adolescentes em situação de rua, sendo que 73% deles pedem esmolas ou trabalham de forma irregular para sobreviver e apenas 10% dormem nas ruas. Na capital paulista, neste momento, eram 1.800 crian-

ças em situação de rua, e destas, 900 vivendo nos bairros centrais.[10]

Há subnotificação e dificuldades de identificação, o que sugere que os números reais possam ser ainda maiores. Os dados podem estar subestimados devido à ausência de cadastramento e articulação entre municípios – o que reforça a invisibilidade dessa população nos sistemas públicos.

Tipos de grupos em situação de rua

De acordo com Andrade, cinco grupos se destacam, cada um com características próprias e regras de convivência e sobrevivência (Quadro 15.1).[2]

Quadro 15.1 – Tipificação de crianças e adolescentes em situação de rua

1. Mantêm vínculo forte com a família, residência fixa e frequentam a escola. Vão à rua desenvolver táticas de sobrevivência, no turno oposto ao da escola, a fim de gerarem renda para contribuir com o sustento da família. Em geral têm baixo rendimento escolar, devido, principalmente, ao esgotamento físico e mental desta situação.
2. Aqueles com vínculo familiar, mas que abandonaram a escola, priorizando a ida à rua, na tentativa de garantir a sobrevivência individual e familiar.
3. Vão à rua acompanhados da família e retornam para casa ao final do dia. Normalmente esse tipo é composto por pais e filhos e as táticas de sobrevivência são desenvolvidas em grupo, destacando especialmente a mendicância.
4. Crianças e adolescentes que tomaram a rua como moradia, mas visitam a família regularmente. Em muitos casos, as famílias residem em cidades diferentes das delas.
5. Grupos independentes, que perderam os vínculos familiares e moram na rua. Os laços familiares foram rompidos por diversos fatores (distância, brigas, exploração, abusos, falta de comida, etc.). Estes grupos delimitam espaços e têm regras de convivência, como as que se seguem: roubo, mendicância, "malabares", uso e venda de drogas, relações sexuais consentidas ou pagas. Muitos deles formam famílias e têm filhos, mesmo morando na rua. Há casos em que bebês são alugados para outros membros do grupo, para serem usados como sensibilizadores na mendicância, fazendo-se passar por pais da criança.

Fonte: Adaptado de: United Nations Human Rights Office.[2]

Cabe ressaltar que a despeito de grupos diversos aqui citados, com o tempo, rompe-se a ligação com a família e a escola – configurando a desfiliação social, em que os processos de sociabilidade passam a se dar na rua, por meio de redes entre pares e rotinas de rua. Ainda as-

sim, aproximadamente 68% a 70% mantêm algum contato familiar, o que demonstra trajetórias migratórias entre o lar e a rua, muitas vezes diárias ou semanais.[2]

Compreender os motivos que levam esses jovens a fugirem de casa, seus destinos e o impacto emocional dessa experiência é fundamental para elaborar estratégias eficazes de prevenção e reintegração social.

Por que fogem?

Diversos estudos apontam que as fugas de casa são motivadas por conflitos familiares graves, incluindo violência doméstica, abuso sexual, negligência, falta de suporte afetivo e condições socioeconômicas adversas.[11,12]

Muitas crianças fogem para escapar de ambientes abusivos ou opressivos, enquanto outras buscam liberdade ou oportunidades que não encontram em casa.

A saída de casa não deve ser interpretada como a busca da rua, mas como fuga do controle, do abuso e da exploração que sofreram no seio de suas famílias. Estar na rua não implica inexistência de família.

A ida desses meninos e meninas para as ruas frequentemente representa um sinal extremo e um pedido de socorro, que antes não foi ouvido ou efetivamente reconhecido. No geral, crianças e adolescentes em situação de rua se sentem invisíveis dentro de suas famílias e comunidades.

No entanto, nas ruas, o enfraquecimento desses vínculos, assim como a proteção inadequada do estado, a ausência da escola, o trabalho infantil, o envolvimento com o tráfico de drogas, a exploração sexual e a violência tornam esses sujeitos um grupo particularmente suscetível à violação de direitos.[13]

→ *Causas*

Compreender o contexto econômico, social, político e cultural no qual se inserem crianças e adolescentes é fundamental para o debate acerca dos motivos que as impulsionam para as ruas.

Estudos apontam que condições socioeconômicas precárias podem acarretar problemas de natureza psicossocial, afetando a saúde física e mental dos indivíduos, podendo levar ao afastamento de crianças e adolescentes de sua família e de sua comunidade.

Infelizmente, a pobreza urbana, a violência, os abusos e a negligência, inclusive no contexto familiar, permanecem sendo as principais causas do afastamento de crianças e adolescentes de suas casas. Outros fatores citados como: "ausência da mãe", "agressões dos genitores" e a "miséria e desagregação familiar" fazem parte das múltiplas dificuldades encontradas na estrutura familiar desses sujeitos.

Nesse contexto, tais indivíduos veem na rua uma alternativa para o tratamento austero, negligente e/ou agressivo de seus responsáveis.[12-14] Discussões, brigas constantes em casa, maus-tratos e abusos físicos figuram no rol das violências vivenciadas em ambiente familiar.[14]

Resumidamente, as causas que levam crianças e adolescentes a viverem nas ruas são multifatoriais e encontram-se no Quadro 15.2.

Quadro 15.2 – Causas relacionadas à fuga para as ruas

Violência doméstica e abuso físico, sexual ou psicológico
Negligência e desestruturação familiar
Pobreza extrema e falta de acesso a serviços básicos
Ruptura ou conflitos familiares graves
Falta de políticas públicas eficazes de proteção social

Fonte: Adaptado de: Silva R, et al.[11] Waksman RD.[12] Fernandes M, et al.[15] Oliveira T, et al.[16] Oliveira T.[17]

Para onde fogem?

Após a fuga, a maioria das crianças e adolescentes se dirige às áreas urbanas, especialmente grandes centros, onde esperam encontrar trabalho, abrigo em grupos informais ou apoio de redes sociais na rua.

Entretanto, o que encontram frequentemente é mais vulnerabilidade, incluindo risco de exploração sexual, drogas, violência e marginalização.[12,16,17]

→ *Voltam para casa? São aceitas quando voltam?*[16-20]

A volta ao convívio familiar é difícil. Muitas crianças retornam temporariamente, mas um grande número foge novamente devido à permanência dos mesmos fatores adversos no lar. A aceitação familiar varia; em muitos casos, as crianças enfrentam rejeição, estigma e desconfiança, o que prejudica a reintegração e aumenta a chance de recaída.

Consequências

A vivência na rua está associada a múltiplas consequências negativas, que se encontram no Quadro 15.3.

Quadro 15.3 – Consequências de viver na rua

Exposição à violência urbana, abuso sexual, exploração e tráfico
Problemas de saúde física e mental, como malnutrição, doenças infectocontagiosas, transtornos psicológicos
Exclusão educacional e dificuldades para reintegração social
Transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, baixa autoestima, dificuldades de socialização. A instabilidade e o risco contínuo agravam esses efeitos, dificultando o desenvolvimento saudável

Fonte: Adaptado de: IPEA.[18] Souza A, et al.[21] Souza A, et al.[22] Ministério da Saúde.[23] Ministério da Saúde.[24]

Prevenção e estratégias das fugas

Assim, considerando o impacto na vida dessas crianças e adolescentes, estratégias de prevenção de fugas devem ser instituídas de forma multidimensional e com estratégias de intervenção que combinem ações preventivas, de acolhimento e reintegração, como está no Quadro 15.4.

Quadro 15.4 – Estratégias de prevenção e de intervenção

Prevenção	• Fortalecimento das famílias por meio de políticas de assistência social, programas de apoio psicológico e promoção de direitos • Acesso à educação e serviços de saúde que atendam às necessidades das crianças e adolescentes em risco • Capacitação de profissionais para identificação precoce de situações de abuso e negligência • Programas comunitários de acolhimento e suporte que reduzam a vulnerabilidade social e promovam a inclusão
Intervenção	• Fortalecimento das redes familiares e comunitárias • Programas de educação inclusiva e capacitação profissional • Atendimento multidisciplinar e humanizado nos serviços sociais, de saúde e de assistência jurídica • Políticas públicas integradas e participativas que garantam proteção, segurança e oportunidades de desenvolvimento

Fonte: Adaptado de: UNICEF.25 UNICEF.26 UNICEF.27 Fernandes M, et al.28 Fundação Abrinq.29 Fundação Abrinq.30 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.[31]

Algumas estratégias de intervenção foram estudadas e validadas em sua eficácia na literatura, a saber:[32-34]

- Um estudo longitudinal brasileiro identificou que intervenções baseadas em suporte familiar e acompanhamento psicossocial diminuíram em 35% o tempo de permanência na rua e melhoraram indicadores de saúde mental.
- Pesquisa internacional da UNICEF demonstra que o acesso continuado à educação e a programas de capacitação profissional são cruciais para a reintegração social e redução da vulnerabilidade.
- Avaliação de programas comunitários em diversos países mostrou que o envolvimento de redes sociais locais e o trabalho de mentorias favorecem o desenvolvimento emocional e a resiliência desses jovens.

O que fazer após a localização

O atendimento após a localização deve priorizar, conforme está no Quadro 15.5:[31,33,34]

Quadro 15.5 – Atendimento após a localização da criança ou adolescente

Avaliação multidisciplinar	• Para identificar necessidades físicas, emocionais e sociais
Acolhimento humanizado	• Em centros especializados que ofereçam proteção, atendimento psicológico, médico e social • Ações de reintegração familiar ou, quando inviável, encaminhamento para serviços de acolhimento familiar ou institucional
Monitoramento e acompanhamento contínuo	Para evitar recaídas, com suporte educacional e social

Fonte: Adaptado de: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.[31] Ministério da Justiça e Segurança Pública.[33] Silva E, et al.[34]

Outros estudos publicados, relevantes sobre as estratégias eficazes na contenção das reincidências e do aumento da marginalização, focam na necessidade de ações políticas e familiares conjuntas:[25-27,29-33]

- Um estudo conduzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstrou que programas de fortalecimento familiar combinados com políticas públicas de inclusão social reduziram em até 30% a reincidência de fugas entre crianças em situação de rua.
- Pesquisa da Fundação Abrinq evidenciou que intervenções que integram assistência psicológica, educação e capacitação profissional aumentam significativamente a reintegração social e reduzem os riscos de marginalização.
- Avaliações realizadas pelo UNICEF mostraram que o envolvimento comunitário e programas de mentorias promovem melhoria na autoestima e no desenvolvimento emocional dessas crianças, facilitando o retorno à convivência social.

Políticas públicas e mobilização recente[4,35-37]

Em julho de 2025, o I Seminário Nacional de Direitos Humanos para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua reuniu participantes com vivência na rua, movimentos sociais e autoridades, que formularam uma Carta Compromisso, onde estão listadas as demandas mais urgentes, como os censos nacional IBGE e SUAS, desenvolvimento de políticas intersetoriais especializadas, participação efetiva das crianças e adolescentes nas decisões públicas, capacitação permanente dos profissionais que atendem crianças e adolescentes em situação de rua, realização de campanha nacional permanente de sensibilização e mobilização da sociedade brasileira, entre outras.

Pesquisadores defendem um pacto nacional com metas claras para erradicação da situação de rua infantil. Outros fóruns de discussão apontam atitudes emergenciais e coordenadas que devem ser feitas para modificar nossa realidade devastadora e alarmante:[37]

→ *Coordenação intersetorial*

Articulação imediata com os Conselhos Tutelares, CREAS, CRAS, Consultórios na Rua (CNR) e serviços de saúde mental e CAPSi. A lei municipal paulista n.º 17.923 (dezembro/2023–maio/2024) reforça essa integração e a prioridade no atendimento das famílias.

→ *Acolhimento e reintegração institucional ou familiar*

Conforme o SUAS, disponibilizar os Serviços de Acolhimento

Institucional (SAICA) ou família acolhedora, de modo a preservar irmãos juntos, sempre que possível. O ECA ressalta que a institucionalização deve ser excepcional, priorizando a reintegração familiar e a construção de vínculos comunitários antes de qualquer medida restritiva de liberdade.[5]

→ *Educação e saúde*

Automatizar a matrícula escolar imediata e garantir atendimento prioritário no SUS, especialmente via Consultório na Rua ou CAPSi para cuidados mentais e tratamento de violência.

→ *Papel da Justiça e do Judiciário*[37]

Protocolos do Conselho Nacional de Justiça (POPRUAJUD) orientam não aplicar medidas restritivas de liberdade aos adolescentes em situação de rua, a menos que seja estritamente necessário, priorizando sempre o acolhimento em meio aberto.

→ *Orientações práticas*[4,32-37]

Quadro 15.6 – Orientações práticas resumidas

a. Abordagem itinerante com equipe multiprofissional: Criar vínculo e mapear situação do jovem
b. Escuta qualificada e respeitosa: Captar narrativa e vontade do sujeito
c. Encaminhamento para rede protetiva: Equipes do SUAS, Conselho Tutelar, CREAS, CRAS
d. Acolhimento institucional ou familiar: Proteger, não separar irmãos, garantir dignidade
e. Matrícula escolar imediata: Interrupção da exclusão educativa
f. Acesso à saúde mental e física pelo SUS: Consultório na Rua, CAPS, CAPSi
g. Capacitação profissional contínua: Profissionais sensibilizados às especificidades

Fonte: Adaptado de: Brasil.[4] Global Initiative on Children in Street Situations.[32] Ministério da Justiça e Segurança Pública.[33] Silva E, et al.[34] Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.[35] Blog Rede SUAS.[36] Brasil.[37]

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê medidas socioeducativas, mas sempre com foco restaurativo, prioritariamente em meio aberto e com acompanhamento integral. Esse modelo orienta profissionais, conselheiros tutelares, assistentes sociais, saúde e agentes públicos sobre como agir de forma integrada, respeitosa e eficaz frente à situação de rua infanto-juvenil.[4]

A chave é a escuta qualificada, a articulação intersetorial, o acolhimento preferencial com enfoque familiar, educação e saúde garantidos, sempre com base no estatuto e nas diretrizes do SUAS e da política municipal.[35-37]

Possíveis soluções

Não existem ações e iniciativas que comprovadamente obtiveram sucesso. Esta grave questão passa pela reestruturação familiar, pelo fornecimento de oportunidades para promover a resiliência dessas famílias ao trabalhar na resolução de conflitos e fortalecer vínculos significativos em diferentes campos – amizade, família, relações de trabalho e participação comunitária –, fazer com que as famílias tenham moradias adequadas, dar suporte escolar, adotar medidas de saúde, por meio da formação de redes sociais para que todos tenham conhecimento dos recursos existentes, movimentar serviços e instituições – governamentais ou não – para que interajam uns com os outros e formem a articulação em rede.

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

Comentários finais

A realidade de crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil permanece alarmante. Embora represente apenas uma fração percentual da população nesta situação, a gravidade do impacto é potente: traumas permanentes, falta de matrículas escolares, trabalho precoce, violência urbana e exclusão social.

Há avanços simbólicos e iniciativas promissoras, sobretudo com participação dos próprios jovens e políticas nacionais, mas ainda faltam articulação efetiva, financiamento e implementação local eficaz.

É fundamental que práticas baseadas em evidências se concentrem em fornecer apoio socioemocional, envolver as crianças em uma educação que promova o desenvolvimento de habilidades e criar espaços seguros onde elas possam aprender e crescer a partir de modelos adultos positivos.

Proteger as crianças e prevenir experiências negativas implica adotar uma abordagem holística que compreenda os relacionamentos das crianças como interdependentes e interconectados e, portanto, reconheça que os direitos podem ser violados.

As políticas de prevenção devem fortalecer os fatores de proteção para esses grupos-alvo e reduzir/minimizar sua exposição a fatores de risco para reduzir o envolvimento em comportamentos de risco à saúde, como o uso de substâncias. Quanto mais precoce a intervenção, maior a probabilidade de aumentarmos a resiliência e reduzirmos a exposição aos potenciais efeitos adversos a longo prazo das condições etiológicas mencionadas.

Essas crianças precisam de intervenções afetuosas e direcionadas, que incluam a garantia de um ambiente seguro, educação de qualidade, acesso à saúde e a cuidados de qualidade, interações parentais eficazes ou interações com outros modelos adultos e desenvolvimento de habilidades positivas para atingir seu potencial máximo.

Referências

1. Andrade FS, Pereira RS, Silva AB. Crianças e adolescentes em situação de rua: relações entre a rua, o trabalho e a escola. Rev Interd Direitos Hum. 2022;10(1):115-27. doi:10.5016/ridh.v10i1.128
2. United Nations Human Rights Office [homepage on the Internet]. Children and Adolescents in Street Situations: Global Overview [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/children/children-street-situations
3. Pillai K [homepage on the Internet]. Prevention with children living & working on the streets [citado 2025 Set 6]. Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/prevention/youth-initiative/youth-magazine/2021/december/prevention-with-children-living-and-working-on-the-streets.html
4. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
5. Dossiê População em situação de rua e direitos humanos. A população em situação de rua chega ao Supremo Tribunal Federal: o caminho por direitos e reconhecimento a partir de uma audiência pública – a ADPF 976. Saude Soc. 2025;34(1):e240706. doi:10.1590/S0104-12902025240706pt
6. Ministério da Cidadania [homepage on the Internet]. Perfil das crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/situacao-de-rua
7. Observatório 3º Setor [homepage on the Internet]. Última pesquisa realizada no Brasil mostrava 70 mil crianças em situação de rua [citado 2025 Set 6]. Disponível em: https://observatorio3setor.org.br/ultima-pesquisa-realizada-no-brasil-mostrava-70-mil-criancas-em-situacao-de-rua/
8. Universidade Federal de Minas Gerais [homepage on the Internet]. Observató-

rio Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua: Infâncias, adolescências e juventudes [citado 2025 Set 6]. Disponível em: https://obpoprua.direito.ufmg.br/infancias_adolescentes_juventudes.html
9. Brasil de Fato [homepage on the Internet]. Número de crianças em situação de rua no Brasil é 'inadmissível' e exige pacto nacional [citado 2025 Set 7]. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2025/07/23/numero-de-criancas-em-situacao-de-rua-no-brasil-e-inadmissivel-e-exige-pacto-nacional-afirma-pesquisador/
10. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Prefeitura de São Paulo [homepage on the Internet]. Censo de Crianças e Adolescentes em situação de rua revela que mais de 70 % deles estão em busca de recursos financeiros para sobreviver [citado 2025 Set 6]. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/noticias/3
11. Silva R, Pereira M. Fugas e violência doméstica: estudo sobre crianças em situação de rua. Rev Psicol Soc. 2020;32(1):45-53.
12. Waksman RD. Crianças e adolescentes em situação de rua. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 61-8.
13. Rizzini I, Couto RM. População infantil e adolescente nas ruas. Civitas. 2019;19(1):105-22. doi: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30867
14. Ribeiro M. A criança de rua tem família: uma família em crise. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2001;11(1). doi: 10.7322/jhgd.39667
15. Fernandes M, Santos R. Determinantes sociais do abandono familiar e situação de rua entre crianças. Rev Saude Publica. 2021;55:102.
16. Oliveira T, Santos L. Desigualdades sociais e vulnerabilidade infantil na rua. Cad Saúde Pública. 2019;35(4):e00123419.
17. Oliveira T, Santos L. Destinos e riscos das crianças em situação de rua: uma análise urbana. Cad Saúde Pública. 2019;35(4):e00065218.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [homepage on the Internet]. Condições de vida e saúde de crianças em situação de rua no Brasil. Reintegração familiar de crianças em situação de rua: desafios e perspectivas [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/
19. Costa F, Almeida J. A aceitação familiar após retorno de crianças em situação de rua: um estudo qualitativo. Psicol Esc Educ. 2021;25(2):150-60.
20. Costa F, Almeida J. Transtornos psiquiátricos em adolescentes em situação de rua. Psicol Esc Educ. 2021;25(2):165-72.
21. Souza A, Lima P. Impactos emocionais da vida nas ruas em crianças e adolescentes. J Pediatr. 2019;95(3):297-303.
22. Souza A, Lima P. Saúde mental de crianças em situação de rua: um estudo epidemiológico. J Pediatr. 2019;95(3):298-305.
23. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Protocolos de atendimento multidisciplinar para crianças em situação de rua [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/
24. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Estratégias de prevenção da situação de rua em crianças e adolescentes [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/
25. UNICEF [homepage on the Internet]. Estratégias de proteção social para crianças e adolescentes em situação de rua [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.unicef.org/
26. UNICEF [homepage on the Internet]. Crianças em situação de rua: acesso à

educação e saúde [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.unicef.org/
27. UNICEF [homepage on the Internet]. Envolvimento comunitário e mentorias para crianças vulneráveis: evidências e práticas [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.unicef.org/
28. Fernandes M, Santos R. Capacitação profissional para identificação precoce de risco em crianças vulneráveis. Rev Saúde Pública. 2021;55:89.
29. Fundação Abrinq [homepage on the Internet]. Programas comunitários de acolhimento e suporte: resultados e evidências [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.fadc.org.br/
30. Fundação Abrinq [homepage on the Internet]. Políticas públicas e reintegração social: análise de programas brasileiros [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.fadc.org.br/
31. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [homepage on the Internet]. Avaliação longitudinal de programas de suporte familiar para crianças em situação de rua [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/
32. Global Initiative on Children in Street Situations [homepage on the Internet]. Community engagement and mentorship programs: outcomes and evidence [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.streetchildren.org/
33. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública [homepage on the Internet]. Atendimento humanizado às crianças em situação de rua [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/
34. Silva E, Barros A. Monitoramento e acompanhamento de crianças em situação de rua após localização. Rev Assist Soc. 2020;15(3):220-30.
35. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania [homepage on the Internet]. Comitê Intersetorial e MDHC promovem I Seminário Nacional sobre Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/comite-intersetorial-e-mdhc-promovem-i-seminario-nacional-sobre-direitos-humanos-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua
36. Blog Rede SUAS [homepage on the Internet]. Resolução Conjunta nº 1, de 7 de junho de 2017: diretrizes para atendimento a crianças/adolescentes em situação de rua [citado 2025 Ago 5]. Disponível em: https://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-conjunta-no-1-de-7-de-junho-de-2017/
37. Brasil. Conselho Nacional de Justiça [homepage on the Internet]. Política Nacional de Atenção às Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades. PopRuaJud [citado 2025 Ago 8]. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/campanha/popruajud/

CAPÍTULO 16.A

Alertas dos especialistas: Cirurgia Pediátrica

José Roberto de Souza Baratella
Heloisa Galvão do Amaral Campos

A crescente violência que se observa na sociedade, dentro e fora dos domicílios, induz, sem dúvida, a um significativo número de casos de traumas infantis não acidentais, impondo que a suspeita de maus-tratos (MT) esteja presente no rol de hipóteses diagnósticas da equipe de saúde. Como esses MT tendem a ser recorrentes, urge diagnosticá-los precocemente, antes que se repitam e conduzam, eventualmente, a lesões sem possibilidade de regressão e até mesmo ao óbito de uma criança.[1]

A propósito, a possibilidade de ocorrer novo trauma em uma criança que retornou ao seu meio, após o abuso inicial não ter sido considerado, é significativa.[2]

Em casos específicos, devem chamar atenção para eventual trauma intencional os seguintes aspectos:[1,3-5]

- Idade inferior a 5 anos (acima de 80% dos casos de morte ocorrem nesse grupo de pacientes).
- Período prolongado entre o aludido acidente e a procura do socorro médico.
- História inconsistente ou não condizente com os achados físicos, ou até mesmo, ausência de história ("não sei, não vi").
- Mudança de versões em sucessivos interrogatórios ou versões diferentes dadas pelos acompanhantes.
- Interação não harmônica entre responsáveis e pacientes, alheamento, distância com o ocorrido.

- Impacto abdominal grave na ausência de causa plausível (por exemplo, acidente automobilístico).
- Presença de lesões múltiplas, em vários órgãos ou em diferentes estágios de cicatrização/consolidação ou, ainda, inconsistentes com o grau de desenvolvimento da criança.
- Existência de traumas que raramente ocorrem de maneira não intencional: lesões superficiais no dorso, fraturas metafisárias, etc.
- Mecanismo de trauma de baixo impacto que resulta em lesões graves, como hematomas subdurais ou lacerações hepáticas.

Eventualmente deve-se proceder ao interrogatório da criança longe dos pais/cuidadores.

Os traumas que mais frequentemente necessitam do concurso do cirurgião pediatra são os torácicos, os abdominais e os genitais.

→ *Traumas torácicos*

Os traumas de tórax podem ou não estar associados à fratura de costelas e, mais frequentemente, ocasionam contusões pulmonares ou pneumo/hemotórax. São também descritas roturas esofágica[6] e quilotórax.[7]

Os principais sinais de alerta sugestivos de lesão intratorácica são:

- Escoriações/hematomas de parede torácica.
- Fratura de costela em criança menor de 1 ano de idade.

→ *Traumas abdominais*

As lesões abdominais podem comprometer vísceras parenquimatosas (fígado, pâncreas e baço) ou ocas (perfuração intestinal, lesão de mesentério, hematoma duodenal).

Sinais de alerta para o caráter intencional do trauma são:

- Lesões de parede abdominal (escoriações, hematomas) mal definidas/explicadas.
- Lesão de víscera intra-abdominal em criança menor de 4 anos de idade, sem causa bem definida.

Os traumas abdominais exibem características especiais no que tange às lesões intencionais, pois embora ocupem somente o quarto lugar de prevalência entre os casos de MT (4% das ocorrências), a mortalidade a eles associada chega a 45%, constituindo a segunda causa mais frequente de morte associada às lesões intencionais.[5,8] Ademais, a causa mais frequente de trauma abdominal fechado (TAF) em crianças com menos de 2 anos é a violência intencional.[5]

Uma característica importante do TAF associado a MT é a frequência maior de lesões hepáticas, pancreáticas e de vísceras ocas em relação às decorrentes de outras causas. A esse respeito tem sido ressaltada a importância da dosagem das transaminases hepáticas para o diagnóstico precoce dessas lesões.[9,10] A propósito, o trauma duodenal (perfuração ou hematoma), em paciente com menos de 4 anos de idade, é considerado altamente sugestivo de MT.[11]

Lesões intra-abdominais, como ruptura de órgãos sólidos (fígado, baço) ou ocos (intestino), podem resultar de socos ou chutes e exigem alto índice de suspeita e exames de imagem para diagnóstico.

→ *Lesões genitais*

Quanto às lesões genitais, remetemos o leitor ao Capítulo 9 - Violência Sexual, onde há pormenorizada revisão sobre o tema.

Nesse contexto, e dada a importância do diagnóstico precoce, é imprescindível a consulta com o cirurgião pediátrico, como já ocorre nos traumas em geral.[12] É imperioso que se faça o quanto antes a identificação dos casos de MT, a fim de cessar o mais rapidamente possível o sofrimento da criança e evitar a possibilidade de um evento fatal.

Nesse aspecto, é ainda necessário ressaltar que, dada a característica de lesões multissistêmicas provocadas por MT, a avaliação nos casos suspeitos de trauma não acidental deve incluir obrigatoriamente tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome, acrescentando-se radiografia de esqueleto nas seguintes circunstâncias[12] (ver Capítulo 16.J - Alertas dos Especialistas – Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

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

Ações imediatas e protocolo de atuação

Ao estabelecer suspeita razoável de MT, o cirurgião pediátrico deve cumprir responsabilidades clínicas, éticas e legais:

→ *Documentação detalhada e completa*

- *História*: Registrar literalmente as declarações dos cuidadores e da criança/adolescente sobre a causa das lesões, destacando as discrepâncias.
- *Descrição objetiva*: Detalhar todas as lesões (localização, tamanho, cor, forma, profundidade, estágio de cicatrização).
- *Fotografia*: Obter, sempre que possível, documentação fotográfica com data das lesões.

→ *Comunicação multidisciplinar*

Por fim, ressalta-se que, dada a delicadeza do tema, sugere-se que o cirurgião pediatra, antes de fechar o diagnóstico de MT, reúna-se com o(s) pediatra(s), assistente(s) e, eventualmente, com outros profissionais envolvidos (enfermagem, assistente social) para conclusões corretas e inquestionáveis.

O Capítulo 19 - Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento, oferece informações detalhadas sobre o procedimento completo para esses casos.

→ *Manutenção da segurança da criança*

- *Internação e proteção*: Se houver risco iminente de dano, a criança ou o adolescente deve permanecer internado.
- *Comunicação com cuidadores*: Manter postura neutra, profissional e focada no tratamento da criança. Evitar confrontar os suspeitos ou fazer acusações para não comprometer a investigação e, principalmente, a segurança da vítima.

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

Comentário final

O objetivo primordial do cirurgião pediátrico deve ser garantir a sobrevida e a recuperação funcional da criança, sendo a segurança e a proteção contra futuros abusos igualmente cruciais. A intervenção cirúrgica é apenas o primeiro passo no longo processo de cura da vítima de violência, exigindo a identificação precoce dos maus-tratos para cessar o sofrimento e evitar um evento fatal.

Referências

1. Baratella JR. Alertas dos especialistas: Cirurgia pediátrica. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 205-7.
2. Potter MH, Kennedy RS, Font SA. Rates and predictors of child maltreatment re-perpetration against new victims and prior victims. Child Abuse Negl. 2022;123:105419. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105419
3. Pfeiffer L, Waksman RD. Diagnóstico das apresentações da violência na infância e na adolescência. In: Campos Jr. D, Burns DA, Lopez FA. Tratado de Pediatria. 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 92-9.
4. Louwers EC, Korfage ID, Affourtit MJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. Child Abuse Negl. 2014;38(7):1275-81. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.11.005
5. Kim PT, Falcone RA. Nonaccidental trauma in pediatric trauma. Surg Clin North Am. 2017;97(1):21-33. doi: 10.1016/j.suc.2016.08.002
6. Morzaria S, Walton JM, MacMillan A. Inflicted esophageal perforation. J Pediatr Surg. 1998;33(6):871-3. doi: 10.1016/s0022-3468(98)90663-7
7. Guleserian KJ, Gilchrist BF, Luks FI, et al. Child abuse as a cause of traumatic chylothorax. J Pediatr Surg. 1996;31(12):1696-7. doi: 10.1016/s0022-3468(96)90054-8
8. Lane WG, Dubowitz H, Langenberg P. Dischinger P. Epidemiology of abusive abdominal trauma hospitalizations in United States children. Child Abuse Negl. 2012;36(2):142-8. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.09.010
9. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135:e1337-54. doi: 10.1542/peds.2015-0356
10. Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, et al. Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. Pediatrics. 2013;131:268-75. doi: 10.1542/peds.2012-1952
11. Gaines BA, Shultz BS, Morrison K, et al. Duodenal injuries in children: beware of child abuse. J Pediatr Surg. 2004;39(4):600-2. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2003.12.010
12. Larimer EL, Fallon SC, Westfall J, et al. The importance of surgeon involvement in the evaluation of non-accidental trauma patients. J Pediatr Surg. 2013;48(6):1357-62. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2013.03.035

CAPÍTULO 16.B

Alertas dos especialistas: Dermatologia

Cecília Fernandes Lorea
Clarissa Barros Ferreira

A pele de uma criança é um dos órgãos mais expostos e mais susceptíveis ao abuso. Ao mesmo tempo, é o órgão que mais sofre traumas e contusões pela própria maneira como as crianças brincam ou mesmo realizam as suas atividades recreativas. Desse modo, o pediatra tem um papel importante na diferenciação entre o que pode acontecer pelo comportamento habitual de uma criança e o que deve ser suspeito por ter sido provocado de forma intencional. Aproximadamente 25% das crianças nos Estados Unidos vivenciam abuso ou negligência, sendo 18% vítimas de abuso físico.[1]

A lesão cutânea é a forma mais comum de abuso físico infantil.[2] Embora não tenhamos conhecimento preciso sobre a real prevalência do abuso na infância, principalmente no Brasil, e este seja bastante variável por componentes sociais e mesmo culturais, a atenção do pediatra para os sinais clínicos sugestivos de lesões intencionais ou de abusos sobre a pele das crianças deve sempre existir. A identificação precoce do abuso infantil ainda é um desafio e as ferramentas de triagem que existem não são totalmente eficazes para identificar crianças que foram abusadas antes que elas sofram lesões graves.[3,4]

Dentre os itens do exame da pele que devem ser avaliados com cautela pelo pediatra citamos: equimoses, queimaduras e lesões superficiais, principalmente com feridas.

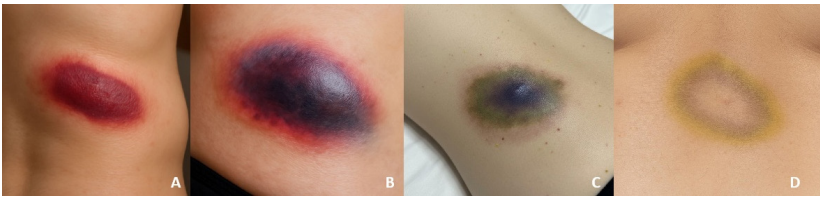
Equimoses

As equimoses são lesões arroxeadas que são rotineiramente visualizadas em crianças com atividades recreativas habituais.[2] A partir do momento em que a criança inicia os primeiros passos, essas lesões surgem com frequência, sendo comum consultas por excessos de equimoses ou mesmo hematomas.[2] O primeiro ponto que deve ser um sinal de alerta neste caso é a presença de equimoses em situações ou localizações atípicas. Lesões em lactentes que ainda não engatinham são um sinal de alerta importante e devem ser consideradas e avaliadas com bastante cuidado. Em um lactente que não deambula, a presença de uma equimose acidental ocorre em menos de 1%,[2-5] sendo recomendada uma avaliação emergencial e considerada a possibilidade de abuso quando esta lesão está presente, principalmente quando mais de uma lesão ao mesmo tempo.[2] Ao começar a engatinhar, essa taxa aumenta para 17%[2] e após deambular, ela pode atingir até 50% das crianças.[2] Equimoses acidentais costumam ser em número menor que 3, tamanho menor que 1cm e estarem na parte frontal do corpo, principalmente em proeminências ósseas.[2] O surgimento de lesões em tronco, orelhas, pescoço e face, principalmente em região periorbital, são altamente suspeitas, pois são áreas tipicamente protegidas desses traumas.[2-5]

Outro aspecto que sempre deve ser considerado na avaliação é a presença de equimoses ou hematomas em vários estágios. As lesões das equimoses e hematomas apresentam características bem marcantes conforme o tempo de evolução. No impacto inicial, a lesão costuma ser avermelhada com um vermelho arroxeado, sendo o resultado direto do extravasamento sanguíneo naquele ponto (Figura 16.B.1A). A lesão traumática, no primeiro dia, pode não estar tão evidente quanto mais profunda ela for, podendo existir uma equimose menos visível neste primeiro momento. A lesão costuma ser dolorosa e a pele bem sensível ao toque. No segundo para o terceiro dia (Figura 16.B.1B), inicia-se o processo de recuperação e a lesão fica mais azulada ou mesmo enegrecida por conta da desoxigenação do sangue extravasado. A parte mais periférica da lesão ainda pode ter uma coloração avermelhada, mas o aspecto azulado é evidente. A lesão está bem definida, atingindo o máximo do seu edema e não deve

ter mais aumento de tamanho a partir deste momento. Além disso, o aspecto do objeto que causou o trauma fica mais evidente, sendo recomendada a avaliação neste momento. A dor ainda está presente, mas a sensibilidade da pele pode ser menor ao toque. Entre o 4o e o 5º dia (Figura 16.B.1C), a lesão apresenta o aspecto esverdeado e acastanhado, típico de uma equimose/hematoma, enquanto o centro da lesão ainda pode estar azulado. Esta coloração ocorre pela destruição da hemoglobina extravasada no tecido, neste momento a lesão está em processo de redução de tamanho e do edema, estando menor que a lesão inicial. A dor ainda ocorre, porém, a intensidade pode ser mínima ou mesmo ausente. No último estágio, entre o 6o e o 7º dia (Figura 16.B.1D), a lesão toma o aspecto amarelado na periferia pelo contínuo processo de destruição da hemoglobina. O centro da lesão se torna mais claro ou começa a apresentar uma coloração marrom. Os limites da lesão se tornam imprecisos e a dor acontece apenas sob pressão mais forte. A coloração torna-se gradativamente mais clara a partir deste momento até atingir a tonalidade habitual da pele, o processo como um todo pode levar mais de uma semana para terminar.

Figura 16.B.1 – Evolução da lesão traumática na pele



Fonte: Arquivo do autor.

Outro item da avaliação é o formato da equimose que deve ser justificado com o trauma ocorrido, formatos de objetos como mão, fivela de cinto ou corda devem sempre levantar a possibilidade de ser um sinal de abuso.[2-5]

A lesão provocada por um cinto costuma ter o aspecto de linhas paralelas retas ou levemente curvas, a pele do centro pode não ser lesada dando um efeito parecendo linhas de bonde ou trem. Isso ocorre

porque as bordas tendem a provocar mais força sobre a pele deixando o centro menos afetado. Se o cinto foi dobrado, esse aspecto pode não estar presente, dando apenas a característica de faixa retangular ou alongada e uniforme com limites bem precisos. Outro aspecto que se observa, algumas vezes, é a lesão da fivela do cinto, deixando o aspecto geométrico (quadrado, circular ou mesmo oval) na extremidade da equimose e o pino da fivela fazendo uma linha no centro desta figura geométrica.

A lesão provocada por uma mão pode ter uma imagem óbvia da palma aberta sobre o corpo da criança, porém algumas vezes, pela intensidade da força, a idade da criança e espessura da pele, esse aspecto fica mascarado com a contusão provocada. As lesões causadas por agarramento ou aperto mostram-se como múltiplas e ovaladas ou arredondadas, sendo que o sinal mais sugestivo é uma marca mais distinta e maior do polegar oposto aos outros dedos. As lesões por punho fechado ou soco têm características mais difíceis de identificar, podendo ser uma lesão focal e arredondada com a cor mais central, pelo maior impacto neste ponto. Um sinal que deve ser considerado nestas lesões de punhos são pontos mais intensos dentro da equimose que representam as articulações metacarpo falangeanas que podem ser visíveis em impactos diretos.

As lesões por laço ou corda costumam ser lineares e estreitas, podendo algumas vezes ser observado o aspecto estriado ou padrões cruzados que representam a trama da corda. A utilização de fios ou mesmo cordas sem tramas não vão realizar essa característica, dificultando a identificação do objeto que provocou o trauma. O efeito de linhas paralelas pode surgir em casos em que a corda foi dobrada para provocar o trauma. As lesões por amarradura ou amarração costumam provocar uma equimose distal mais importante por estase venosa e o local em que foi utilizada a corda ou fio apresenta uma lesão circular ou circunferencial (Figura 16.B.2). Algumas vezes, pode-se observar um aspecto na circunferência com mais intensidade, em um local representando o ponto da corda em que foi feito o nó para realizar a amarra da criança.

Apesar de as equimoses serem um sinal de abuso, nem todos os estudos encontram essa associação como estatisticamente significativa,

o que pode ser relacionado às diferentes definições e mesmo classificações das equimoses nas diferentes pesquisas.[1] Várias diretrizes clínicas sobre definição de lesões de alerta ou sentinelas incluem as equimoses, mas mostram variações e muitas inconsistências nas suas definições também.[6] De qualquer maneira, o consenso é que certos padrões de lesão, como os descritos acima e a presença em lactentes sem mobilidade, são fortes indicativos de abusos.[2]

Figura 16.B.2 – Necrose de mão amarrada



Fonte: Arquivo do autor.

Queimaduras

As queimaduras são a forma de abuso mais intensa e com maior morbimortalidade, sendo que potencialmente podem deixar sequelas, principalmente físicas.[2] A incidência de queimaduras não aciden-

tais em crianças varia amplamente nos estudos entre 0,5% a 24,6% dos casos de queimaduras em pronto-atendimento.[4] As queimaduras intencionais devem ser uma preocupação dentro do pronto-atendimento, sendo importante a identificação precoce para a proteção desta criança.[7,8]

Na análise das queimaduras, devemos considerar o padrão da lesão, localização e a gravidade, mas com relação ao abuso, a coerência da história representa um dos achados mais importantes.[2,5,9]

→ *Queimaduras por escaldadura*

A forma mais comum de queimadura intencional resulta da imersão forçada de uma parte do corpo em um líquido quente.[2,5] Esta lesão apresenta características bem demarcadas, que devem alertar o pediatra. As bordas são nítidas e bem uniformes, com uma característica de linha definindo o fim da queimadura, representando até onde o membro ou parte do corpo foi submersa no líquido.[2] Em queimaduras acidentais, o líquido quente costuma escorrer e criar bordas irregulares, assim como diferentes intensidades de queimadura ao longo da lesão.[2] Durante a imersão, o segmento do corpo fica submetido a mesma temperatura de forma homogênea e a queimadura torna-se simétrica com bordas bem precisas.[2] Esse tipo de submersão em líquido produz lesões em aspecto de luva ou meias.[2,5] Quando ocorre a lesão de imersão em nádegas, algumas vezes observa-se um aspecto de lesão poupando o centro,[2,5] o que pode ser explicado pela criança ser forçada a sentar no recipiente e a área encostada no fundo não ser queimada pelo líquido.[2] Além disso, a criança que é submetida à imersão em líquido não costuma apresentar lesões de respingo fora da área da queimadura principal.[2,5] Isso se justifica pela criança ser forçada e não poder se defender e tentar retirar o líquido que está em contato com a pele.[2] A criança pode não apresentar lesões em áreas de flexão, como a região poplítea ou mesmo cubital, por ter sido submetida à imersão com o braço ou perna dobrados.[4]

Além dos líquidos quentes, ainda podem ocorrer queimaduras por ácidos e mesmo álcalis, devendo chamar a atenção que podem ocorrer em formatos diferentes, com o uso dessas substâncias em toalhas, panos ou mesmo compressas, o que pode dificultar a identificação inicial do abuso.

→ *Queimaduras por contato*

Estas queimaduras refletem o contato com algum objeto quente ou mesmo aquecido e em geral o seu formato é definido pela parte do objeto que encosta na pele da criança.[2] A queimadura costuma ter contornos precisos como desenho do objeto que provocou a lesão.[2] Objetos como ferro de passar roupa podem produzir queimaduras triangulares, grelhas ou chapas quentes produzem lesões reticulares com linhas paralelas ou com o formato da chapa, facas e garfos podem produzir queimaduras lineares pequenas e paralelas que podem ser de difícil identificação (Figura 16.B.3).

Figura 16.B.3 – Queimadura por faca quente



Fonte: Arquivo do autor.

As queimaduras por cigarros são circulares, podendo ter entre 0,5cm e 1,5cm, dependendo do tempo e pressão realizados, geralmente são muito semelhantes a uma ectima (Figura 16.B.4). As le-

sões de cigarro podem ser em grupos e com tempos diferentes de cicatrização, sugerindo vários momentos em que foi realizado o abuso.[2] Lesões de queimadura por cigarro acidental tendem a ser mais elípticas pela retirada que a criança realiza ao encostar no cigarro. Esse aspecto da retirada deve ser considerado, a criança costuma reagir ao contato com o objeto, retirando-o prontamente quando exposto, principalmente em alguns locais. Queimaduras de 2º e 3º graus, em áreas de maior sensibilidade, como a mão, são sugestivas de queimaduras intencionais.[2]

Além destas, as queimaduras por chamas também têm o mesmo aspecto de alerta. Quando a situação é acidental, a criança prontamente retira a parte exposta à chama, sendo que é sugestivo de abuso quando ocorre queimadura mais grave, provocada por chama, sem ter havido retirada da parte afetada. Queimaduras por secadores de cabelo podem fazer o desenho do aparelho, mas quando acidentais, não costumam ter profundidade e mesmo gravidade. Sempre associar a gravidade com a resposta esperada da criança com a retirada da parte exposta o mais rápido possível.

Figura 16.B.4 – Ectima com aspecto semelhante à queimadura de cigarro



Fonte: Arquivo do autor.

→ *Queimaduras por fricção*

A maioria das queimaduras por abrasão ou fricção é acidental, mas alguns aspectos podem sugerir que sejam provocadas intencionalmente. Essas lesões são provocadas por forças mecânicas e térmicas, podendo ser relacionadas ao abuso quando existe uso de amarras ou mesmo a criança é arrastada com força sobre alguma superfície. O padrão da lesão e a história incompatível com a ocorrência do trauma devem chamar a atenção do pediatra.

Queimaduras por fricção que resultam de padrões específicos, como os deixados por cintos ou cordas, devem ser avaliadas para possível abuso.[2] Amarrações podem produzir equimoses e queimaduras com padrão circular, completo ou incompleto, que atingem punhos ou tornozelos.[2]

As lesões por arrastamento em superfícies ásperas, como chão ou asfalto, podem indicar abuso pelo seu aspecto. As lesões de abuso, por ter múltiplas linhas em ângulos diferentes ou mesmo sentidos diferentes, representa a realização de várias vezes o movimento e em sentidos diferentes. Como as lesões são intencionais e muitas vezes provocadas mais de uma vez, costumam ser mais profundas que escoriações leves de uma queda.[2] A localização também pode ser um indício de que a criança foi submetida à fricção de forma forçada, principalmente, em parte medial das coxas e mesmo axilas, que não costumam ser áreas de escoriações.

Importante observar que a história de como ocorreu a queimadura deve ser bastante compatível com a lesão e manter vigilância sobre a criança que sofreu lesão grave, avaliando continuamente o risco de a lesão ter sido intencional.

Lesões superficiais e feridas

Nas lesões superficiais, a história deve explicar detalhadamente como ocorreu, sendo muitas vezes o desenho da lesão sugestivo do objeto que provocou o trauma. Se a história não é compatível com a intensidade da lesão e mesmo as características apresentadas, deve ser avaliada a possibilidade de abuso.

→ *Mordeduras*

Crianças podem apresentar mordidas em escolas e mesmo creches que são provocadas por outras crianças. Esse é um evento que pode

ocorrer na relação das crianças, porém as marcas deixadas não costumam ser profundas e o tamanho da "mordida" deve ser de uma criança, com uma distância intercanina geralmente menor que 2,5cm.[2] Os caninos deixam marcas puntiformes na mordida, devendo ser medida a distância entre essas lesões. Lesões profundas com arrastamento e sucção e mesmo abrasões devem ser observadas com mais cuidado. Mordidas em áreas não expostas, como pescoço, dorso, coxas e genitália, devem ser um alerta.[2,5] Nos casos de mordidas, recomenda-se monitorar com fotos e usar a medida intercanina nas imagens sempre que possível.

→ *Lesões em chicote*

São lesões lineares provocadas por varas ou mesmo cordas e chicotes. Os objetos costumam ser alongados e flexíveis e, infelizmente, utilizados em algumas regiões como castigo para crianças. Padrões de lesão em chicote devem ser avaliadas para possível abuso.[2,5] Podem produzir lesões lineares de escoriações múltiplas com o emprego da força excessiva e a espessura do material utilizado. A presença de múltiplos cortes lineares com o mesmo ângulo são sugestivos de abuso, principalmente, se apresentam características de cicatrização e ocorrência em diferentes momentos.

→ *Alopecia traumática*

A perda de parte do cabelo por puxões forçados e repetitivos é um sinal discreto, mas bastante importante de abuso. Diferente da alopecia areata, em que a área é regular e simétrica com a pele lisa, no abuso, ela costuma ser irregular e com o cabelo em diferentes comprimentos, com alguns quebrados e outros arrancados pela raiz. A área pode apresentar eritema, algumas vezes escoriações e mesmo equimoses pelas repetidas trações submetidas. A localização sugestiva é na parte superior da cabeça e nas laterais, onde o agressor costuma puxar o cabelo da criança. A tricotilomania pode apresentar algumas dessas características, porém costuma ser mais dispersa e em áreas em que a criança costuma alcançar com facilidade. De qualquer maneira, crianças com tricotilomania devem ser avaliadas para abuso também.[10]

Comentários finais

A avaliação dermatológica transcende a simples inspeção física, posicionando a pele como um registro de eventos traumáticos. No contexto

da suspeita de maus-tratos, sua relevância clínica e ética é incontestável.

A presença de lesões em diferentes estágios evolutivos, particularmente em atendimentos de urgência, configura um sinal de alerta crítico que demanda investigação imediata. Lesões em múltiplos estágios sugerem agressões ocorridas em momentos distintos.

O atraso na busca por assistência médica para lesões evidentes pode indicar tentativas de ocultação de abuso ou negligência.[4,5,7] O trauma acidental tipicamente motiva a procura precoce por socorro, enquanto a demora é sugestiva de encobrimento ou abuso, constituindo um importante sinal de alerta.[4,5,7]

Adicionalmente, a discrepância entre a gravidade das lesões e o relato dos cuidadores exige uma análise diagnóstica minuciosa, reforçando a suspeita de agravo não acidental e a necessidade de monitoramento e investigação.[7] Inconsistências na história, demora em buscar atendimento e a incongruência entre os achados clínicos e a explicação fornecida são fatores recorrentes em *checklists* de rastreamento de abuso infantil em serviços de emergência.[7]

Portanto, um exame dermatológico criterioso é essencial na proteção da criança, capacitando o profissional de saúde a reconhecer esses sinais e a adotar medidas proativas de salvaguarda.

Referências

1. Flaherty A, Ghandour S, Mirochnik K, et al. Identifying risk factors of children who suffered physical abuse: a systematic review. J AAOS Glob Res Rev. 2025;9(1):e24.00163. doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-24-00163
2. Jinna S, Livingston N, Moles R. Cutaneous sign of abuse: Kids are not just little people. Clin Dermatol. 2017;35(6):504-11. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.08.002
3. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, et al. Is early detection of abused children possible? A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. BMC Pediatr. 2013;13:202. doi: 10.1186/1471-2431-13-202
4. Woodman J, Lecky F, Hodes D, et al. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. Child Care Health Dev. 2010;36(2):153-64. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01025.x
5. Cho N, Koti AS. Identifying inflicted injuries in infants and young children. Semin Pediatr Neurol. 2024;50:101138. doi: 10.1016/j.spen.2024.101138
6. Blangis F, Allali S, Cohen JF, et al. Variations in guidelines for diagnosis of child physical abuse in high-income countries: a systematic review. JAMA Netw Open. 2021;4(11):e2129068. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.29068
7. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, et al. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. Arch Dis Child. 2010;95(3):214-8. doi: 10.1136/adc.2008.151654

8. Loos ML, Almekinders CA, Heymans MW, et al. Incidence and characteristics of non-accidental burns in children: A systematic review. Burns. 2020;46(6):1243-53. doi: 10.1016/j.burns.2020.01.008
9. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. J Am Acad Dermatol. 2007;57(2):371-92. doi: 10.1016/j.jaad.2007.06.001
10. Gondim RM, Muñoz DR, Petri V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. An Bras Dermatol. 2011;86(3):527-36. https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000300015

CAPÍTULO 16.C

Alertas dos especialistas: Hematologia

Cecília Fernandes Lorea
Clarissa Barros Ferreira

A presença de equimoses e hematomas em padrões suspeitos e frequentes, principalmente em crianças pequenas, deve sempre levantar a suspeita de violência física. Nestes casos, através de uma história clínica e exame físico completo, associado à solicitação de exames laboratoriais, quando indicado, devemos sempre fazer diagnóstico diferencial com distúrbios de coagulação ou plaquetários hereditários ou adquiridos e lesão por trauma.

Hematomas e equimoses são as manifestações mais comuns em crianças vítimas de violência física e, frequentemente, a lesão mais negligenciada ou equivocadamente diagnosticada como não resultante de abuso.[1] Distinguir sangramentos de origem patológica daqueles decorrentes de violência física representa um grande desafio clínico.[2]

O reconhecimento e a avaliação precoce de lesões potencialmente relacionadas à violência ou negligência são essenciais para prevenir consequências graves. Por outro lado, um diagnóstico ou suspeita inadequados podem ser igualmente traumáticos, expondo famílias a investigações desnecessárias e risco de perda da guarda, além de atrasar o início do tratamento apropriado e gerar estresse por uma condição médica ter sido mal interpretada.[3]

Na tentativa de identificar sinais de alerta, Pierce *et al*. descreveram uma regra de decisão clínica conhecida como TEN-4, trazendo os hematomas em tronco, orelhas e pescoço em crianças abaixo de 2

anos ou qualquer hematoma em bebês menores de 4 meses, na ausência de um trauma/lesões, como suspeitos de violência, apresentando alta sensibilidade e especificidade.[4] Posteriormente, a ferramenta foi reavaliada em estudo multicêntrico, incluindo crianças com menos de 4 anos, atendidas em cinco prontos-socorros, resultando na versão TEN-4-FACESp, com sensibilidade de 96% e especificidade de 87%.[1] Este instrumento visa auxiliar na triagem para identificação de lesões potencialmente decorrentes de violência física, destacando-se que hematomas em tronco (tórax, abdome, dorso, nádegas, região geniturinária e quadris), orelhas e pescoço identificaram 81% dos casos de abuso físico. As cinco regiões mais sugestivas de violência são nádegas, região geniturinária ou ânus, ângulo da mandíbula, pescoço e hemorragia subconjuntival (Quadro 16.C.1).

Além disso, qualquer hematoma em bebê com menos de 5 meses é preditivo de violência e obter uma história clara sobre a causa da lesão é imprescindível.[1]

Sintomas como hematêmese, hematoquezia e sangramentos orais ou nasais podem estar presentes tanto em casos de violência quanto em doenças hemorrágicas.[4-6]

O diagnóstico diferencial depende da análise da localização das lesões, presença de outros sinais como fraturas, queimaduras e indicadores de negligência. O surgimento de múltiplas lesões sem explicação médica plausível reforça a hipótese de abuso.[5,6]

Hemorragias intracranianas são outra manifestação comum em lesões por violência e também podem ocorrer nos pacientes portadores de doenças hemorrágicas congênitas, principalmente nas Hemofilias A e B, além da deficiência de fator XIII, condição na qual até um terço dos pacientes pode apresentar sangramento intracraniano no início da vida (Quadro 16.C.1).[7-9]

A presença de hemorragias retinianas, especialmente associadas a hematomas subdurais e edema cerebral, podem indicar a síndrome do bebê sacudido.[10] Essas hemorragias são típicas de traumas cranioencefálicos causados por movimentos bruscos de aceleração e desaceleração, sendo mais frequentes em lactentes menores de um ano, principalmente abaixo de três meses.[11] Coagulopatias raramente provocam hemorragias retinianas e não há descrição desse achado em de-

ficiências congênitas dos fatores II, VII, X, XII ou XIII. Nas deficiências de fator V, VIII, IX e doença de von Willebrand, há relatos, porém geralmente sem gravidade e frequentemente associados a quedas evidentes.[11] Trombofilias também podem ser relacionadas a hemorragias retinianas, mas não há suporte para avaliação sistemática nesses casos, pois o histórico clínico costuma diferenciar as etiologias.[11,12]

Frente a hematomas e hemorragias intracranianas em crianças, deve-se investigar doenças hemorrágicas por meio de anamnese detalhada, exame físico e exames laboratoriais, conforme recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP).[5] A investigação é especialmente indicada em casos de hemorragias retinianas, exceto quando há retinosquise ou dobras compatíveis com a síndrome do bebê sacudido.[10-12]

Para considerar a possibilidade de coagulopatias associadas a hematomas e sangramentos, alguns aspectos devem ser avaliados antes da realização de exames laboratoriais. Ressalta-se que a presença de doença hemorrágica não exclui o abuso como causa das lesões:[5,6]

- História pessoal e familiar de sangramento ou de coagulopatias.
- Manifestações clínicas e prevalência das doenças hemorrágicas.
- Probabilidade de determinada condição patológica, justificar o quadro apresentado.
- Histórico de uso de hemocomponentes ou hemoderivados, pois podem alterar os resultados dos exames.
- Uso de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais, antibióticos, antiepilépticos e fitoterápicos.

Testes laboratoriais para investigação de alterações hematológicas não são necessários quando há clara evidência de trauma, explicação médica para o sangramento ou achados clássicos de abuso, como hematomas isolados em orelhas, pescoço, genitais ou com padrão de objetos ou palma da mão.[4,5] Hematomas localizados em membros inferiores são mais frequentes em crianças com distúrbios de coagulação do que em vítimas de trauma não acidental.[3]

Suspeita-se de coagulopatias diante de petéquias nas áreas de pressão de roupas, hematomas em áreas de compressão (com padrão e localização compatíveis, como cinto de segurança) ou hematomas excessivamente extensos,[4] conforme o Quadro 16.C.1.

Quadro 16.C.1 – Padrões de sangramento

Sugere investigação hematológica
História pessoal e familiar de sangramento ou história de coagulopatias
Hematomas, principalmente, em pernas relacionados a quedas
Hemartroses, hematomas musculares
Petéquias em locais onde ficam elásticos de roupas
Hematomas em áreas de pressão (exemplo cinto de segurança, apoio de cadeirinhas, etc.)
Hematomas extensos
Sugere violência física
Hematomas lineares, fora de áreas de pressão evidentes
Hematomas que possuem padrão de objetos
Hematomas que "desenhem" a palma da mão
Hematomas em nádegas, região geniturinária ou ânus, ângulo da mandíbula, pescoço e hemorragia subconjuntival
Hematomas em torso (inclui tórax, abdome, costas, nádegas, região geniturinária e quadris), orelhas e pescoço
Hemorragia retiniana com retinosquise ou dobras
Hematomas subdurais, sem relação com traumas

Fonte: Adaptado de: Pierce MC, et al.1 Anderst JD, et al.4 Anderst JD, et al.7 Tabibian S, et al.8 Hultman L, et al.9

A avaliação inicial para coagulopatias deve incluir tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa), antígeno do fator von Willebrand (vW:Ag), atividade do fator von Willebrand (vW:Act), níveis de fator VIII (FVIII:Ag) e IX (FIX:Ag) e hemograma completo (Quadro 16.C.2). Em casos de sangramento intracraniano, pode-se excluir avaliação para doença de von Willebrand e incluir dosagem de D-dímero e fibrinogênio,[4] conforme está no Quadro 16.C.3.

Qualquer alteração identificada deve motivar encaminhamento ao hematologista para investigação aprofundada.

No Brasil, os Centros de Tratamento de Coagulopatias Hereditárias, localizados em hemocentros, hemonúcleos e hospitais da rede SUS, são referência para avaliação, diagnóstico e acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de coagulopatias em crianças.

Quadro 16.C.2 – Investigação hematológica

Investigação hematológica	
Inicial	
Hemograma completo	Avaliar plaquetas (quantidade e tamanho)
Tempo de protrombina (TP)	Se alterado, avaliar deficiência de vitamina K Encaminhar para Centro de Tratamento de Coagulopatias Hereditárias ou Hematologista
Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa)	Se alterado, dosar fator VIII e IX Encaminhar para Centro de Tratamento de Coagulopatias Hereditárias ou Hematologista
Se TP e TTPa normais	
Dosar fator de von Willebrand agonista e atividade	Encaminhar para Centro de Tratamento de Coagulopatias Hereditárias ou Hematologista

Fonte: Elaborado pelo autor.

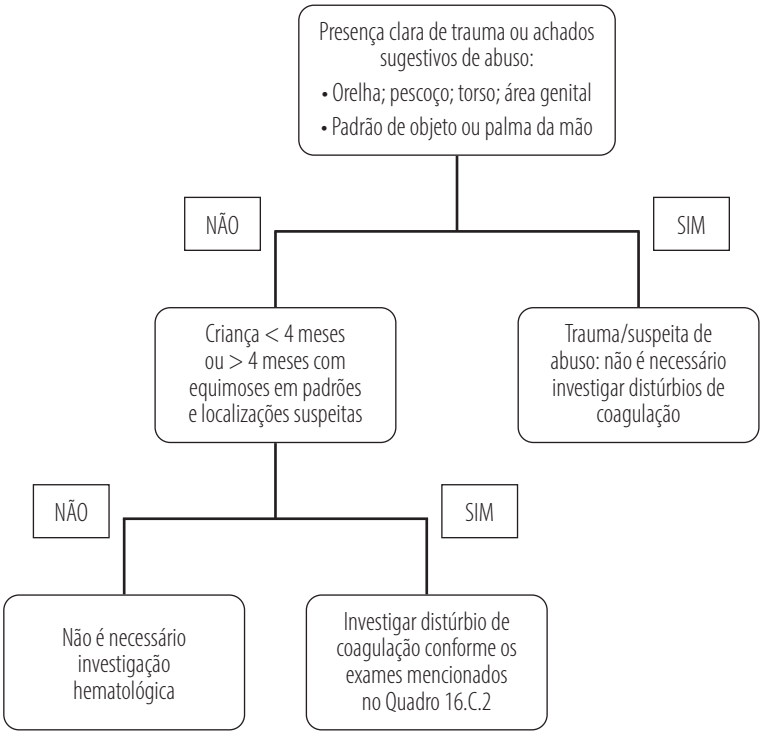
Quadro 16.C.3 – Coagulopatias e probabilidade de hemorragia intracraniana (HIC)

Deficiência	**Prevalência da condição**	**Probabilidade de HIC***
Fator de von Willebrand	1/1.000	Baixa
Fator II	1/1.000.000	1/10.000.000
Fator V	1/1.000.000	1/10.000.000 em homozigotos
Deficiência combinada FV e FVIII	1/1.000.000	1/50.000.000
Fator VII	1/300.000	1/5.000.000
Fator VIII	1/9500 sexo masculino	1/140.000
Fator IX	1/34000 sexo masculino	1/450.000
Fator X	1/1.000.000	1/5.000.000
Fator XI	1/1.000.000	Baixa
Fator XIII	1/2.000.000	1/6.000.000
Afibrinogenemia	1/500.000	1/5.000.000
Disfibrinogenemia	1/1.000.000	Baixa

* Probabilidade de um indivíduo ter a coagulopatia indicada e um HIC causado por ela.
Fonte: Adaptado de: Anderst JD, et al.[4] Carpenter, et al.[6]

Baseado nas evidências disponíveis, a AAP elaborou recomendações para definir os casos onde uma investigação hematológica deve ser realizada, conforme Figura 16.C.1.[5]

Figura 16.C.1 – Fluxograma de investigação da criança com equimoses



Fonte: Adaptado de: Anderst JD, et al.5 Anderst JD, et al.7

Referências

1. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e215832. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5832
2. Jackson J, Miller M, Moffatt M, et al. Bruising in children. Clin Pediatr (Phila). 2015;54(6):563-9. doi: 10.1177/0009922814558249
3. Derauf Z, Georges ER, Maher KN, et al. Hematologic versus non-accidental trauma etiologies for bruising identified using an emergency department bruising

pathway. Child Abuse Negl. 2025;167:107871. doi: 10.1016/j.chiabu.2025.107596
4. Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC, et al. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2013;131(4):e1314-22. doi: 10.1542/peds.2013-0195
5. Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC, et al. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2022;150(4):e2022059376. doi: 10.1542/peds.2022-059276
6. Carpenter SL, Abshire TC, Killough E, et al. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2022;150(4):e2022059373. doi: 10.1542/peds.2022-059276
7. Anderst JD, Carpenter SL, Presley R, et al. Relevance of abusive head trauma to intracranial hemorrhages and bleeding disorders. Pediatrics. 2018;141(5):e20174151. doi: 10.1542/peds.2017-3485
8. Tabibian S, Motlagh H, Naderi M, et al. Intracranial hemorrhage in congenital bleeding disorders. Blood Coagul Fibrinolysis. 2018;29(1):1-11. doi: 10.1097/MBC.0000000000000660
9. Hultman L, Doswell A, Puls HT, et al. Testing for bleeding disorders in child abuse: AAP recommendation adherence and testing results. Child Abuse Negl. 2025;163:107624. doi: 10.1016/j.chiabu.2025.10743
10. Thau A, Saffren B, Zakrewski H, et al. Retinal hemorrhage and bleeding disorders in children: A review. Child Abuse Negl. 2021;112:104901. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104901
11. Thau A, Saffren B, Anderst JD, et al. A review on clotting disorders and retinal hemorrhages: Can they mimic abuse? Child Abuse Negl. 2021;118:105070. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105070
12. Vinchon M, Marie GS, Vallée L, et al. Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. Childs Nerv Syst. 2010;26(6):783-91. doi: 10.1007/s00381-009-1048-7

CAPÍTULO 16.D

Alertas dos especialistas: Neurologia

André Luis Santos do Carmo
Magda Lahorgue Nunes

A violência contra crianças e adolescentes é uma das principais causas de morbimortalidade em Pediatria, impactando diretamente o desenvolvimento cerebral e psicossocial da criança. Podemos dividir suas manifestações em duas formas principais: as manifestações orgânicas e as manifestações psicogênicas.

Dentre suas formas, a manifestação física é particularmente relevante por estar associada a manifestações neurológicas graves e, frequentemente, de difícil diagnóstico. Destas, o trauma cranioencefálico (TCE) constitui a forma mais letal e incapacitante. Crianças submetidas a negligência, maus-tratos físicos ou Síndrome de Munchausen por Procuração também podem apresentar sintomas neurológicos de grande complexidade clínica.

Este capítulo tem como objetivo descrever as principais manifestações neurológicas associadas à violência contra crianças e adolescentes, discutir diagnósticos diferenciais e indicar quando deve haver maior suspeita clínica.

Manifestações neurológicas mais comuns

→ *Trauma cranioencefálico*

O TCE é uma das principais causas de morte em adolescentes, principalmente devido a acidentes automobilísticos e de quedas, sendo muito mais comum em meninos do que em meninas.[1]

O TCE é definido como uma lesão encefálica causada devido à uma força externa. O determinante no mecanismo do trauma é saber se a carga (energia) foi dinâmica (quando a cabeça é que está em movimento) ou de impacto (quando o objeto externo é que possui o movimento).

Como as estruturas cranianas (cérebro, líquor, crânio) possuem densidades diferentes bem como fixações e mobilidade distintas, nas lesões por carga dinâmica, o mecanismo da lesão se dá por diferença na mobilidade e aceleração das diferentes estruturas intracranianas. É o caso das lesões por desaceleração num acidente automobilístico ou da aceleração na síndrome do bebê sacudido. Nestes tipos de trauma, a lesão se dá principalmente pelo mecanismo de cisalhamento entre as diversas estruturas intracranianas. Já na carga de impacto, a lesão acontece devido à força de contato entre o objeto e o crânio, e o mecanismo varia de acordo com a intensidade, formato e área atingida.[2] Além das lesões encefálicas, é comum encontrar fraturas cranianas, hematoma extradural (coleção sanguínea externa à dura-máter), hematoma subdural (coleção sanguínea entre a dura-máter e a aracnoide).[2]

O hematoma extradural costuma acontecer devido a rompimentos das artérias meníngeas ou dos seios venosos após fraturas cranianas. O formato da imagem do hematoma à tomografia é biconvexo, pois o sangue fica contido entre a dura-máter e o crânio, com crescimento restrito pelas fissuras cranianas.[2]

O hematoma subdural, por outro lado, é causado por rompimento das veias emissárias cerebrais que passam pelo espeço da aracnoide. Seu crescimento é lento e o formato costuma ser em meia-lua, sem respeitar os limites impostos pelas fissuras cranianas.[2]

Nos casos de TCE, deve-se suspeitar de violência intencional quando a história do mecanismo do trauma não for compatível com as lesões encontradas ou quando houver diferentes lesões em mais de um estágio evolutivo.

→ *Síndrome do bebê sacudido*

A síndrome do bebê sacudido (SBS), atualmente designada como trauma cranioencefálico abusivo, é uma das formas mais graves de abuso infantil, constituindo a principal causa de óbito e incapacidade

permanente associada a maus-tratos em lactentes. Ocorre tipicamente em crianças menores de dois anos, sendo mais prevalente entre três e cinco meses de idade.[3]

O mecanismo envolve movimentos bruscos de aceleração e desaceleração da cabeça, geralmente durante episódios de choro intenso, produzindo forças rotacionais capazes de lesionar cérebro, olhos e coluna cervical. Estima-se que a incidência de SBS seja de 17 a 30 casos por 100.000 crianças menores de dois anos, com picos no primeiro ano de vida.[3]

Os principais perpetradores são figuras masculinas do convívio próximo (pais biológicos, padrastos ou companheiros da mãe), embora mães e babás também possam estar envolvidas. Entre os fatores de risco, destacam-se: choro persistente do lactente, baixa tolerância dos cuidadores, instabilidade familiar, violência doméstica, uso de álcool ou drogas, depressão parental e condições socioeconômicas adversas.[3]

Os principais achados incluem hemorragias subdurais difusas, uni ou bilaterais, hemorragias retinianas multilaminares e extensas, presentes em até 85% dos casos, lesões axonais difusas e edema cerebral, lesões cervicais (medula, ligamentos e musculatura paravertebral). Nem todas as lesões estão presentes na totalidade dos casos e os estágios da lesão (recentes ou antigas) podem ser variados, especialmente se a violência é crônica (Quadro 16.D.1).[3]

Quadro 16.D.1 – Principais achados na Síndrome do Bebê Sacudido

- → Hemorragias retinianas multilaminares e extensas
- → Hemorragias subdurais difusas, uni ou bilaterais
- → Lesões axonais difusas e edema cerebral
- → Lesões cervicais (medula, ligamentos e musculatura paravertebral)

Fonte: Narang SK, et al.[3]

As manifestações clínicas são bastante variáveis e dependem da gravidade do quadro e da cronicidade da lesão. Na imensa maioria dos casos, não há relato de trauma pelos cuidadores. Não costuma

haver sinais externos que levantem suspeita. Os principais sinais e sintomas clínicos são encontrados no Quadro 16.D.2. Na presença inexplicável de alguns destes sinais clínicos, o diagnóstico deve ser suspeitado.[3]

Quadro 16.D.2 – Principais sinais e sintomas na Síndrome do Bebê Sacudido

→ Alteração do nível de consciência (letargia, coma)
→ Apneia ou dificuldade respiratória
→ Crises epilépticas (convulsões)
→ Irritabilidade e vômitos persistentes
→ Hipotonia

Fonte: Narang SK, et al.[3]

Na presença inexplicável dos sinais clínicos, ou havendo suspeição clínica, deve-se solicitar exames de imagem como tomografia ou ressonância magnética de crânio com a finalidade de identificar a presença de lesões axonais, edema e hemorragias subaracnóideas.[3]

Além do exame de imagem, é fundamental a execução de exame oftalmológico por profissional experiente, em busca de possíveis hemorragias retinianas.

Na presença de lesões cerebrais e hemorragia intracraniana, é fundamental excluir outros diagnósticos como quedas acidentais (reacessando a história clínica com os cuidadores) e coagulopatias.[3]

A mortalidade é bastante alta no evento agudo e os sobreviventes costumam apresentar sequelas graves.

Sintomas inespecíficos

Muitas vezes, algumas apresentações clínicas incomuns podem ser associadas à exposição à violência. Crianças, especialmente as menores, têm dificuldade em relatar abusos repetitivos, especialmente quando não compreendem a natureza do abuso ou têm medo da reação dos seus cuidadores ou do abusador.

Nesses casos, acabam por apresentar comumente sintomas vagos e inespecíficos, de difícil caracterização ou incompatíveis com síndromes clínicas comuns ou com os achados do exame físico.

Sintomas como cefaleia, instabilidade postural, vômitos persistentes, irritabilidade e sonolência podem ocorrer, sem indicações precisas e correlatas no exame físico. Tais achados costumam ser interpretados como achados benignos e, por vezes, ignorados, atrasando a suspeição clínica e o diagnóstico.

→ *Déficits no neurodesenvolvimento*

A regressão no desenvolvimento neurológico é um sintoma bastante incomum, mesmo em se tratando de doenças neurológicas mais graves. Geralmente, é restrita a doenças neurodegenerativas, que apresentam outros sinais importantes ao exame físico ou um conjunto mais importante de sintomas neurológicos.

Contudo, alguns sinais como mutismo ou diminuição da comunicação verbal em crianças menores, ou ainda episódios mais frequentes de enurese ou encoprese, podem sugerir um componente emocional no quadro da criança, sugerindo uma investigação maior do ponto de vista da exposição à violência.[4]

Além disso, sabe-se que exposição a violência física, sexual, emocional, negligência e violência doméstica possuem forte impacto no desenvolvimento cognitivo e nas funções executivas de crianças e adolescentes, afetando domínios como desenvolvimento cognitivo, memória, desempenho acadêmico, compreensão verbal e de textos, velocidade de processamento, organização perceptual e resposta não-verbal.[5,6]

→ *Crises não-epilépticas psicogênicas*

Algumas crianças, quando em grave sofrimento psíquico, podem apresentar eventos paroxísticos que simulam crises epilépticas, as chamadas Crises Não-Epiléticas Psicogênicas (CNEP). Os eventos podem se manifestar com alterações súbitas de comportamento, atividade motora, de sensibilidade com ou sem alterações na consciência. Podem ser difíceis de diferenciar de eventos epilépticos, especialmente em crianças menores e por profissionais pouco acostumados à semiologia das crises epiléticas.[7]

Além das crises epiléticas, os principais diagnósticos diferenciais das CNEP são síncope, mioclonias do sono, parassonias, distúrbios

do movimento paroxísticos, sonhar acordado (*daydreaming),* ou movimentos estereotipados.[7]

Cabe ressaltar que o diagnóstico das CNEP é baseado nas características gerais dos eventos, especialmente quando associados à história de estressores psicossociais, como violência doméstica ou *bullying*. O diagnóstico, portanto, é clínico e não é de exclusão. O registro de evento ictal através de vídeo-eletroencefalograma (VEEG), mostrando não haver correlação com atividade paroxística no EEG, pode ser determinante na suspeita diagnóstica no diagnóstico.[8,9]

Algumas características semiológicas podem ajudar a diferenciar as crises epilépticas das CNEP,[10] conforme está no Quadro 16.D.3.

Quadro 16.D.3 – Características distintivas entre crises epilépticas e não-epilépticas psicogênicas (CNEP)

	CNEP	**Crises epilépticas**
Olhos	Fechados	Abertos
Cabeça	Movimento não-não (latero-lateral)	Fixo na linha média ou lateralizado
Membros	Fora de fase	Em fase (rítmica)
Tronco	Opistótono ou em rotação	Fixo ou leve flexão
Evolução	Flutuante	Contínuo ou progressivo

Fonte: Paola L, et al.[10]

As CNEP necessitam de uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.[11]

→ *Outros diagnósticos diferenciais*

A avaliação de sintomas neurológicos em crianças, especialmente lactentes e pré-escolares, diante da suspeita de violência, exige cautela e profundo conhecimento dos diagnósticos diferenciais. Muitas condições clínicas podem mimetizar manifestações encontradas em casos de abuso físico, como convulsões, alterações do nível de consciência, irritabilidade, apneia e vômitos persistentes. A diferenciação correta é fundamental para proteger a criança contra maus-tratos, mas também para evitar acusações infundadas.[12]

Entre os diagnósticos diferenciais mais importantes estão os distúrbios hematológicos e metabólicos. Crianças com coagulopatias congênitas, como hemofilia ou doença de von Willebrand, podem apresentar hemorragias intracranianas espontâneas que se manifestam com crises epilépticas e rebaixamento do nível de consciência. Situação semelhante ocorre na trombocitopenia e nas leucemias, que cursam com petéquias e equimoses disseminadas.[13,14]

Doenças neurológicas primárias também devem ser consideradas. Epilepsias de início precoce podem justificar crises repetidas em lactentes, enquanto as CNEPs, muitas vezes associadas ao sofrimento emocional intenso, podem se apresentar como episódios paroxísticos semelhantes a crises epilépticas.[9]

As infecções do sistema nervoso central representam outro grupo relevante em relação ao diagnóstico diferencial. Meningites e encefalites podem causar convulsões, irritabilidade, vômitos e rebaixamento do nível de consciência, sintomas muitas vezes indistinguíveis de um trauma craniano abusivo na avaliação inicial. Da mesma forma, quadros sépticos graves podem evoluir com encefalopatia e apneias, simulando episódios de violência.[3]

Por fim, é importante destacar que condições crônicas do desenvolvimento podem ser mal interpretadas. Crianças com paralisia cerebral apresentam atrasos motores, epilepsia e déficits neurológicos que, em alguns contextos, podem ser erroneamente atribuídos a traumas repetitivos. Da mesma forma, dificuldades cognitivas e comportamentais em escolares, como transtornos de aprendizagem ou déficit de atenção, podem ser equivocadamente relacionadas à história de exposição à violência sem uma base clínica clara.[5,6]

Assim, a atuação do pediatra deve sempre equilibrar a proteção da criança com a precisão diagnóstica, apoiada em abordagem multiprofissional e investigação criteriosa.

Comentários finais

O neuropediatra ocupa posição estratégica na identificação precoce do abuso infantil com repercussões neurológicas. A atenção a sinais de alerta – como convulsões inexplicáveis, hemorragias intracranianas extensas em lactentes e histórias clínicas incongruentes – é essen-

cial para prevenir tanto a progressão de lesões irreversíveis quanto a ocorrência de novos episódios de violência.

A avaliação deve sempre incluir o trabalho em equipe multiprofissional (Pediatria, Neurologia, Radiologia, Oftalmologia, serviço social e órgãos de proteção). Além disso, é fundamental diferenciar causas médicas orgânicas das alterações causadas pela exposição à violência, garantindo proteção da criança e evitando diagnósticos equivocados. Além disso, é importante salientar que manifestações psicogênicas, como as crises não-epilépticas, também devem ser valorizadas como possíveis indicadores de trauma emocional relacionado ao abuso. A Síndrome do Bebê Sacudido, em particular, deve ser destacada como exemplo de manifestação neurológica grave resultante de violência física, cuja detecção precoce pode salvar vidas e reduzir sequelas.

Referências

1. Keenan HT, Bratton SL. Epidemiology and outcomes of pediatric traumatic brain injury. Dev Neurosci. 2006;28(4-5):256-63. doi: https://doi.org/10.1159/000094152
2. Capizzi A, Woo J, Verduzco-Gutierrez M. Traumatic brain injury: an overview of epidemiology, pathophysiology, and medical management. Med Clin North Am. 2020;104(2):213–38. doi: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.11.001
3. Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J, et al. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics. 2020;145(4):e20200203. doi: 10.1542/peds.2020-0203
4. Morgart K, Harrison JN, Hoon AH, et al. Adverse childhood experiences and developmental disabilities: risks, resiliency, and policy. Dev Med Child Neurol. 2021;63(10):1149-54. doi: 10.1111/dmcn.14911
5. Su Y, D'Arcy C, Yuan S, et al. How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. J Affect Disord. 2019;252:278-93. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.026
6. Kavanaugh BC, Dupont-Frechette JA, Jerskey BA, et al. Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. Appl Neuropsychol Child. 2017;6(1):64-78. doi: https://doi.org/10.1080/21622965.2015.1079712
7. Schwind M, Antoniuk S. Paroxysmal nonepileptic events in childhood and adolescence. Residência Pediátrica. 2018;8(supl 1):93-102. doi: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-15
8. Weiss KE, Steinman KJ, Kodish I, et al. Functional neurological symptom disorder in children and adolescents within medical settings. J Clin Psychol Med Settings. 2021;28(1):90-101. doi: https://doi.org/10.1007/s10880-020-09736-2
9. Terra VC, Paola L, Silvado CE. Are children affected by epileptic neuropsychiatric comorbidities? Epilepsy & Behavior. 2014;38:8-12. doi: https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.10.003
10. Paola L, Terra VC, Silvado CE, et al. Improving first responders' psychogenic nonepileptic seizures diagnosis accuracy: Development and validation of a 6-item

bedside diagnostic tool. Epilepsy & Behavior. 2016;54:40-6. doi: https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.10.025
11. Vassilopoulos A, Mohammad S, Dure L, et al. Treatment approaches for functional neurological disorders in children. Curr Treat Options Neurol. 2022;24(2):77-97. doi: 10.1007/s11940-022-00708-5
12. David TJ. Non-accidental head injury—the evidence. Pediatr Radiol. 2008;38(3):370-7. doi: https://doi.org/10.1007/s00247-008-0829-6
13. Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD, et al. Evaluating for suspected child abuse: Conditions that predispose to bleeding. Pediatrics. 2022;150(4):e2022059277. doi: 10.1542/peds.2022-059277
14. Anderst JD, Carpenter SL, Presley R, et al. Relevance of abusive head trauma to intracranial hemorrhages and bleeding disorders. Pediatrics. 2018;141(5):e20173485. doi: 10.1542/peds.2017-3485

CAPÍTULO 16.E

Alertas dos especialistas: Odontopediatria

Ana Maria Peixoto Guimarães de Araujo
Sylvia Lavínia Martini Ferreira
Juliana Sayuri Kimura
Dóris Rocha Ruiz
Lucia Coutinho
Cristina Giovannetti Del Conte

O panorama da violência contra crianças e adolescentes aumentou significativamente no período entre 2022 e 2023, sendo o âmbito familiar o principal local de ocorrência desses casos.[1]

O pediatra e o odontopediatra devem ficar atentos ao diagnóstico em suas consultas de rotina e notificar às autoridades a suspeita de violência, devido à elevada prevalência dessas lesões ocorrerem na cabeça e pescoço.[2,3-7] Segundo a Organização Mundial da Saúde, a identificação de uma lesão na criança ou no adolescente não significa que a violência ocorreu, contudo a ausência de injúrias também não garante que não houve violência.[8]

Assim, frequentemente podemos observar que vítimas de violência nessa faixa etária, mesmo não apresentando sinais físicos, podem exibir múltiplas evidências menores, relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e problemas psicológicos.[5,8,9]

Outro aspecto relevante é que a suspeita diagnóstica é complexa, considerando que as crianças e adolescentes podem não ser capazes de informar sua condição, por se sentirem amedrontados, indefesos e, muitas vezes, ameaçados pelo agressor. Ou ainda, não ter consciência plena de que está sofrendo violência e negligência no seu dia-a-dia, devido à sua imaturidade psicológica em compreender os fatos.

Em geral, a alteração de comportamento da vítima é um sinal de alerta importante e muito frequente que deve ser bem observado pelos profissionais de saúde.[8]

O exame começa quando a criança ou o adolescente entra no consultório.[10] Neste momento, é necessário estar atento para perceber qualquer atitude suspeita. Observar a aparência geral da criança, sua compleição física, estatura, a marcha, interação com os pais, como está vestida, analisando e observando qualquer indício que fuja da normalidade.[9,10]

A anamnese deve ser realizada com o responsável, confrontando os dados levantados com o comportamento da criança ou adolescente e as outras evidências físicas de lesão.[9,10]

A abordagem deve ser cautelosa e não acusatória, para permitir a adequada investigação dos fatos. Sob outra perspectiva, os responsáveis legais da criança ou do adolescente podem não ter conhecimento das ocorrências de abusos e maus-tratos sofridos por eles.

Por esse motivo, é importante estar atento aos detalhes observados e verificar se aquela lesão está de acordo com a história relatada, se não existem contradições nas informações dadas pelos pais e qual a postura da família diante do problema.[9]

Destaca-se que frente a uma lesão orofacial, como hematoma, dilaceração extra e intraoral e um traumatismo dental, o profissional pode estar diante de uma injúria não acidental durante toda sua avaliação.[11] Há evidências na literatura de maior incidência de casos de trauma dental em pacientes que sofrem violência.[4,10] É importante estar atento também a ferimentos que envolvam outras partes do corpo próximas à boca, como olhos, nariz e orelhas.[9,10]

Muitas vezes, em uma simples conversa, o profissional pode conseguir alguns dados da própria criança ou adolescente, por isso é importante usar uma linguagem simples na abordagem e que esteja de acordo com o desenvolvimento psicológico do paciente.[8]

A negligência é definida como o descuido, abandono e omissão dos pais ou responsáveis em prover as necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento normal da criança ou do adolescente e engloba a negligência nutricional, dentária, física, além da segurança.

O cirurgião dentista tem um papel fundamental na identificação de negligência nos cuidados com a saúde oral da criança e do adolescente, seja por falta de comparecimento às consultas odontológicas ou por inadequada condição oral relacionada à negligência odontológica parental.[2,3,5,9,12]

Os ferimentos orofaciais que devem ser considerados suspeitos de intencionalidade incluem trauma dental, queimaduras e lacerações dos tecidos duros e moles.[3,7,9,10]

A criança que sofreu violência, geralmente, se sente desamparada e apresenta dificuldade em confiar nos adultos. Durante a abordagem com esta criança, o profissional de saúde deve demonstrar preocupação em ajudá-la, compreendendo suas angústias, frustrações e medos, iniciando um vínculo de confiança.[8] O profissional deve estar atento e analisar se as explicações dadas ao fato têm fundamento, assim como observar se as lesões costumam ser frequentes.

No ambiente odontológico

- Para se resguardar legalmente, é necessário um exame completo, anotando no prontuário a descrição precisa da lesão.[9,10]
- É importante documentar as lesões por meio de fotografias com data e radiografias. Ao fotografar as lesões, deve-se posicionar uma régua milimétrica ao lado delas para melhor documentar e determinar o tamanho da lesão[9,10,13]
- Mesmo em se tratando de suspeita, o Conselho Tutelar do local de moradia da criança ou adolescente deve ser notificado.[9,14] É importante salientar que essa notificação não tem caráter policial, mas é uma medida de proteção, cuja função é informar às autoridades competentes que essa criança ou adolescente está em risco e necessita de auxílio. Essa notificação é compulsória, sendo, portanto, obrigatório que o cirurgião-dentista, outros profissionais de saúde e educadores comuniquem o fato suspeito ou confirmado ao Conselho Tutelar, que fará a avaliação do caso.[14]

No Quadro 16.E.1 estão descritas as lesões suspeitas de violência, assim como seus mecanismos.[9-10]

Quadro 16.E.1 – Lesões mais frequentes em cavidade oral e face, decorrentes de maus-tratos

Agressão física intraoral	Contusões e lacerações de lábios, língua, mucosa bucal, gengiva, freio labial e lingual
Agressão física	Dentes fraturados, fraturas faciais, perda de dentes (avulsão), luxação dentária
Agressão física – amordaçamento	Escaras e machucados na comissura labial
Agressão física - mordidas	Marcas de mordidas associadas a equimoses, laceração e abrasão
Agressão com alimentos ou objetos quentes	Queimaduras na gengiva, língua, palato e mucosas
Agressão forçando a boca aberta e introdução de uma colher, alimento ou mesmo líquido	Marcas no rosto por ter sido preso pelas bochechas e/ou ter sido forçado a comer, pavor e medo de se alimentar
Estrangulamento	Lesões circulares no pescoço
Socos ou bofetadas	Equimoses em bochechas, perfuração timpânica, deficiência auditiva
Abuso sexual (por sexo oral)	Petéquias e eritemas no palato duro e mole
Abuso sexual	Infecções na boca como: Sífilis, herpes tipo II, gonorreia, condiloma acuminado

Fonte: Adaptado de: Araujo AM, et al.[9] Losso EM, et al.[10]

O odontopediatra tem um papel fundamental na identificação e notificação de maus-tratos, incluindo a negligência aos cuidados básicos de higiene e alimentação inadequada.[3,10,12] Desse modo, pode contribuir na redução do impacto que situações de violência podem causar no desenvolvimento físico, emocional e social da criança vítima de maus-tratos.

Referências

1. Fórum Brasileiro de Segurança Pública [homepage on the Internet]. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024 [citado 2025 Jul 4]. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253
2. Assunção LR, Moraes MM, Portella PD, et al. A Odontologia e a identificação da violência na infância e adolescência. Rev Observatório Proteca. 2022;1(1):1-20. doi: https://doi.org/10.5380/rop.v1i1.87864
3. Costa CC, Mania TV. Maus-tratos infantis: lesões que podem ser identificadas por cirurgiões-dentistas. Id on Line Rev Mult Psic. 2019;13(44):905-16. doi: 10.14295/idonline.v13i44.1608

4. Silva-Júnior IF, Hartwig AD, Goettems ML, et al. Is dental trauma more prevalent in maltreated children? A comparative study in Southern Brazil. Int J Paediatr Dent. 2019;29(3):361-8. doi: 10.1111/ipd.12466
5. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GS, et al. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce? Ciênc Saúde Colet. 2019;24(7):2609-16. doi: 10.1590/1413-81232018247.19482017
6. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. J Forensic Odonto-Stomatol. 2023;41(2):21-9.
7. Sousa ES. A importância do cirurgião-dentista diante aos maus-tratos infantis. Braz J Health Rev. 2023;6(4):14453-68. doi:10.34119/bjhrv6n4-039
8. World Health Organization [homepage on the Internet]. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals [citado 2025 Jul 4]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240048737
9. Araujo AM, Pereira GS, Dias AL. Maus-tratos infantis: orientações para futuros cirurgiões dentistas. São Paulo (SP): Ed. dos Autores; 2024.
10. Losso EM, Dalledone M, Duda JG, et al. Maus tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Curitiba (SC): Universidade Positivo; 2015. 9 p.
11. Levin L, O'Connell AC, Tewari N, et al. The International Association of Dental Traumatology (IADT) and the Academy for Sports Dentistry (ASD) guidelines for prevention of traumatic dental injuries: Part 1: General introduction. Dent Traumatol. 2024;40(Suppl 1):1-3. doi:10.1111/edt.12923
12. Paula AC, Carvalho BO, Fróes DT, et al. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. Rev Pró-univer-SUS. 2019;10(1):137-44.
13. Daley SF, Gonzalez D, Mirabal AB, et al [homepage on the Internet]. Child abuse and neglect [citado 2025 Jul 4]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459146/
14. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente [homepag eon the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [citado 2025 Jul 4]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf

CAPÍTULO 16.F

Alertas dos especialistas: Oftalmologia

Rosa Maria Graziano
Fabio Ejzembaum

Reconhecimento oftalmológico de violência na infância

A suspeita de maus-tratos deve ser levantada quando os achados clínicos ou oftalmológicos não são compatíveis com a história fornecida pela família ou quando há indícios de traumas anteriores.

Crianças menores de 1 ano são as mais vulneráveis, especialmente ao trauma craniano não acidental.[1,2]

Exame oftalmológico[3-8]

Muitos casos de violência infantil se manifestam inicialmente por sinais oftalmológicos, merecendo uma avaliação cuidadosa dos pediatras.

Os achados oftalmológicos variam conforme o tipo e a intensidade do trauma, sendo essenciais na triagem de violência física e de neuro-trauma infligido (NTI).

→ *Lesões diretas*

Incluem trauma penetrante ou contuso, envolvendo pálpebras, globo ocular e órbita. Os achados mais comuns são: hifema (sangue na câmara anterior), catarata traumática, hemorragia vítrea, descolamento de retina (DR), lesões orbitárias, hemorragias retinianas, queimaduras (térmicas ou químicas).

→ *Neuro-trauma Infantil Infligido (NTI)*

O NTI é uma forma grave de violência física, típica de crianças com menos de 1 ano. Caracteriza-se por lesões cerebrais e oculares associadas

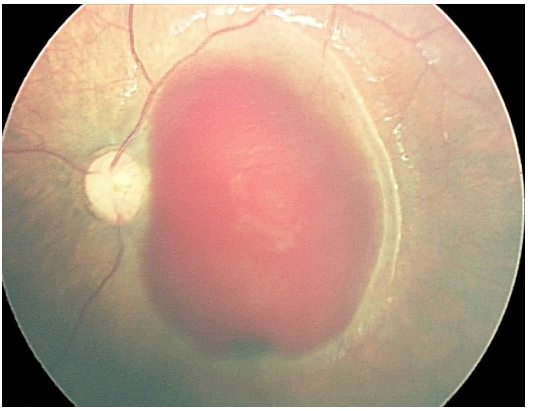
a trauma por aceleração e desaceleração da cabeça (ex: “síndrome do bebê sacudido”). As principais manifestações incluem: hemorragias retinianas bilaterais extensas, em múltiplas camadas, hemorragias pré-retinianas e vítreas, pregas retinianas, retinosquise (descolamento em camadas da retina), edema de papila, hemorragia em bainha do nervo óptico, paralisias dos nervos cranianos (III, IV e VI) – Figura 16.F.1 e Figura 16.F.2.

Figura 16.F.1 – Hemorragias superficiais com centro claro



Fonte: Arquivo do autor.

Figura 16.F.2 – Hemorragia pré-retiniana, em área macular



Fonte: Arquivo do autor.

→ *Lesões sentinela*

Lesões oculares menores, como equimoses periorbitárias, hemorragias conjuntivais ou pequenas abrasões palpebrais, podem representar lesões sentinelas, especialmente em lactentes não deambulantes. A detecção precoce é essencial.

Diagnósticos diferenciais

→ *Trauma intencional e acidental*

Os principais dados para diferenciar o trauma intencional do não intencional (acidental) encontram-se no Quadro 16.F.1.

Quadro 16.F.1 – Diagnóstico diferencial em trauma acidental e não acidental

Característica	Trauma Intencional (NAT)	Trauma Acidental (AT)
Idade média	Mais comum em crianças menores (<2 anos)	Mais frequente em crianças maiores (>2 anos)
Sexo	Leve predomínio feminino em alguns estudos	Leve predomínio masculino
Contexto socioeconômico	Mais frequente em crianças de minorias étnicas e contextos de vulnerabilidade social	Distribuição mais geral
História clínica	História ausente, vaga, inconsistente ou incompatível com o desenvolvimento da criança; relatos que mudam ao longo do tempo	História clara, consistente, compatível com o trauma relatado
Testemunhas do evento	Raramente há testemunhas (2,5% dos casos)	Frequentemente há testemunhas (75% dos casos)
Tipo de lesão	Lesões graves, múltiplas, em diferentes estágios de cicatrização; predomínio de lesões em cabeça, face, tronco, fraturas costeiras, hemorragia subdural, hemorragia retiniana	Lesões compatíveis com o mecanismo descrito, geralmente isoladas, localizadas em áreas expostas
Hemorragia subdural	Muito frequente (82% dos casos fatais)	Rara (7,2% dos casos fatais)
Hemorragia retiniana	Comum (até 50% dos casos fatais)	Praticamente ausente
Necessidade de UTI	Mais frequente (36,5%)	Menos frequente (13,8%)
Mortalidade	Significativamente maior (4,9%-8,9%)	Menor (0-1,4%)
Reconhecimento inicial	Muitas vezes subdiagnosticado ou diagnosticado tardiamente (até 20% dos casos)	Oficialmente reconhecido

Fonte: Elaborado pelo autor.

→ *Diagnósticos diferenciais*:[3-8]
- Trauma acidental.
- Distúrbios de coagulação.
- Sepse neonatal.
- Meningites e infecções do SNC.
- Erros inatos do metabolismo.
- Osteogênese imperfeita.
- Trauma obstétrico.
- Manobras de ressuscitação neonatal.

Cuidados terapêuticos e legais[4,9,10]

O atendimento deve seguir os princípios do cuidado informado pelo trauma (*Trauma-Informed Care*):
- Acolhimento sem julgamento.
- Avaliação completa por equipe multidisciplinar.
- Documentação precisa.
- Proteção ativa à criança.
- Encaminhamento à rede de proteção.

→ *Lesões suspeitas*
- Fraturas em múltiplos estágios de cura.
- Hematomas em áreas atípicas.
- Lesões incompatíveis com a história.
- Lesões abdominais sem causa evidente.
- Queimaduras com padrão definido.

→ *Fatores de risco*
- Idade inferior a 1 ano.
- Visitas frequentes ao pronto-socorro.
- Histórico familiar de violência, uso de drogas ou transtornos mentais.
- Crianças com deficiência ou prematuridade.

→ *Triagem padronizada*
- Utilizar ferramentas validadas para triagem.
- Treinar equipes de saúde para reconhecer padrões.
- Acionar especialistas e serviços de proteção.
- Notificar obrigatoriamente os casos.

→ *Documentação cuidadosa*
- Descrição objetiva e clara.
- Relatos diretos entre aspas.
- Fotografias e esquemas anatômicos.
- Documentação com valor legal e ético.

→ *Abordagem multidisciplinar*
- Envolver serviço social, Psicologia, Pediatria, Cirurgia e proteção à infância.
- Manter contato com o pediatra assistente sempre que possível.

→ *Recomendações práticas*
- Suspeitar de abuso em qualquer lesão sem explicação plausível.
- Evitar alta precoce em casos suspeitos.
- Realizar exames complementares (radiografias, tomografia computadorizada de crânio, fundo de olho).

As informações acima, apesar de não se referirem especificamente ao assunto deste capítulo, de trauma ocular por violência, devem ser sempre lembradas e adotadas.

Ver mais informações no Capítulo 18 – Fundamentos Éticos e Legais do Atendimento e Capítulo 19 – Roteiro de Atendimento, Notificação e Acompanhamento.

Comentários finais

Os traumas oftalmológicos em crianças vítimas de violência revelam não apenas lesões físicas, mas também profundas falhas éticas no cuidado. Achados como hemorragias retinianas e neuro-trauma infligidos são sinais silenciosos que exigem do profissional sensibilidade, rigor técnico e compromisso ético.

A atuação multidisciplinar e a apropriada documentação se tornam instrumentos de proteção e justiça. Identificar e intervir é mais do que cuidar: é afirmar que a infância vulnerável demanda atenção permanente e responsabilidade coletiva.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ saude-de-a-a-z/saude-da-crianca/ publicacoes/impacto-da-violencia-na-saude-das-criancas-e-adolescentes.pdf

2. American College of Surgeons [homepage on the Internet]. Best practices guidelines for trauma center recognition of child abuse, elder abuse, and intimate partner violence. Disponível em: https://www.facs.org/media/o0wdimys/abuse_guidelines.pdf
3. Shah SN, Fong HF, Haney SB, et al. Has This child experienced physical abuse?: The rational clinical examination systematic review. JAMA. 2025;334;(2):160-70. doi:10.1001/jama.2025.2216
4. Cho N, Koti AS. Identifying Inflicted Injuries in Infants and Young Children. Semin Pediatr Neurol. 2024;50:101138. doi:10.1016/j.spen.2024.101138
5. Graziano RM. Trauma ocular. In: Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizadores. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri (SP): Manole; 2014. Seção 6; p. 403-6.
6. Graziano RM. Oftalmologia. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 227.
7. Watts P. Child maltreatment, abusive head injury and the eye. In: Taylor D, Hoyt C, editores. Pediatric ophthalmology and strabismus. 4th ed. Nova York: Elsevier; 2013. p. 230.
8. Lima RF, Santos DN, Nascimento VB, et al. Exploring subtypes of child maltreatment in a large Brazilian sample: Co-occurrence patterns and associated characteristics. Child Abuse Negl. 2025;130:106576. doi:10.1016/j.chiabu.2025.106576
9. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al. Trauma-informed care. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052580. doi:10.1542/peds.2021-052580
10. Burrows S, Butchart A, Butler N, et al. New WHO violence prevention information system, an interactive knowledge platform of scientific findings on violence. Inj Prev. 2018;24(2):155-16. doi: 10.1136/injuryprev-2017-042694

CAPÍTULO 16.G

Alertas dos especialistas: Ortopedia

Alexandre Francisco de Lourenço
Miguel Akkari

O abuso infantil é um problema de saúde pública com repercussões físicas, psicológicas e sociais muitas vezes duradouras. No contexto ortopédico, o reconhecimento de padrões de lesão e a avaliação crítica da compatibilidade entre a história relatada e os achados clínico-radiológicos são essenciais para suspeita, diagnóstico e prevenção.[1] Devemos estar atentos a suspeita de maus-tratos, orientando os profissionais que atuam diretamente no atendimento dessas crianças aos sinais de alerta, reforçando a suspeição clínica e sistematização da abordagem.[2,3]

Aspectos epidemiológicos e históricos

Crianças menores de quatro anos apresentam maior risco de lesões relacionadas a maus-tratos; em lactentes, a incapacidade de relatar o evento dificulta a anamneses, além disso, algumas crianças, com receio de novas punições, podem não colaborar com as informações adequadas.[1] No Brasil, séries clínicas mostram aumento progressivo de notificações, com predomínio de vítimas até três anos e fraturas em ossos longos.[2,3]

Manifestações ortopédicas

Fraturas são manifestações frequentes em maus-tratos. Embora não exista fratura patognomônica, alguns padrões são altamente sugestivos, como fraturas metafisárias clássicas ou por avulsão ligamentar, fraturas de costelas, principalmente, na região posterior, fraturas

da escápula, esterno e processos espinhosos, além de fraturas múltiplas em diferentes estágios de consolidação.[1,4,5] Devemos também considerar fraturas de metatarsos e metacarpos (causada por pisoteamento nas mãos e pés), fraturas do nariz e crânio e hematomas subperiosteais calcificados.[4,5]

A fratura de fêmur em lactentes não deambulantes deve ser considerada um forte sinal de alerta; revisões recentes apontam que até 80% dos casos nessa faixa podem estar associados a abuso e mecanismos comumente alegados (queda do trocador ou aprisionamento entre grades do berço) não são biomecanicamente plausíveis.[4,5]

Avaliação clínica e radiológica

A abordagem começa por anamnese detalhada (incluindo última vez em que a criança foi vista bem) e exame físico completo com a criança despida, documentando lesões cutâneas e sinais de dor/edema.[6] A American Academy of Pediatrics recomenda protocolos baseados na idade e no tipo de fratura para nortear a investigação de abuso, ressaltando vieses diagnósticos potenciais e a importância de vias padronizadas para reduzir erros.[6] É de suma importância que essa documentação seja incluída no prontuário com uma detalhada descrição das lesões.

Nos menores de 24 meses com fraturas suspeitas, a avaliação deve considerar levantamento radiográfico do esqueleto para detecção de lesões não reconhecidas clinicamente, além de uma análise criteriosa de diagnósticos diferenciais que predisponham a fraturas (por exemplo, osteogênese imperfeita, raquitismo, doenças metabólicas e hematológicas).[6]

Diagnósticos diferenciais

A distinção entre trauma não acidental (intencional) e condições médicas requer integração de dados clínicos, laboratoriais e de imagem. A história familiar (fraturas com traumas mínimos, baixa estatura, escleras azuladas), prematuridade e doenças crônicas podem apontar para fragilidade óssea e devem ser investigadas de forma dirigida. Podemos citar aqui a osteogênese imperfeita, raquitismo e outros transtornos metabólicos, leucemias, tumores, osteomielite e a analgesia congênita.[4,5]

Prevenção, notificação e recorrência

A prevenção envolve a notificação compulsória e seguimento multiprofissional. Estudos demonstram taxas expressivas de recorrência, com maior risco entre 1 e 10 anos e quando os pais foram os perpetradores.[7] Uma abordagem centrada no trauma ajuda a reduzir revitimização e a melhorar a adesão ao cuidado.[8] Devemos ter muito cuidado na abordagem dos acompanhantes na enfermaria ou na forma como o caso é apresentado frente a outros pacientes. Devemos evitar hostilização dos acompanhantes dessas crianças por outros pais.

Capacitar equipes melhora conhecimento e atitudes sobre identificação e notificação, embora a evidência sobre impacto em desfechos objetivos ainda seja de baixa a muito baixa certeza, reforçando a necessidade de educação continuada e protocolos institucionais.[9]

Relevância para a prática brasileira

Relatos nacionais destacam que, mesmo sem sinais clássicos, crianças menores de três anos com trauma devem acender alerta para maus-tratos; predominaram fraturas diafisárias únicas em ossos longos (fêmur, tíbia, úmero) nas séries avaliadas.[2,3] A padronização de fluxos, documentação fotográfica e articulação com rede de proteção são elementos centrais para a realidade local.[2,3]

Comentários finais

As manifestações ortopédicas do abuso infantil exigem elevada suspeição, investigação sistemática e documentação minuciosa. Fraturas em não deambulantes, especialmente de fêmur, devem ser encaradas como sinal de alerta.[5] Adoção das recomendações deste Manual, desde a sua primeira edição e da American Academy of Pediatrics, treinamento de equipes e seguimento focado em risco de recorrência compõem a estratégia para reduzir subdiagnóstico e proteger a criança.[4,5,7-9]

Referências

1. Milner JD, Hartnett DA, DeFroda SF, et al. Orthopedic manifestations of child abuse. Pediatr Res. 2022;92:647-52. doi: https://doi.org/10.1038/s41390-022-02196-z
2. Terra BB, Figueiredo EA, Terra MP, et al. Maus-tratos infantis: revisão da literatura. Rev Bras Ortop. 2013;48(1):11-6. doi: https://doi.org/10.1590/S0101-74312013000100003

3. Picini M, Gonçalves JR, Bringhenti T, et al. Avaliação de crianças com suspeita de maus-tratos físicos: um estudo de 500 casos. Rev Bras Ortop. 2017;52(3):284-90. doi: https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.03.003
4. Lourenço AF. Alertas dos especialistas: ortopedia. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 231-5.
5. Frattura GL, Cochard B, Marco G, et al. Femoral fractures in non-accidental trauma and child abuse: biomechanical perspective and insights. Front Pediatr. 2025;13:1484920. doi: https://doi.org/10.3389/fped.2025.1484920
6. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, et al. Evaluating young children with fractures for child abuse: clinical report. Pediatrics. 2025;155(2):e2024070074. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2024-070074
7. Wongcharoenwatana J, Tarugsa J, Kaewpornsawan K, et al. Identifying children at high risk for recurrence child abuse. J Orthop Surg. 2021;29(1):1-7. doi: https://doi.org/10.1177/23094990211029272
8. Suniega EA, Krenek L, Stewart G. Child abuse: approach and management. Am Fam Physician. 2022;105(5):521-8.
9. Walsh K, Eggins E, Hine L, et al. Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect. Cochrane Database Syst Rev. 2022;7:CD011775. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD011775.pub2

CAPÍTULO 16.H

Alertas dos especialistas: Otorrinolaringologia

Renata C. di Francesco
Jersica Ferreira de Araújo

A violência contra crianças e adolescentes permanece um problema de saúde pública global e nacional. Relatórios recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF evidenciam que os países avançaram de forma desigual na implementação de políticas de prevenção e proteção.[1,2]

No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde mostram a magnitude do problema: em 2023, registraram-se quase 200 notificações diárias de violência contra crianças e adolescentes.[3,4]

Lesões em cabeça, face e pescoço são frequentes em vítimas de maus-tratos, ocorrendo em mais da metade dos casos.[5-7]. Um mnemônico expandido, TEN-4-FACESp, auxilia na identificação de lesões sentinelas: Torso, *Ear* (orelha), *Neck* (pescoço), *Frenulum* (frênulo), *Angle of jaw* (ângulo da mandíbula), *Cheeks* (bochechas), *Eyelids* (pálpebras), *Subconjunctivae* (subconjuntiva), em crianças menores de 4 anos.[5]

O otorrinolaringologista (ORL) ocupa posição estratégica na detecção do abuso, pois uma proporção significativa dos seus atendimentos envolve crianças e adolescentes.[6] O reconhecimento precoce pode salvar vidas, interrompendo ciclos de violência e prevenindo desfechos trágicos.[5]

Lesões faríngeas

Em lactentes, as lesões faríngeas merecem atenção especial. Embora possam ocorrer acidentalmente (por exemplo, quedas com objetos na boca), em crianças que ainda não deambulam, devem ser consideradas altamente sugestivas de maus-tratos. Estudos indicam que esses traumas frequentemente coexistem com outras lesões corporais, reforçando a necessidade de investigação cuidadosa.[5-7]

Os sintomas podem surgir de forma tardia (após 24 horas) e incluem disfagia, sialorreia, desconforto respiratório, hematêmese, hemoptise e febre.[6] A presença de sangramento oral associado à história inconsistente ou atraso na procura de atendimento deve acender o alerta para abuso.

No Quadro 13.H.1 está a correlação dos sinais e sintomas com as possíveis lesões e quando suspeitar de violência.

Quadro 13.H.1 – Lesões faríngeas

Apresentação clínica	Possível lesão	Observação
Disfagia, sialorreia, desconforto respiratório	Laceração/perfuração faríngea	Em lactentes que não deambulam, considerar abuso[6]
Hematêmese ou febre tardia	Perfuração hipofaríngea	Suspeitar quando história é inconsistente[6]

Fonte: Adaptado de: Rees P, et al.[6] Thevasagayam MS, et al.[8]

Lesões orais

Lesões orais acidentais são incomuns em crianças pequenas. Quando presentes, devem ser avaliadas criticamente, verificando se o relato do cuidador – momento e mecanismo do trauma – é compatível com o ferimento e estágio de desenvolvimento da criança. A presença de múltiplas lesões, achados em diferentes fases de cicatrização ou narrativas inconsistentes devem sempre despertar suspeita de maus-tratos.[5,7,9]

Lacerações de língua, gengiva, bochechas e frênulo lingual são achados sugestivos quando não há história compatível, frequentemente decorrentes da introdução forçada de utensílios de alimentação.

O hematoma sublingual é considerado lesão sentinela em lactentes e exige investigação imediata por risco de obstrução de vias aéreas e forte associação com abuso físico.[5,9] Queimaduras, bolhas e petéquias no palato, especialmente, em contexto de suspeita de violência sexual, devem ser interpretadas como sinais de alerta.[5,10]

No Quadro 13.H.2 está a correlação entre as lesões encontradas, seu possível mecanismo e como devem ser interpretadas.

Quadro 13.H.2 – Lesões orais

Achado	Possível mecanismo	Interpretação
Hematoma sublingual	Trauma direto forçado	Lesão sentinela em lactentes[5,9]
Laceração de frênulo	Introdução forçada de utensílios	Rara em acidentes, forte suspeita de abuso[5]
Petéquias no palato	Sexo oral forçado	Pode indicar abuso sexual[5,9]

Fonte: Adaptado de: Tate AR, et al.[5] Canty KW, et al.[9] Rees P, et al.[6]

Lesões nasais

Embora menos comuns, erosões nasais repetidas podem indicar trauma crônico intencional. Relatos descrevem casos de erosão de septo nasal como manifestação incomum de maus-tratos.[10]

Lesões auriculares

As lesões da orelha externa – hematomas, edema, deformidades ou petéquias – são altamente sugestivas quando bilaterais ou quando associadas à perfuração traumática de membrana timpânica.

Lesões acidentais de orelha em crianças pequenas são pouco comuns, por caírem mais para frente, às vezes, para trás e raramente de lado. O hematoma auricular isolado em lactente ou pré-escolar é considerado um sinal de abuso até prova em contrário, sendo reconhecido como marcador de risco para escalada da violência.[11]

No Quadro 13.H.3 está a correlação entre as lesões encontradas, seu possível mecanismo e quando deve-se suspeitar de violência.

Quadro 13.H.3. Lesões auriculares

Achado	Possível mecanismo	Alerta clínico
Hematoma de pavilhão auricular	Puxão, tapa	Incomum em acidentes, altamente sugestivo de abuso.[11]
Perfuração timpânica + lesão externa	Trauma combinado	Considerar abuso quando história não é compatível.[11]

Fonte: Adaptado de: Lee GS, et al.[12]

Transtorno factício imposto a outro (Síndrome de Munchausen por procuração)

O transtorno factício imposto a outro, anteriormente chamado de Síndrome de Munchausen por procuração, pode envolver sintomas otorrinolaringológicos persistentes, incongruentes com o exame físico e refratários ao tratamento. É uma forma grave de violência que requer abordagem multiprofissional, incluindo Pediatria, Psiquiatria, Psicologia e serviço social.[6]

Comentários finais

O otorrinolaringologista ocupa uma posição estratégica, pois lesões na cabeça, face e pescoço são frequentes em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

O conhecimento de lesões sentinelas é vital. Sinais como hematoma sublingual em lactentes, lesões faríngeas sem história compatível ou hematoma auricular isolado em crianças pequenas são fortes indicadores de abuso. Lesões que não se alinham com o estágio de desenvolvimento da criança ou relatos inconsistentes devem acender o alerta.

O reconhecimento precoce dessas manifestações pelo ORL não é apenas um ato médico, mas um imperativo ético que pode interromper o ciclo de violência. O olhar atento do especialista é a chave para a proteção efetiva da criança.

Referências

1. World Health Organization; UNICEF. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO; 2020.
2. UNICEF [homepage on the Internet]. Violence against children – Data and statistics. Updated 2024. Disponível em: https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/
3. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Critérios diagnósticos da violência física ou trauma intencional contra crianças e adolescentes. Documento técnico. São Paulo (SP): SBP; 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes (2015–2021). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.
5. Tate AR, Fisher-Owens SA, Spiller L, et al. Oral and dental aspects of child abuse and neglect: clinical report. Pediatrics. 2024;154(3):e2024068024. doi:10.1542/peds.2024-068024
6. Rees P, Al-Hussaini A, Maguire S. Child abuse and fabricated or induced illness in the ENT setting: a systematic review. Clin Otolaryngol. 2017;42(4):783-804. doi:10.1111/coa.12668
7. Di Francesco RC. Alertas dos especialistas: otorrinolaringologia. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 237-41.
8. Thevasagayam MS, Siemers MD, Debelle GD, et al. Paediatric hypopharyngeal perforation: child abuse until proved otherwise? Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007;71(4):665-70. doi: 10.1016/j.ijporl.2006.12.013
9. Canty KW, Mercier E, Shearer E, et al. Oral and oropharyngeal manifestations of child abuse: a state-of-the-art review. Otolaryngol Head Neck Surg. 2025;171(5):370-9. doi:10.1002/ohn.70017
10. Crouse CD, Faust RA. Child abuse and the otolaryngologist: Part I. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;128(3):305-10. doi: https://doi.org/10.1067/mhn.2003.5
11. Culotta PA, Isaac R, Sarpong K, et al. Nasal erosion as an uncommon sign of child abuse. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;108:95-9. doi:10.1016/j.ijporl.2018.02.024
12. Lee GS, Frasier LD, McCans KM. Auricular hematoma: a sentinel injury in child abuse. Clin Pediatr (Phila). 2023;62(2):103-6. doi:10.1177/00099228221113697

CAPÍTULO 16.I

Alertas dos especialistas: Saúde Mental

Roberto Santoro Almeida
Adriana Rocha Brito

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como "um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com os momentos estressantes da vida, desenvolvam todas as suas habilidades, sejam capazes de aprender e trabalhar adequadamente e contribuam para a melhoria de sua comunidade",[1,2] acrescentando que "saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e ganhar e aproveitar a vida".[2]

Crianças e adolescentes necessitam de cuidados físicos e emocionais e de um ambiente seguro e propício para desenvolver plenamente suas habilidades físicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais. Como seres em desenvolvimento, estão vulneráveis a riscos ambientais, familiares e sociais, que podem interferir negativamente na saúde e na qualidade de vida.[3-7]

A violência que ocorre nos lares, escolas, comunidades e na internet está entre os principais fatores de risco para o surgimento de agravos à saúde mental de crianças e adolescentes.[3-6,8-11] A violência vivida ou testemunhada na infância e na adolescência ameaça os direitos fundamentais assegurados pela Convenção dos Direitos Humanos[12] e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),[13] com consequências potencialmente devastadoras e de longa duração na saúde mental e no desenvolvimento.[3-5,7,9,11,14,15]

Nos últimos anos, problemas de saúde mental vêm despertando preocupação pública, tornando-se um tópico da maior importância e urgência nos debates sobre saúde, em vista do aumento progressivo e significativo da prevalência de sofrimento psíquico e transtornos mentais entre crianças e adolescentes em todo o mundo, especialmente quadros de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, autolesão e tentativas de suicídio, entre outros.[1,3-5,7,9,14]

Mesmo quando os efeitos da violência permanecem escondidos no mundo íntimo da vítima, mantendo-se invisíveis e imperceptíveis para aqueles com convívio próximo, podem provocar intenso sofrimento, com repercussões negativas no desenvolvimento emocional, cognitivo e social que podem perdurar por toda a vida.[3,4]

O investimento em prevenção, educação e serviços de apoio são fundamentais para o enfrentamento de situações de violência.[3,4,8,10,11] Os profissionais que cuidam de crianças e adolescentes devem estar qualificados para detectar situações de risco e gerenciar as consequências danosas do problema.[3,4,15]

Sinais de alerta

É fundamental que os pediatras, a equipe escolar e todas as pessoas responsáveis pelos cuidados de crianças e adolescentes saibam reconhecer manifestações físicas, emocionais e comportamentais que constituem sinais de alerta para a presença de situações de violência, para que possam acolher e prestar assistência inicial às vítimas e às suas famílias,[3-5]

As principais consequências da violência na saúde mental de crianças e adolescentes abrangem problemas emocionais, sociais, do desenvolvimento e de conduta. As manifestações dependem da idade, da fase do desenvolvimento da criança ou adolescente, do tipo, da duração e da frequência dos episódios de violência, da relação de proximidade com o autor da agressão e das repercussões no dia-a-dia.[3-5,7,11,14,16]

O Quadro 16.I.1 apresenta alterações comportamentais frequentes em crianças e adolescentes expostos à violência, de acordo com a faixa etária.

Quadro 16.I.1 – Manifestações na criança e no adolescente expostos à violência

Sinais e sintomas	Até 11 meses	1 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 19 anos
Demonstrações de desconforto no colo				
Dificuldades na amamentação, recusa alimentar; vômitos persistentes				
Atraso ou regressão do desenvolvimento				
Choro sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por etiologias orgânicas, principalmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Atraso ou dificuldade no desenvolvimento da fala				
Tristeza constante				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns				
Distúrbios de alimentação				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligados a determinadas pessoas, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Sintomas de hiperatividade				
Enurese e encoprese				
Distúrbios de aprendizagem ou fracasso escolar				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				

Autoagressão, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas de atenção				
Comportamentos de risco, levando a traumas frequentes ou agravos não intencionais				
Abuso de drogas ilícitas				

Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde.[14]

É importante mencionar que os sinais e sintomas citados no Quadro 16.I.1 são inespecíficos, podendo fazer parte de sofrimento psíquico ou transtornos psiquiátricos que não estão associados a situações de violência. Problemas que se manifestam predominantemente na esfera emocional (sintomas depressivos ou de ansiedade) são mais difíceis de se reconhecer, mesmo por pessoas que convivem com a criança ou o adolescente, porque o sofrimento ocorre no espaço íntimo, enquanto problemas de comportamento têm identificação mais fácil, pela perturbação que causam ao ambiente. As consequências adversas à saúde mental podem comprometer a estruturação da personalidade do indivíduo.[3-5,16,17]

Principais transtornos mentais associados à violência

Eventos traumáticos precoces, como a exposição à violência, são importantes fatores de risco não só para a presença de sofrimento psíquico, mas também para a eclosão de transtornos mentais. É preciso lembrar que muitas pessoas vitimadas por violência não desenvolvem transtornos mentais e algumas vítimas apresentam sofrimento psíquico significativo, sem que suas manifestações preencham os critérios necessários para um diagnóstico psiquiátrico.[3,5,11]

Abaixo, são apresentados os principais transtornos mentais relacionados à exposição à violência na infância e na adolescência. É importante destacar que muitas vezes é necessário um acompanhamento de longo prazo para firmar um diagnóstico de transtorno mental. Frequentemente, há sobreposição de problemas distintos, tornando o diagnóstico e o tratamento das comorbidades imprescindíveis para o sucesso do tratamento.[3,5,6,17]

→ *Transtornos relacionados a traumas e estressores*

• *Transtorno de adaptação*

Caracteriza-se pelo surgimento de sintomas emocionais e/ou comportamentais em resposta a um ou mais estressores psicossociais e/ou às suas consequências dentro de três meses do início do episódio, causando repercussões significativas – sofrimento desproporcional a gravidade e/ou prejuízo funcional no âmbito pessoal, familiar, social, educacional ou em outras áreas.[3,17]

São descritos os seguintes subtipos: com humor deprimido, com ansiedade, com misto de ansiedade e humor deprimido, com perturbação da conduta e com perturbação mista das emoções e da conduta, além de um quadro "não especificado" para reações mal adaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos citados.[17]

A situação se resolve em até seis meses após a cessação do fato estressante, exceto nos casos em que há um estressor crônico ou um acontecimento com consequências duradouras, quando se aplica o especificador persistente.[17]

A psicoterapia é a principal estratégia terapêutica para abordar o problema, tendo por objetivo explorar, elaborar e ressignificar a vivência estressante. Pode ser necessário o uso de medicamentos a curto prazo para tratar sintomas específicos.[3]

• *Transtornos de estresse*

Os transtornos de estresse agudo e de estresse pós-traumático (TEPT) caracterizam-se pela gravidade extrema dos estressores, com exposição a situações de ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, em uma ou mais das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento; testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas; saber que o evento traumático ocorreu com parente ou amigo próximo. Em crianças abaixo de seis anos, os critérios para TEPT sofrem modificações específicas: vivenciar diretamente o evento traumático; testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas, especialmente cuidadores primários; saber que o evento traumático ocorreu com pai/mãe ou cuidador.[3-5,17]

As manifestações do transtorno de estresse agudo ocorrem entre três dias e um mês da exposição ao estressor e do TEPT somente após um mês do evento traumático e com duração superior a um mês, ocasionando sofrimento significativo e prejuízo funcional.[17]

São sintomas característicos: lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento, que podem se exteriorizar por meio de brincadeiras repetitivas nas quais temas ou aspectos do episódio traumático são expressos; sonhos desagradáveis e recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento que surge estão associados ao fato vivenciado; presença de *flashbacks*, como se o evento estivesse ocorrendo novamente ou como reencenação específica do trauma nas atividades lúdicas; sofrimento psicológico intenso ou prolongado diante da exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto da circunstância estressante; e reações fisiológicas intensas a lembranças do evento traumático. O paciente evita de forma persistente situações que lembrem o evento traumático. Observam-se também alterações negativas da cognição, do humor, da excitação e da reatividade, sinais de hiperestimulação autonômica, hipervigilância, problemas de concentração e do sono.[3,5,17]

A psicoterapia é o tratamento de escolha. Em alguns casos, há necessidade de associação com psicofármacos (sintomas de ansiedade, depressão, problemas do sono etc.).[3-5]

• *Transtornos de apego*

São descritas duas formas clínicas: o transtorno de apego reativo, que se apresenta como um transtorno internalizante, expresso por um comportamento retraído e sintomas depressivos e o transtorno de interação social desinibida, manifestado pela presença de desinibição.[3,4,17]

No transtorno de apego reativo, pelo menos dois dos seguintes três padrões de comportamento devem estar presentes para o diagnóstico: responsividade social e emocional mínima a outras pessoas, afeto positivo limitado e episódios de irritabilidade, tristeza ou temor inexplicáveis, evidentes mesmo em interações não ameaçadoras com cuidadores adultos. Observa-se ainda a presença de hipervigilância e esquiva de interação. São comuns sinais de desnutrição, atraso de desenvolvimento e outras evidências de maus-tratos. O quadro ocorre em crianças pequenas, antes dos cinco anos de idade.[3,4,17]

No transtorno de interação social desinibida, ocorre um padrão de sociabilidade indiscriminada, no qual a criança aborda e interage com adultos desconhecidos e exibe pelo menos dois dos seguintes

comportamentos: discrição reduzida ou ausente em abordar e interagir com desconhecidos; comportamento verbal ou físico excessivamente familiar e não compatível com limites sociais culturalmente aceitos ou apropriados à idade; diminuição ou ausência de retorno ao cuidador adulto depois de aventurar-se, mesmo em contextos não familiares; vontade de sair com um adulto estranho com mínima ou nenhuma hesitação. As manifestações podem persistir e atravessar toda a infância e adolescência, principalmente se os fatores socioambientais inadequados persistirem.[3,4,17]

Os transtornos de apego resultam da ausência persistente de cuidados adequados durante a infância por parte dos pais, de mudanças repetidas de cuidadores (restringindo as oportunidades de formação de relações estáveis) ou de contextos ambientais que dificultam ou inviabilizam o estabelecimento de ligações afetivas. O diagnóstico não deve ser feito antes dos nove meses de idade, pela incapacidade de formar vínculos seletivos nessa fase do desenvolvimento.[3,4,17]

É essencial diagnosticar o problema e garantir a segurança do paciente. A hospitalização e o afastamento dos pais são muitas vezes fundamentais, havendo a necessidade de notificar os órgãos de defesa dos direitos da população infanto-juvenil. A criança deve receber atendimento multidisciplinar, priorizando-se as medidas emergenciais cabíveis.[3,4]

• *Transtornos de ansiedade*

O medo e ansiedade são reações normais diante de situações consideradas ameaçadoras. O medo aparece diante de um perigo iminente, enquanto a ansiedade representa a antecipação de uma ameaça futura.[3-5]

A ansiedade pode se tornar patológica, configurando um transtorno, quando se manifesta de forma exagerada e persistente, com a presença de preocupações ou medos extremos, algumas vezes irreais, em relação a situações simples do cotidiano.[3-5,17]

Pacientes com sintomas leves e com pouco comprometimento funcional devem ser tratados preferencialmente por psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental, terapias dinâmicas e outras). Na presença de sintomas moderados a graves, há indicação de psicofármacos, sempre associados ao atendimento psicoterápico.[3-5]

Os transtornos de ansiedade diferem entre si de acordo com os objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva, ou ainda, pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.[3-5,17]

• *Transtorno de ansiedade de separação*

O transtorno ocorre a partir da fase pré-escolar e se manifesta por sofrimento intenso e prolongado diante da possibilidade de afastamento de figuras fundamentais de apego, criando limitações importantes das atividades do dia-a-dia como ir à escola, dormir sozinho ou se afastar dos pais para brincar com outras crianças.[3-5,17]

É importante ressaltar que a ansiedade de separação em relação aos cuidadores primários faz parte do comportamento normal de crianças a partir do segundo semestre de vida, reduzindo-se gradualmente ao longo da infância, a partir do desenvolvimento de maior independência em relação aos pais. Somente quando a ansiedade de separação se prolonga ou se manifesta com muita intensidade, interferindo com as atividades diárias e causando sofrimento, cabe diagnosticar o transtorno.[3-5,17]

• *Mutismo seletivo*

O quadro, com início geralmente antes dos cinco anos, se caracteriza pela presença do mutismo em situações públicas específicas em que se espera que a criança se comunique verbalmente (na escola, principalmente), embora a criança fale em casa com os familiares sem problemas. Pode haver a utilização de formas não verbais de comunicação (escrita, mímica).[3-5,17]

• *Transtorno de ansiedade social*

Medo de ser julgado negativamente pelas pessoas, levando à esquiva de interações sociais. Situações de exposição como ter de falar ou comer em público podem gerar manifestações como sudorese intensa, ruborização, boca seca, voz trêmula, fala hesitante e tremores.[3-5,17]

• *Fobias específicas*

Medo acentuado e desproporcional e comportamento de evitação diante de situações ou objetos específicos, como altura, animais, sangue, injeções, elevadores, aviões, etc.[3-5,17]

• *Transtorno de ansiedade generalizada*

O transtorno de ansiedade generalizada se caracteriza por uma sensação incômoda persistente, com mal-estar subjetivo, associada

à uma antecipação imaginária de perigos futuros e acompanhada de manifestações físicas como sudorese, taquicardia e falta de ar. É muito comum que jovens passem por inúmeros exames médicos em busca da causa de sintomas somáticos como dores de cabeça, dor de estômago ou palpitações, antes que o diagnóstico de transtorno de ansiedade seja considerado. Crianças menores que apresentam o problema tendem a buscar maior proximidade dos pais.[3-5,17]

Para realizar o diagnóstico, a sensação incômoda deve durar pelo menos seis meses e estar associada a três ou mais dos seguintes sintomas (para crianças, exige-se apenas um): inquietação ou sensação de estar com "os nervos a flor da pele", fadiga, dificuldade de concentração ou "brancos", irritabilidade, tensão muscular e problemas do sono.[17]

• *Transtorno do pânico*

A crise de pânico se manifesta pela irrupção súbita de medo extremo, acompanhada de sintomas cognitivos e físicos como sensação de sufocamento, coração acelerado, sudorese intensa, tremores, náusea, dor no peito, tonturas e medo de perder o controle ou de morrer.[3-5,17]

Para o diagnóstico de transtorno do pânico, é necessária a presença de ataques de pânico recorrentes, em que pelo menos um dos eventos tenha sido seguido de preocupação persistente acerca do surgimento de novos ataques ou uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionado aos ataques.[17]

• *Transtorno depressivo*

A característica essencial do transtorno depressivo é o humor deprimido, descrito como uma sensação de vazio e tristeza, associado à perda de prazer ou interesse nas atividades habituais. Em crianças pequenas é frequente a presença de queixas somáticas como cefaleia, dor abdominal, agitação psicomotora e irritabilidade. Os sintomas provocam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento do desempenho em áreas significativas da vida.[3-5,17]

São comuns perturbações do sono e do apetite, agitação ou retardo psicomotor, perda de energia, sentimentos de culpa ou de desesperança, dificuldade de concentração, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida e tentativas de suicídio.[3-5,17]

Pacientes com depressão devem ser sempre avaliados quanto ao risco de suicídio e encaminhados para avaliação e acompanhamen-

to por especialista em saúde mental. O tratamento preferencial para casos leves é a psicoterapia, havendo a necessidade de associar psicofarmacoterapia em casos de maior gravidade.[3-5]

• *Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados*

O transtorno de sintomas somáticos é marcado pela presença de queixas físicas que causam sofrimento no dia-a-dia, sem que se encontre justificativa médica plausível para a presença ou a intensidade dos sintomas na avaliação clínica. Surgem pensamentos, sentimentos ou comportamentos desproporcionais relacionados aos sintomas ou preocupações com a saúde, persistindo por pelo menos seis meses (em geral bem mais).[3-5,17]

O elemento crucial para o diagnóstico do transtorno de sintomas neurológicos funcionais, também conhecido como transtorno conversivo, é a incompatibilidade dos sintomas manifestados nas esferas motora ou sensorial com processos fisiopatológicos conhecidos.[3,5,17]

O transtorno factício imposto à criança ou ao adolescente é uma forma de violência, no qual os sinais ou sintomas físicos ou psicológicos são produzidos propositadamente pelo responsável,[3,5,14,16,17] mais frequentemente pela mãe.[3,14,16] O reconhecimento do problema na maioria das vezes é realizado durante a hospitalização, a partir da observação rigorosa do paciente e do cuidador. O diagnóstico é dado ao agente causador e não à vítima da violência.[17] O médico precisa ter cuidado para não contribuir com o ciclo de violência, por meio de abordagens diagnósticas e terapêuticas obstinadas, desnecessárias e nocivas para a saúde física e mental dos pacientes. Diante da suspeita desse quadro, além da notificação da violência, a criança ou adolescente deve ser acolhido empaticamente, com especial atenção à preparação do encaminhamento para atendimento por profissionais de saúde mental. É fundamental garantir a segurança do paciente, por meio da hospitalização e do afastamento do agente agressor, podendo ser indicado apoio psicoterápico individual ou terapia familiar.[3,16]

Avaliação e abordagem

A consulta pediátrica é um momento precioso para a identificação precoce de pacientes em risco de situações de violência.[3,5,14] Dado que a residência é o local mais comum de ocorrência de violência

contra crianças e adolescentes e a violência familiar o tipo mais prevalente,[9] o Quadro 16.I.2 apresenta os fatores de risco e de proteção para a violência intrafamiliar.[4,10,15] O reconhecimento dessas condições permite a realização de intervenções oportunas e a adoção de ações preventivas.[3,5,7]

Quadro 16.I.2 – Fatores de risco e de proteção no contexto de violência intrafamiliar

Fatores de risco	Fatores de proteção
Distribuição desigual de autoridade e poder (de acordo com os papéis de gênero, sociais, sexuais, atribuídos a seus membros)	Famílias com autoridade e poder compartilhados e dialogados
Relações familiares centradas em papéis e funções rigidamente definidos	Relações familiares flexíveis, com respeito, autoridade e afeto
Famílias misturadas, sem diferenciação de papéis e limites, com nível baixo de autonomia de seus integrantes	Incentivo à autonomia e à liberdade de reflexão e ação
Famílias em permanente tensão, agressivas e com dificuldades de dialogar	Interesse pela vida dos parentes, gosto pelo diálogo, prática das atividades interativas
Família fechada em si mesma, com padrões de conduta repetitivos	Boa convivência familiar e troca com o mundo externo
Famílias em situação de crise e de perdas, sem recursos de gerenciamento de problemas	Famílias que aprenderam a lidar com as crises, crescendo com elas
Modelo parental violento na família de origem de um dos cônjuges	Ausência de situações de violência nas famílias de origem dos pais
Uso abusivo de drogas na família	Ausência de uso ou uso social ou recreativo de drogas
Antecedentes criminais ou uso de armas na família	Ausência de antecedentes criminais e uso de armas na família
Problemas psicológicos ou psiquiátricos agudos ou crônicos na família	Ausência ou bom gerenciamento de transtornos mentais na família
Famílias com dependência econômica ou emocional e baixa autoestima	Famílias que estimulam a independência e a autoestima dos seus membros
Não realização de pré-natal, gravidez indesejada.	Gestação planejada, desejada, pré-natal adequado

Delegação de tarefas ou responsabilidades parentais ou domésticas à criança ou ao adolescente	Não atribuição de responsabilidades ou tarefas indevidas à criança ou ao adolescente

Fontes: Adaptado de: Almeida RS, et al,[4] Njaine, et al,[10] Ministério da Saúde.[15]

Vale destacar algumas situações que indicam maior risco:

- Crianças institucionalizadas são mais suscetíveis a vivenciarem privação afetiva e falta de estímulos adequados, além de situações de violência institucional.[10]
- Crianças em situação de rua vivem em circunstâncias de vulnerabilidade social, sujeitas a inúmeros estresses psicológicos e experiências traumáticas.[7,16]
- A violência urbana gera situações traumáticas com implicações danosas para a saúde mental de crianças e adolescentes.[7]
- A exposição ou a vitimização pela violência em áreas de guerra e conflitos armados ou áreas dominadas pelo crime têm consequências devastadoras por toda a vida, principalmente para crianças e adolescentes.[7]
- Crianças e adolescentes podem ser vitimados por interações doentias, exposições inadequadas traumáticas ou ações criminosas no mundo virtual, necessitando da presença de adultos confiáveis e afetivos, capazes de oferecer supervisão adequada, amparo e limites.[3]
- Pais e cuidadores precisam ser conscientizados das consequências negativas de punições físicas e da agressividade verbal e suas repercussões graves no desenvolvimento.[3]

Crianças e adolescentes precisam receber orientação sobre os diversos tipos de violência existentes e as medidas protetivas correspondentes. É essencial que o pediatra abra espaço para o esclarecimento e o diálogo, observando aspectos subjetivos de seus pacientes e de suas famílias nas consultas. Infelizmente, muitas crianças e adolescentes vivenciam ou testemunham episódios de violência doméstica por um longo período, sem que haja oportunidades de pedir e receber ajuda. Algumas vezes, a violência não é reconhecida como tal.

Diante de casos de sofrimento psicológico, de autolesões ou de suspeita de um transtorno mental resultantes de violência, o pediatra

deve oferecer o amparo necessário ao paciente, verificando a necessidade de intervenção emergencial para garantir sua segurança. O médico deve encaminhar a criança ou o adolescente para os profissionais especializados, que instituirão a abordagem terapêutica indicada, prevenindo as repercussões negativas imediatas e futuras para a saúde mental. A família deve ser envolvida na construção das estratégias de cuidados.[3-5,7,14,15]

Comentários finais

A preocupação com a proteção da infância e da adolescência vem crescendo nos últimos anos, tornando a prevenção e o enfrentamento da violência uma prioridade global.[8]

É fundamental a avaliação dos aspectos psicoafetivos e da dinâmica familiar dos pacientes em todas as consultas pediátricas, incluindo a investigação de potenciais fatores de risco e a presença de sinais sugestivos de situações de violência. Uma vez identificado o problema, há necessidade de implementar ações de cuidado, de proteção e de prevenção, o tratamento de agravos à saúde mental e, quando necessário, o encaminhamento do paciente e da família para profissionais especializados.[3,5,14]

A identificação precoce de situações de risco, o acolhimento empático e o cuidado adequado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, com a criação de uma rede de apoio na família, na escola e na comunidade, são responsabilidade de todos, no caminho de garantir o bem-estar e o desenvolvimento saudável da juventude.[3,5,6,14]

Referências

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Mental health [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
2. Nações Unidas Brasil. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%BAde-mental-depende-de-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial
3. Almeida RS, Brito AR. Saúde mental da criança e do adolescente. Barueri (SP): Manole; 2024.
4. Almeida RS, Lima RC, Crenzel G, et al. Saúde mental da criança e do adolescente – Série Pediatria SOPERJ. 2nd ed. Barueri (SP): Manole; 2019.
5. Almeida RS, Brito AR. Seção 33: Saúde Mental. In: Sociedade Brasileira de Pe-

diatria. Tratado de pediatria. 6th ed. v. 2. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2025. p.1087-142.
6. Almeida RS, Brito AR. Saúde mental na prática pediátrica. In: Silva LR, Solé D, editores. Diagnóstico em Pediatria. 2nd ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2022. p.122-32.
7. Rey JM, Martin A. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) [homepage on the Internet]. Violência contra crianças e adolescentes está amplamente disseminada e afeta milhões em todo o mundo, aponta UNICEF [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/
9. Brasil. Ministério do Orçamento e Planejamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [homepage on the Internet]. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2025 [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/05/atlas-violencia-2025.pdf
10. Njaine K, Assis SG, Constantino P, et al. Impactos da violência na saúde. 4th ed. Rio de Janeiro (RJ): Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ; 2020.
11. Organização Mundial da Saúde; Krug EG, Dahlberg LL, et al [homepage on the Internet]. Relatório mundial sobre violência e saúde [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf
12. Organização das Nações Unidas (ONU) [homepage on the Internet]. Convenção sobre os Direitos das Crianças [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/cdc-versao-crianca
13. Estatuto da Criança e do Adolescente e normas correlatas. 2nd ed. Atualizada até maio de 2023. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2023.
14. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Ago 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço (Cadernos de atenção básica, 8). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
16. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, organizadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018.
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th ed. Texto revisado (DSM-5-TR). Porto Alegre (RS): Artmed; 2023.

CAPÍTULO 16.J

Alertas dos especialistas: Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Rodrigo Ragazzini
Carolina Galhós de Aguiar
Cássia Niero

O radiologista desempenha um papel central na identificação de maus-tratos, uma vez que os achados de imagem podem representar o primeiro indício de violência. Os exames de imagem são ferramentas indispensáveis, pois muitas lesões podem ser clinicamente sem sintomas evidentes, como as fraturas ocultas ou as lesões intracranianas, principais responsáveis pela morbidade e mortalidade em crianças abusadas.[1] O esqueleto imaturo e as características anatômicas das crianças as tornam particularmente vulneráveis a padrões de lesão específicos que, quando identificados, são altamente sugestivos de maus-tratos. Portanto, saber reconhecer padrões de achados radiológicos, bem como conhecer a rotina propedêutica de investigação por imagem, é fundamental para o diagnóstico correto e proteção da criança.[2,3]

Investigação por imagem

→ *Avaliação inicial e levantamento esquelético*

Uma vez feita a hipótese de abuso infantil, deve-se realizar uma série de imagens radiográficas, sistematicamente realizadas, que abrangem todo o esqueleto (*skeletal survey*), principalmente em crianças menores de 2 anos (ou que não deambulam) com achados clínicos como queimaduras, hematomas, fraturas únicas inexplicáveis, hemorragias retinianas e intracranianas.[4,5] Cada região anatômica deve ser visualizada separadamente para garantir uma imagem com den-

sidade uniforme e nítida. A qualidade técnica é fundamental e a presença de artefatos ou baixa qualidade podem comprometer a avaliação.[5] É proscrita a realização do corpo todo em uma única radiografia (*babygram*), pois possui baixa acurácia para detecção de lesões.

A rotina radiológica solicitada na investigação inicial encontra-se detalhada no Quadro 16.J.1. Radiografias adicionais podem ser realizadas, como incidências em perfil dos ossos longos, incidência frente e perfil de articulações específicas e oblíquas ou *Towne* do crânio, por exemplo. Estas radiografias devem ser revistas por um radiologista qualificado e, de preferência, também por um radiologista pediátrico.

Quadro 16. J.1 – Estudo radiológico completo do esqueleto realizado para investigar lesões suspeitas relacionadas ao abuso físico infantil

Esqueleto apendicular	**Incidências**
Úmero direito e esquerdo	Frente (AP)
Ulna e rádio direito e esquerdo	Frente (AP)
Mão direita e esquerda	Frente (PA)
Fêmur direito e esquerdo	Frente (AP)
Tíbia e fíbula direita e esquerda	Frente (AP)
Pé direito e esquerdo	Frente (AP)
Esqueleto axial	**Incidências**
Crânio	Frente e perfil*
Tórax	Frente (AP) e oblíquas (ambos os lados)
Abdome e pelve	Frente (AP)
Coluna cervical, toracolombar e sacro	Perfil

*Se uma TC de crânio tiver sido realizada pouco antes do exame completo do esqueleto e sua resolução for suficiente para fornecer imagens multiplanares e volumétricas de alta qualidade, o radiologista pode excluir as incidências frente e perfil do crânio da série esquelética.
Fonte: Adaptado de American College of Radiology.[6]

Exames de acompanhamento podem ser necessários onze a quatorze dias após a apresentação inicial, permitindo identificar fraturas não visíveis na fase aguda, mas que se tornam aparentes com a formação de calo ósseo ou reação periosteal, sendo de especial importância

para fraturas de costelas e lesões metafisárias.[1,4,5] Exames esqueléticos *post-mortem* também podem ser úteis para documentar a agressão.

Os achados do estudo radiográfico do esqueleto podem guiar a realização de exames complementares para o diagnóstico, incluindo tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) do crânio, RM de corpo inteiro, TC do tórax, abdome e de extremidades, ultrassonografia (US) de abdome e/ou de partes moles ou, até mesmo, cintilografia (MN) óssea. Em crianças maiores, pode-se prescindir do estudo completo do esqueleto e realizar exames selecionados a partir da história e do exame físico.

→ *Exames de imagem em situações específicas na emergência*

Em relação aos exames específicos que podem ser realizados nos casos de trauma grave ou lesões específicas, destacam-se:

- *Crânio*: A **TC** é a modalidade de primeira linha por ser rápida e eficaz na detecção de fraturas cranianas, edema cerebral e hemorragias agudas.[7] As fraturas cranianas complexas ou aquelas que cruzam suturas são mais sugestivas de abuso.[8] A **RM** de encéfalo é superior à TC para avaliar lesões parenquimatosas cerebrais, hemorragias subdurais menores ou crônicas.[9,10]
- *Abdome*: A **TC** é a modalidade de escolha para avaliação.[1,11] Lesões viscerais devem ser investigadas; lesões de intestino e pâncreas são raras em traumas acidentais e desproporcionalmente elevadas em crianças abusadas.[1,12] A **US** pode ser útil como exame inicial rápido na emergência para identificar líquido livre intra-abdominal ou lesões de órgãos sólidos, mas sua sensibilidade é limitada para lesões pancreáticas ou intestinais.
- *Tórax*: As **radiografias oblíquas** do tórax são fundamentais para a detecção de fraturas de costelas. A **TC de tórax** pode ser considerada para casos de alta suspeita ou quando as radiografias são inconclusivas, pois oferece maior sensibilidade para identificar fraturas de costela.[1,5]
- *Pescoço e coluna*: A **RM,** preferencialmente de toda a coluna, é o exame de escolha para avaliar lesões que são frequentemente subestimadas pela TC.[7,13] Embora as fraturas vertebrais e as lesões medulares sejam raras em casos de abuso, quando presentes, são altamente significativas para o diagnóstico.[14]

Segurança sobre radiação ionizante

As doses de radiação ionizante em exames de imagem devem obedecer aos princípios de justificação da prática e otimização de dose. A realização da série de imagens radiográficas na avaliação completa do esqueleto se justifica porque corresponde ao método com menor dose possível (otimizada) capaz de fornecer a acurácia necessária para avaliar as lesões relacionadas a maus-tratos,[6,15] imprescindível no contexto do abuso infantil, diante da alta morbimortalidade associada. A radiografia única do esqueleto (*babygram*) não tem acurácia suficiente para o diagnóstico e, portanto, não traz o benefício mínimo que justifique seu uso.

Estes mesmos princípios devem guiar as solicitações de TC, por também envolver radiação ionizante. O conceito de risco/benefício também deve ser considerado para exames que utilizam meio de contraste e/ou sedação.

Achados radiológicos

→ *Avaliação inicial e levantamento esquelético*

No estudo completo do esqueleto, deve-se procurar qualquer lesão traumática, em especial fraturas metafisárias clássicas, altamente específicas para trauma não acidental, bem como fraturas de escápula, de processos espinhosos e do esterno, no segmento posterior das costelas, observando se as lesões possuem diferentes estágios de consolidação (Quadro 16.J.2).[15] A especificidade destas fraturas é maior em crianças menores ou que não andam, pois, em crianças maiores, elas podem ser decorrentes de traumas acidentais. Além disso, deve-se sempre considerar as possíveis variações anatômicas e situações que possam justificar estes tipos de fraturas, como doenças genéticas e metabólicas que acometam os ossos.

→ *Achados esqueléticos*

As fraturas são o segundo achado mais comum em crianças vítimas de abuso físico, perdendo apenas para as contusões cutâneas e são encontradas em até 55% desses casos, com 18% apresentando múltiplas fraturas.[16,17]

- *Lesões metafisárias clássicas (LMC)*: Altamente específicas para abuso, raramente encontradas em outras circunstâncias, com exceção de

doenças metabólicas.[1,12] Resultam de forças de cisalhamento aplicadas à metáfise, tipicamente em movimentos de torção e puxão ou chacoalhar violento. Radiograficamente, podem se apresentar como fraturas em "alça de balde" (*bucket handle*) ou "canto" (*corner fracture*), que representam avulsões da metáfise próxima à placa de crescimento.[1,4,18] São mais comuns em crianças menores de dois anos, especialmente ao redor dos joelhos, tornozelos e ombros.[1,4]

No Quadro 16.J.2 estão descritas as especificidades - alta, moderada e baixa – das lesões.

Quadro 16.J.2 – Especificidade das lesões no abuso infantil

Especificidade	Lesão
Alta	Lesões metafisárias clássicas
	Fraturas múltiplas de costelas, especialmente posteriores
	Fraturas da escápula
	Fraturas do esterno
	Fraturas do processo espinhoso.
Moderada	Fraturas múltiplas, principalmente, se bilaterais
	Fraturas em vários estágios de consolidação
	Separações epifisárias
	Fraturas em corpos vertebrais e subluxações
	Fraturas digitais
	Fraturas complexas do crânio
	Fraturas pélvicas
Baixa	Neoformação óssea subperiosteal
	Fraturas na diáfise de ossos longos
	Fraturas lineares do crânio
	Fraturas de clavícula

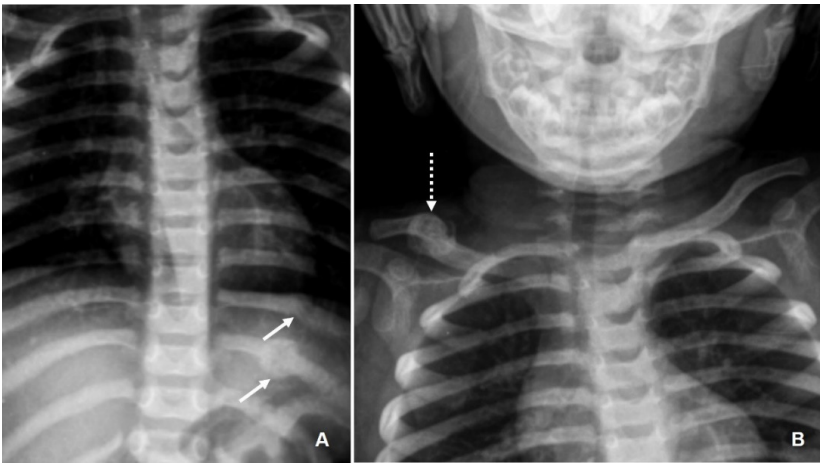
Fonte: Adaptado de: Dwek R.[15]

- *Fraturas de costela*: Fraturas posteriores são altamente específicas para abuso em crianças, sendo raras em traumas acidentais ou em ressuscitação cardiopulmonar (RCP).[1,19] Elas ocorrem devido à compressão anteroposterior do tórax, que causa alavancagem das

costelas sobre o processo transverso vertebral. Fraturas múltiplas em diferentes estágios de cura e fraturas bilaterais também são altamente sugestivas.[20]

- *Múltiplas fraturas em diferentes estágios de cura*: A presença de fraturas em várias localizações e em diferentes fases de cicatrização (agudas, subagudas, antigas) é um indicador forte de traumas repetidos e, portanto, de abuso físico[1,16] (Figura 16.J.1). Os estágios de cicatrização radiológica incluem alterações de tecidos moles (zero a oito dias), formação de novo osso subperiosteal (dez a catorze dias), calo mole (duas a três semanas) e calo duro (após três semanas).[1]

Figura 16.J.1 – RX em lactente de 10 meses. RX de tórax com fraturas costais em diferentes estágios de consolidação (A, setas brancas) e fratura de clavícula direita (B, seta pontilhada). Histórico de duas evasões hospitalares e discrepância entre a história relatada e os achados radiológicos

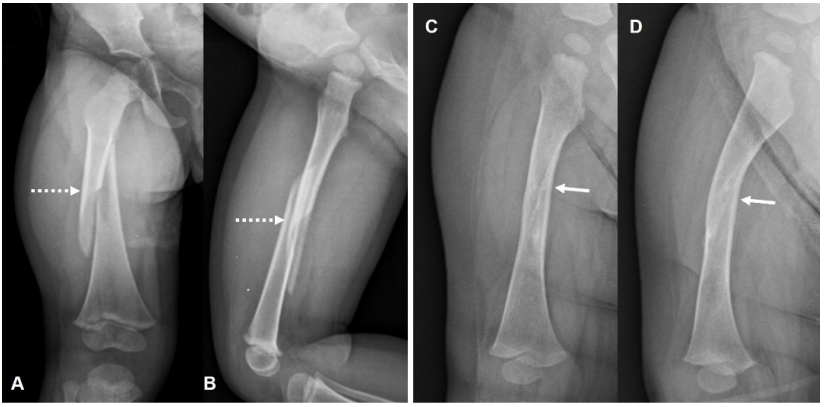


Fonte: Arquivo pessoal.

- *Fraturas vertebrais*: Fraturas por compressão toracolombar podem ser causadas por movimentos de chacoalhar, implicando em flexão e hiperextensão da coluna vertebral. Lesões dos ligamentos interespinhais também podem ocorrer.[14]

- *Fraturas de ossos longos*: Embora as fraturas diafisárias de ossos longos possam ser acidentais, a ocorrência em crianças que não deambulam deve levantar forte suspeita de abuso, especialmente fêmur e úmero, que apresentam alta probabilidade de serem decorrentes de abuso (43% e 48%, respectivamente)[1] (Figura 16.J.2). Fraturas espirais em crianças que não deambulam também são altamente sugestivas de abuso, pois resultam de forças de torção incomuns.[20]

Figura 16.J.2 – A e B: RX de criança de 2 anos, relato de queda do sofá e fratura completa do fêmur, em espiral (setas pontilhadas). C e D: Lactente de 5 meses com trauma obstétrico durante a extração no parto e RX do fêmur aos 5 meses com fratura diafisária em espiral em consolidação (setas brancas)



Fonte: Arquivo pessoal.

- *Outras fraturas*: Fraturas de escápula, esterno, clavícula e pelve, especialmente quando não associadas à história de trauma de alta energia, também podem indicar abuso.[16]

→ *Achados cranianos e intracranianos*

Lesões cranianas e intracranianas são a principal causa de morte e morbidade em crianças abusadas, principalmente em lactentes.

- *Hemorragia subdural (HSD)*: É a lesão intracraniana mais comum e preocupante em casos de abuso, especialmente quando multi-

focal, inter-hemisférica ou associada a lesões cerebrais parenquimatosas[9] (Figura 16.J.3). Ocorre devido ao cisalhamento das veias ponte durante a aceleração e desaceleração violentas do cérebro (por exemplo, no chacoalhar).[21] Em crianças menores de dois anos, a HSD é um forte indicador de trauma não acidental.[21]

- *Hemorragia subaracnóidea (HSA)*: Embora menos comum que a HSD, a HSA pode ocorrer devido à ruptura de vasos superficiais do cérebro em traumas de alta energia[21] (Figura 16.J.3).
- *Lesão axonal difusa (LAD)*: Resulta de forças de cisalhamento em traumas rotacionais, afetando a junção da substância cinzenta e branca. É mais bem visualizada na RM com sequências de difusão.[21]
- *Contusões cerebrais e edema*: Contusões focais no parênquima cerebral e edema cerebral difuso são achados importantes, indicando trauma significativo e podendo levar a déficits neurológicos graves[21] (Figura 16.J.3). O edema cerebral pode ser um achado proeminente e em lactentes, o sinal de reversão (hipoatenuação difusa do córtex com preservação da atenuação dos gânglios da base e tálamo) na TC sugere lesão hipóxico-isquêmica grave.[21]

Figura 16.J.3. TC de crânio de lactente de 3 meses. Suspeita de síndrome do bebê sacudido. TC mostra hemorragias agudas bilaterais (setas brancas) e edema do parênquima à esquerda (seta pontilhada). No exame de fundoscopia, encontradas hemorragias retinianas



Fonte: Arquivo pessoal.

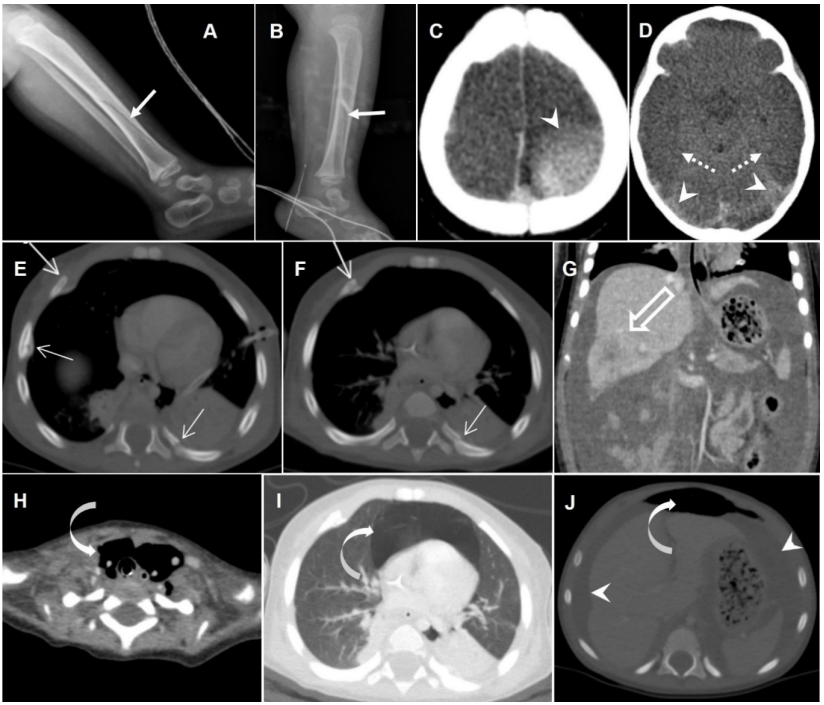
- *Fraturas de crânio*: Fraturas múltiplas, complexas (estreladas), que cruzam suturas ou que envolvem a base do crânio, são mais sugestivas de abuso do que fraturas lineares simples.[8]

→ *Achados abdominais*

Lesões abdominais viscerais, embora menos frequentes que as esqueléticas ou cranianas, são associadas à alta morbidade e mortalidade em crianças abusadas.[1,4,11]

- *Lesões de intestino e pâncreas*: Estas lesões são relativamente raras em traumas acidentais, mas são desproporcionalmente mais comuns em casos de abuso físico.[1,4,11] Lesões intestinais podem incluir perfurações ou hematomas da parede intestinal, especialmente no duodeno e jejuno proximal.[11] Lesões pancreáticas variam de pancreatite a lacerações.[11]
- *Lacerações de órgãos sólidos*: Fígado e baço podem ser lacerados, mas sem um padrão específico que os diferencie de traumas acidentais. No entanto, lesões no lobo esquerdo do fígado são mais frequentes em abuso, devido a golpes aplicados frontalmente.[1] A presença de líquido livre intra-abdominal sem história clara de trauma acidental deve levantar suspeita[11] (Figura 16.J.4).

Figura 16.J.4. RX e TC em lactente de 1 ano e 11 meses. Admitida em coma. RX com fratura de tíbia esquerda (A e B, setas brancas). TC de crânio evidenciou hemorragias agudas (C e D, setas brancas) e edema difuso (D, setas pontilhadas). No tórax, fraturas costais em diferentes estágios de consolidação (E e F, setas brancas). No abdome, laceração hepática (G, seta vazia), extenso pneumomediastino, gás pré-peritoneal (H-J, setas curvas) e ascite (J, cabeças de seta). Apresentava hematomas, queimaduras e lesões cortantes em diferentes fases de cicatrização



Fonte: Arquivo pessoal.

Diagnóstico diferencial

Distinguir lesões acidentais de não acidentais é um dos maiores desafios na avaliação de abuso infantil. Um histórico clínico inconsistente ou ausente é um alerta crucial.[1,16]

→ *Idade da lesão*

A datação das fraturas é um aspecto controverso e desafiador, pois a taxa de cura pode variar significativamente com a idade do paciente, o osso afetado e o tipo de fratura.[7] É possível fornecer uma estimativa ampla (aguda, em cicatrização, ou antiga), mas evitar a datação precisa é recomendado, pois pode levar a contestações legais e discrepâncias entre especialistas.[7]

→ *Condições médicas que mimetizam abuso*

Algumas condições podem apresentar achados radiológicos semelhantes aos de abuso, tornando o diagnóstico diferencial complexo.[21]

- *Doenças ósseas metabólicas*
  - *Osteogênese imperfeita*: Doença genética que causa fragilidade óssea e fraturas recorrentes.[2] O padrão e localização das fraturas podem ser diferentes das abusivas e a presença de escleras azuis, perda auditiva e anomalias dentárias pode ajudar no diagnóstico.
  - *Raquitismo*: Causa enfraquecimento ósseo e pode levar a fraturas, especialmente em metáfises, mas a apresentação radiológica (alargamento e irregularidade das metáfises) é distinta das LMCs.[15]
  - *Deficiência de cobre*: Rara, pode causar fraturas e reações periosteais.[1]
- *Distúrbios hematológicos*
  - *Doença de Von Willebrand ou hemofilia*: Podem causar sangramentos e hematomas que, em casos raros, são passiveis de serem confundidos com lesões por abuso, mas geralmente não causam fraturas com os padrões específicos de abuso.[2]
- *Outras condições*
  - *Meningite*: Pode levar a efusões subdurais que, por vezes, são confundidas com HSD crônica.[2]
  - *Hemorragia traumática do nascimento*: Algumas hemorragias intracranianas ou fraturas (ex.: clavícula, úmero, fêmur) podem ocorrer durante o parto (Figura 16.J.2C e D), mas são geralmente agudas e o histórico é claro.[1] Fraturas de costela relacionadas ao nascimento são extremamente raras e associadas a partos difíceis e bebês grandes.[19]

A colaboração multidisciplinar com pediatras, neurocirurgiões, cirurgiões pediátricos, ortopedistas, neuropediatras, assistentes sociais,

psicólogos e enfermagem é fundamental para uma avaliação abrangente e precisa, minimizando o risco de um diagnóstico incorreto ou de um falso negativo.[2]

Comentários finais

Os exames de imagem são indispensáveis para a detecção de lesões relacionadas a maus-tratos, frequentemente não evidentes clinicamente. O radiologista desempenha uma função crucial na identificação de padrões de lesão altamente sugestivas de abuso – que podem ser o achado inicial – e na colaboração com a equipe multidisciplinar para conduzir casos complexos. O conhecimento da propedêutica diagnóstica, dos principais achados de imagem e dos diagnósticos diferenciais é vital para uma abordagem acurada, garantindo decisões precisas e o bem-estar da criança.

Referências

1. Negus S. The role of radiology in child abuse. Infant. 2015;11(4):127-30.
2. Lonergan GJ, Baker AM, Morey MK, et al. From the archives of the AFIP child abuse: radiologic-pathologic correlation. RadioGraphics. 2003;23:811-45. doi: 10.1148/rg.234035030
3. Offiah AC, Hall CM. Skeletal imaging of child abuse. Pediatr Radiol. 2009;39:461-70. doi: 10.1007/s00247-009-1157-1
4. Cavalcante ND, Lederman HM. Alertas dos especialistas: radiologia e diagnóstico por imagem. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 243-59.
5. Kleinman PK, Nimkin K, Spevak MR, et al. Follow-up skeletal surveys in suspected child abuse. AJR Am J Roentgenol. 1996;167(4):893-6. doi: 10.2214/ajr.167.4.8819377
6. American College of Radiology [homepage na internet]. Appropriateness criteria [citado 2025 Out 05]. Disponível em: https://acsearch.acr.org/list
7. Cosgrave L, Bowie S, Walker C, et al. Abusive head trauma in children: radiographs of the skull do not provide additional information in the diagnosis of skull fracture when multiplanar CT with 3D reconstructions is available. Pediatr Radiol. 2022;52:924-31. doi: 10.1007/s00247-021-05256-9
8. Martin A, Paddock M, Johns CS, et al. Avoiding skull radiographs in infants with suspected inflicted injury who also undergo head CT: "a no-brainer?". Eur Radiol. 2020;30:1480-7. doi: 10.1007/s00330-019-06579-w
9. Vázquez E, Delgado I, Sánchez-Montañez A, et al. Imaging abusive head trauma: why use both CT and MRI? Pediatr Radiol. 2014;44(Suppl 4):S589-603. doi: 10.1007/s00247-014-3216-5
10. Proisy M, Vivier PH, Morel B, et al. Whole-body MR imaging in suspected physical child abuse: comparison with skeletal survey and bone scintigraphy findings from the PEDIMA prospective multicentre study. Eur Radiol. 2021;31(11):8069-

8080. doi: 10.1007/s00330-021-07896-9
11. Sivit CJ, Taylor GA, Eichelberger MR. Visceral injury in battered children: a changing perspective. Radiology. 1989;173:659-61. doi: 10.1148/radiology.173.3.2813769
12. Raissaki M, Veyrac C, Blondiaux E, et al. Abdominal imaging in child abuse. Pediatr Radiol. 2011;41(1):4-16. doi: 10.1007/s00247-010-1882-5
13. Canty KW, Feldman KW, Bartnik-Olson B, et al. Current issues and controversies surrounding spine imaging and the significance of spinal subdural hemorrhage in suspected abusive head trauma. Pediatr Radiol. 2022;52(13):2445-9. doi: 10.1007/s00247-022-05534-0
14. Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT, et al. Imaging of spinal injury in abusive head trauma: a retrospective study. Pediatr Radiol. 2014;44:1130-40. doi: 10.1007/s00247-014-2959-3
15. Dwek R. The RX approach to child abuse. Clin Orthop Relat Res. 2011;469:776-89. doi: 10.1007/s11999-010-1414-5
16. Karmazyn B, Lewis ME, Jennings SG, et al. The prevalence of uncommon fractures on skeletal surveys performed to evaluate for suspected abuse in 930 children: should practice guidelines change? AJR Am J Roentgenol. 2011;197:W159-63. doi: 10.2214/AJR.10.5733
17. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, et al. Evaluating young children with fractures for child abuse: clinical report. Pediatrics. 2025;155(2):e2024070074. doi: 10.1542/peds.2024-070074
18. Kleinman PK, Marks SC, Blackbourne B. The metaphyseal lesion in abused infants: a radiologic-histopathologic study. AJR Am J Roentgenol. 1986;146:895-905. doi: 10.2214/ajr.146.5.895
19. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child. J Am Coll Radiol. 2017;14:S338-s349. doi: 10.1016/j.jacr.2017.01.036
20. Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, et al. Long-bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse. Pediatrics. 1991;88:471-6.
21. Barnes PD, Robson CD. CT findings in hyperacute nonaccidental brain injury. Pediatr Radiol. 2000;30:74-81. doi: 10.1007/s002470050018

CAPÍTULO 17

Maus-tratos no atendimento médico de crianças e adolescentes: práticas inadequadas e impactos ético-clínicos

Mário Roberto Hirschheimer

O cuidado médico à criança e ao adolescente deve estar pautado em princípios éticos, técnicos e legais que assegurem seu desenvolvimento saudável e protegido. No entanto, práticas institucionais inadequadas, muitas vezes banalizadas na rotina clínica, configuram formas de maus-tratos que comprometem a qualidade assistencial e violam os direitos fundamentais da população infantojuvenil.

Diferentemente das formas explícitas de violência física ou negligência familiar, os maus-tratos institucionais ocorrem no próprio ambiente de saúde e incluem a hipermedicação, a solicitação desnecessária de exames, a negligência diagnóstica, a exposição evitável à dor, o desrespeito à escuta da criança e até a violência verbal ou moral por parte de profissionais da saúde.[1,2]

Essas práticas, muitas vezes motivadas pela lógica da produtividade, pela insegurança clínica ou pela falta de formação humanista, impactam negativamente a saúde física e emocional da criança. É essencial que os profissionais reconheçam tais condutas como formas de violência institucional e busquem alternativas pautadas na escuta qualificada, no vínculo terapêutico e na integralidade do cuidado.

Hipermedicação e medicalização da infância

A hipermedicação se refere ao uso excessivo e, por vezes, inadequado de medicamentos em situações clínicas que poderiam ser maneja-

das com abordagens não farmacológicas. A Pediatria tem vivenciado um crescimento preocupante da prescrição de antibióticos em quadros virais, ou o uso precoce e sem respaldo sem evidências seguras de psicofármacos, como os para transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e antidepressivos.[3,4]

Essas condutas são facilitadas por pressões familiares, por modelos biomédicos reducionistas e pela medicalização do sofrimento infantil. Os riscos incluem reações adversas, dependência medicamentosa, alterações neurocomportamentais e perda de confiança na relação médico-paciente.

A literatura destaca que o uso racional de medicamentos exige uma avaliação crítica da real necessidade da intervenção farmacológica, considerando sempre o estágio de desenvolvimento da criança e o contexto biopsicossocial do sintoma.[5]

Exames invasivos e desnecessários

A solicitação excessiva de exames complementares é outra prática recorrente e potencialmente danosa. Radiografias, tomografias, exames laboratoriais invasivos e ressonâncias são, por vezes, solicitados sem critérios clínicos bem definidos. Além de aumentarem os custos do sistema de saúde, essas intervenções expõem as crianças a riscos físicos, como a radiação ionizante e o sofrimento emocional evitável.[6]

A exposição à dor também é frequentemente negligenciada. Procedimentos como coleta de sangue, punções e exames ginecológicos em adolescentes devem ser precedidos de explicações claras, preparo emocional e, quando necessário, uso de anestesia ou sedação.[7] A banalização da dor infantil configura, por si só, uma forma de violência.

Negligência diagnóstica e violência simbólica

A negligência diagnóstica é uma forma menos evidente de maus-tratos, mas com impactos graves. Ocorre quando sintomas são minimizados, ignorados ou rotulados como "psicológicos" sem uma investigação apropriada. Crianças com doenças autoimunes, distúrbios neurológicos ou síndromes raras são particularmente vulneráveis a esse tipo de negligência, o que pode retardar diagnósticos e agravar quadros clínicos.[8]

Além disso, a violência simbólica, expressa por meio de repreensões, julgamentos morais, tom irônico ou desconsideração da autonomia do paciente, afeta a autoestima da criança e prejudica a formação de vínculos sólidos.[9]

A escuta da criança no processo de cuidado

Apesar de serem sujeitos de direitos, as crianças e adolescentes frequentemente não são escutados nos atendimentos médicos. Seu protagonismo é ignorado, ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegure sua participação ativa nas decisões sobre sua saúde.[10]

O artigo 11 do ECA[10] assegura o acesso universal às ações e serviços de saúde, com atenção às necessidades específicas de crianças e adolescentes. Assim, a legislação estimula sua participação ativa, respeitando seu nível de entendimento e desenvolvimento.

Esse princípio é reforçado pelos Conselhos de Medicina e por políticas do Ministério da Saúde, que orientam os profissionais a buscarem o assentimento do adolescente sempre que possível.

O Conselho Federal de Medicina, por meio do Parecer nº 25/2013,[11] reconhece que adolescentes com capacidade de discernimento podem ser atendidos em contextos de risco mesmo sem o acompanhamento dos responsáveis, desde que o profissional avalie sua maturidade e compreensão sobre a conduta a ser adotada (Art. 74 do Código de Ética Médica).[12] O Parecer nº 55/2015[13] reforça que, ainda que o consentimento deva ser obtido dos responsáveis, é imperativo buscar o assentimento do adolescente, com base em princípios bioéticos como a autonomia, beneficência e respeito à dignidade.

Além desses, pareceres regionais, como o do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas (Parecer CREMAM nº 04/2018) sustentam que solicitar o assentimento esclarecido do adolescente é não apenas uma conduta ética, mas uma prática que fortalece o vínculo terapêutico e promove maior corresponsabilidade no cuidado.[14]

Tais diretrizes refletem uma mudança no paradigma do cuidado em saúde, onde o adolescente deixa de ser apenas objeto de tutela e passa a ocupar lugar de protagonismo nas decisões clínicas que o

envolvem. Isso é particularmente relevante em áreas como o direito a informações e meios para uma vida sexual segura,[15] saúde mental e procedimento invasivos, nas quais aspectos éticos e jurídicos coexistem de forma sensível.

Considerações éticas e diretrizes para o cuidado humanizado

A ética do cuidado pediátrico exige mais do que competência técnica: requer escuta ativa, empatia, respeito à autonomia progressiva da criança e compromisso com a proteção integral. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)[16] e da Política Nacional de Humanização do SUS[17] orientam práticas que promovam o acolhimento, o vínculo e a redução de intervenções desnecessárias.

Além disso, é fundamental que os currículos de graduação e residência em saúde incluam conteúdos sobre violência institucional, bioética e abordagem humanizada, preparando os profissionais para reconhecer e evitar condutas que possam configurar maus-tratos.

Os pecados da Medicina

Ao longo da história, a prática médica tem sido marcada por avanços notáveis, mas também por vícios e comportamentos que comprometem a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, descritos inicialmente como os Sete Pecados da Medicina, propostos por Richard Asher, em 1968,[18] como práticas prejudiciais que, muitas vezes, ocorrem sem que os profissionais de saúde se apercebam dos danos causados aos pacientes. Embora formulados para a Medicina em geral, esses pecados também são aplicáveis à Pediatria.

Aos sete pecados descritos por Asher (obscuridade, crueldade, falta de educação, hiperespecialização, espanofilia, mau senso e preguiça), André Islabão[19] acrescentou mais três praticados na prática médica contemporânea (pressa, neomania e certeza).

A obscuridade no discurso médico distancia os pacientes do conhecimento sobre sua própria saúde, enquanto a crueldade, seja verbal ou física, intensifica o sofrimento daqueles que já enfrentam condições delicadas. A falta de educação, entendida como cortesia no trato humano, prejudica o relacionamento entre médicos e pacientes, assim como entre profissionais de saúde.

A hiperespecialização, embora tecnicamente necessária, frequentemente fragmenta o cuidado e dificulta uma abordagem holística do paciente. Já a espanofilia (obsessão pelo raro) leva ao descuido com diagnósticos comuns e impacta negativamente a eficiência da Medicina. O mau senso (ausência de bom senso), por sua vez, pode resultar em orientações médicas desconectadas da realidade socioeconômica dos pacientes.

A preguiça, dividida entre física e mental, compromete a qualidade da análise clínica e da interpretação crítica de informações médicas. A pressa imposta pelo mundo moderno distorce os tempos naturais de cura e interfere na experiência da consulta médica. A neomania, ou o apego exagerado ao novo, frequentemente leva ao uso precipitado de tecnologias e medicamentos ainda não plenamente testados.

Por fim, a certeza, talvez o pecado mais perigoso, afasta os médicos da humildade científica e da prudência clínica, essenciais para um cuidado seguro e responsável. Para superar esses desafios, é necessário que os profissionais reconheçam suas falhas e busquem constantemente aprimorar sua prática.

Como médicos, somos grandes pecadores. Porém, como todos os pecadores, somos passíveis de perdão quando reconhecemos nossos erros e agimos de forma sincera para minimizá-los. Não reconhecer os próprios erros é uma característica dos seres arrogantes. Arrogância – esta que é, para alguns, o pecado capital da Medicina.

Negligência nos cuidados médicos

A negligência médica é uma forma persistente de violência por negligência, definida pelo UNICEF,[20] como a privação deliberada de cuidados médicos adequados, mesmo quando os responsáveis têm recursos e acesso. Inclui a omissão em fornecer tratamento indispensável ou a falha em buscar assistência médica oportuna (ver Capítulo 4 - Negligência ou Omissão do Cuidar).

A Academia Americana de Pediatria (AAP)[21] define critérios para identificar essa negligência, como risco real à saúde da criança devido à omissão, benefício clínico comprovado do tratamento, superioridade dos benefícios sobre os riscos, acessibilidade comprovada ao tratamento e clareza na comunicação médica com os pais. A prática

de buscar atendimento em serviços de urgência e emergência para agravos rotineiros, devido à dificuldade de agendamento na atenção básica, sobrecarrega esses serviços e expõe crianças a riscos, ressaltando a importância da continuidade do cuidado ambulatorial.

Supervalorização da produtividade

A supervalorização da produtividade em modelos gerenciais modernos gera tensões que comprometem a qualidade do atendimento pediátrico. Isso leva à redução do tempo de consulta, fragilização do vínculo terapêutico, negligência da complexidade da criança, medicalização excessiva, diagnósticos imprecisos e desvalorização da dimensão educativa. Também afeta os profissionais, causando exaustão, *burnout*, conflito ético-moral e desumanização do cuidado.[22,23] A prática pediátrica não deve ser mercantilizada, mas sim valorizar o cuidado integral, que exige qualificação, disponibilidade, ética e tempo. É necessário repensar como a gestão é conduzida na área pediátrica.

Prevenção de práticas abusivas no atendimento pediátrico

A comunicação consiste no compartilhamento de informações, compreensões e sentimentos entre interlocutores em posições distintas – quem emite a mensagem e quem a recebe. No contexto da saúde, a comunicação clara e acessível é essencial, pois influencia diretamente a compreensão e a resposta do paciente e sua família.[24]

O letramento funcional em saúde refere-se à capacidade cognitiva de obter, interpretar e aplicar informações sobre saúde, seja por meio da comunicação escrita ou falada. Essa competência aprimora a interação bidirecional, permitindo que os indivíduos expressem suas ideias com clareza e compreendam adequadamente as mensagens recebidas.[25]

Na prática clínica, pacientes com letramento satisfatório apresentam maior capacidade de compreender orientações médicas e seguir corretamente prescrições terapêuticas, ao contrário daqueles com letramento limitado, que enfrentam dificuldades na expressão e na assimilação de informações essenciais.[25]

O letramento dos profissionais de saúde é igualmente relevante. O uso de vocabulário acessível e técnicas de comunicação adequadas são fundamentais para mitigar impactos negativos que fatores como

adoecimento, medo, estresse ou desconforto possam gerar na interação entre profissionais e pacientes.

A prevenção de práticas abusivas no atendimento pediátrico exige, acima de tudo, o respeito à dignidade e à empatia na relação com o paciente e sua família, assegurando um ambiente acolhedor e humanizado.

Comentários finais

Maus-tratos institucionais no atendimento médico de crianças e adolescentes são práticas muitas vezes invisibilizadas, mas com efeitos profundos sobre a saúde e o desenvolvimento. A hipermedicação, os exames desnecessários, a negligência diagnóstica, o desrespeito à escuta da criança e a exposição evitável à dor são expressões de um modelo assistencial que precisa ser revisto.

Reconhecer essas práticas e adotar condutas pautadas na humanização, na ética e na escuta ativa é um imperativo para garantir a saúde integral da infância e da adolescência. A construção de uma Medicina pediátrica ética e respeitosa passa necessariamente pela crítica das rotinas institucionais e pelo fortalecimento da formação humanitária e ética dos profissionais de saúde.

Referências

1. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Cien Saude Colet. 2017;22(9):3013-22. doi: 10.1590/1413-81232017229.13712017
2. Zoboli EL. Tomada de decisão em bioética clínica. In: Siqueira JE, Zoboli EL, Sanches M, Pessini L, organizadores. Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília (DF): CFM/SBB; 2016. p. 149-74.
3. Azevedo LJ. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. Psicol USP. 2018;29(3):451-8. doi: https://doi.org/10.1590/0103-656420180107
4. Murray JS, Amin PM. Overprescribing antibiotics in children: an enduring public health concern. J Spec Pediatr Nurs. 2014;19(3):266-9. doi: 10.1111/jspn.12079
5. World Health Organization. Web Annex B. Model list of essential medicines for children – 9th list, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24–28 April 2023. Geneva: WHO; 2023.
6. Thomas KE, Parnell-Parmley JE, Haidar S, et al. Assessment of radiation dose awareness among pediatricians. Pediatr Radiol. 2006;36(8):823-32. doi: 10.1007/s00247-006-0170-x
7. Santos RP, Garros D, Carnevale F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2018;30(2):226-32. doi: 10.5935/0103-507X.20180039

8. Silva AM, Reis AO. Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009;19(3):376-85. doi: 10.7322/JHGD.19933
9. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
10. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
11. Conselho Federal de Medicina [homepage on the Internet]. Parecer CFM nº 25/2013 [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190747/09084756-9-pareceres-dos-conselhos-de-medicina-sobre-o-atendimento-a-adolescentes.pdf
12. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM; 2019.
13. Conselho Federal de Medicina [homepage on the Internet]. Parecer CFM nº 55/2015 [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190747/09084756-9-pareceres-dos-conselhos-de-medicina-sobre-o-atendimento-a-adolescentes.pdf
14. Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas [homepage on the Internet]. Parecer CREMAM nº 04/2018 [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/AM/2018/4_2018.pdf
15. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência [homepage on the Internet]. Anticoncepção na adolescência. Guia prático de atualização nº 7 [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf
16. World Health Organization [homepage on the Internet]. Standards for improving quality of care for children and young adolescents in health facilities [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS [citado 2025 Maio 21]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus
18. Asher R. The seven sins of medicine. Lancet. 1949 Aug 27;2(6574):358-60. doi: 10.1016/s0140-6736(49)90090-2
19. Islabão A [homepage on the Internet]. Os pecados da medicina. Medicina e Saúde [citado 2025 Jul 2]. Disponível em: https://andreislabao.com.br/2023/03/12/os-pecados-da-medicina
20. United Nations Children's Fund [homepage on the Internet]. International Classification of Violence against Children (ICVAC) [citado 2025 Jul 19]. Disponível em: https://tinyurl.com/2vdjnn3t
21. Jenny C. Recognizing and responding to medical neglect. Pediatrics. 2007;120(6):1385-9. doi: 10.1542/peds.2007-2903
22. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-29. doi: 10.1111/joim.12752
23. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. Mt Sinai J Med. 2002;69(6):378-84.
24. Condes RP. A comunicação de notícias difíceis para os pais. In: Barros VFR, coordenadora. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente. São Paulo (SP): Atheneu; 2016. p. 323-32.
25. Passamai MP, Sampaio HA, Dias AM, et al. Letramento funcional em saúde. Interface. 2012;16(41):301-14. doi: 10.24824/978854443150.4

CAPÍTULO 18

Fundamentos éticos e legais no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica

Mário Roberto Hirschheimer
Claudio Barsanti
Roberta Cassandra Moraes

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente de que está diante de uma situação complexa, com risco de morte, que quase sempre deixa sequelas psíquicas graves e, frequentemente, sequelas físicas incapacitantes que afetam todos os membros de um núcleo familiar de forma e intensidade diferentes, com potencial de também afetar gerações futuras da mesma família.[1]

Se o modelo de violência for transmitido e perpetuado nas relações familiares, os filhos aprenderão que a solução de conflitos é determinada pela força e tenderão a reproduzir esse modelo não só nas futuras famílias, mas também em todas as relações interpessoais (na rua, escola, trabalho, etc.).[1]

Pais submetidos a experiências traumáticas durante a infância precoce, como abuso, privação, abandono emocional e castigos físicos determinam traços de personalidade e caráter que podem produzir comportamentos explosivos, violentos e perversos, que podem chegar ao abuso de crianças e adolescentes. Nesse modelo linear, as experiências traumáticas dos pais poderão provocar alterações de comportamento que os levarão a abusar de seus filhos numa relação de causa e efeito.[1]

Assim, as consequências da violência doméstica atingem não só a vida da criança, mas também sua família e a sociedade. Há risco

de sequelas no plano individual, emocional, intelectual e social, não existindo padrão de risco para cada tipo de violência, mas sim um consenso de que são devastadoras.[1]

Objetivo

Orientar e esclarecer o profissional da saúde sobre o atendimento eticamente adequado e juridicamente lícito do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, sejam eles na forma de violência física, sexual e psicológica, seja por negligência.

É dever da família, da sociedade e do Estado colocar crianças e adolescentes a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Art. 227 da Constituição Federal). Compete à equipe multiprofissional de saúde, ao atender uma suposta vítima de violência, representar a sociedade nessa relação.

O desafio é integrar os conhecimentos médico-científicos, jurídicos e de gestão à sensibilidade ética e humanitária numa única abordagem.

Aspectos éticos

A ética médica, pautada nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, assume uma importância singular no contexto da violência doméstica infantil e adolescente. O Código de Ética Médica (CEM),[2] promulgado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), serve como o guia basilar para a conduta dos médicos no Brasil.

→ *Beneficência e não maleficência*

Os princípios de beneficência e não maleficência constituem pilares centrais da ética médica, especialmente no cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência. A beneficência orienta a prática profissional para promover o bem-estar físico, psicológico e social do paciente, enquanto a não maleficência impõe a obrigação de evitar qualquer tipo de dano.[3]

Em contextos de violência doméstica, esses princípios ganham relevância imediata, pois as vítimas, por serem vulneráveis, dependem da atuação ativa e diligente dos profissionais para interromper ciclos de sofrimento e garantir segurança. A atenção ética exige o reconheci-

mento precoce de sinais de violência, seguida de intervenções que protejam e amparem a vítima, sempre agindo em seu melhor interesse.[4]

O artigo 2º do CEM[2] reforça esse compromisso ao afirmar que "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". Essa diretriz ecoa diretamente os valores da beneficência, exigindo não apenas cuidado técnico, mas sensibilidade e comprometimento ético diante de contextos delicados.

Em relação às crianças, cujas capacidades decisórias ainda não estão plenamente desenvolvidas, o princípio da beneficência orienta que decisões sejam tomadas por substitutos legais, respeitando sempre o critério do melhor interesse. O profissional de saúde deve considerar não apenas aspectos médicos, mas também elementos emocionais e sociais, buscando intervenções que favoreçam a integridade global da criança. A não maleficência, nesse caso, impõe limites claros: não apenas evitar intervenções inadequadas, mas também zelar para que nenhuma ação, ou omissão, contribua para perpetuar o sofrimento da vítima.[5]

Na adolescência, com o amadurecimento cognitivo e moral, os jovens tornam-se capazes de participar mais ativamente de decisões que os envolvem. Estudos indicam que adolescentes entre 12 e 18 anos podem desenvolver competência suficiente para compreender riscos, avaliar opções e participar da construção do plano terapêutico.[6,7] A beneficência nesse estágio requer respeitar essa autonomia emergente, sem perder de vista a proteção contra possíveis danos, o que conecta diretamente ao princípio da não maleficência. A escuta qualificada, o fornecimento de informações claras e o estímulo à reflexão são formas de promover o cuidado ético e empático.

Por fim, é importante destacar que tanto a beneficência quanto a não maleficência transcendem a técnica médica. Elas exigem posturas éticas conscientes, sensíveis às particularidades de cada paciente, especialmente em contextos de vulnerabilidade. O pediatra e demais profissionais envolvidos devem atuar como agentes ativos na reconstrução da dignidade e no empoderamento da criança ou adolescente, usando os princípios éticos como guia para decisões difíceis e situações complexas.

→ *Justiça e equidade*

Os princípios da justiça e da equidade são fundamentais para orientar o atendimento ético e humanizado de crianças e adolescentes vítimas de violência. Em contextos de vulnerabilidade, esses valores funcionam como balizadores na distribuição justa de recursos, no acesso não discriminatório aos serviços de saúde e na valorização da singularidade de cada paciente.

Na Bioética, a justiça refere-se à obrigação de tratar os indivíduos de forma equitativa, assegurando que todos recebam cuidados adequados e proporcionais às suas necessidades.[2] Já a equidade destaca a sensibilidade às desigualdades sociais, econômicas e culturais, reconhecendo que pacientes em situações distintas requerem abordagens específicas para alcançar os mesmos níveis de proteção.[8]

O princípio da justiça exige que todas as crianças e adolescentes, independentemente de sua origem socioeconômica, etnia, gênero ou outras características, tenham acesso igualitário e equitativo a um atendimento de qualidade. Isso implica na eliminação de vieses e na garantia de que as vítimas de violência doméstica recebam a atenção e o suporte necessários, sem discriminação. O Artigo 22 do CEM[2] proíbe o médico de "deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência ou emergência, quando não houver outro médico em condições de fazê-lo", reforçando o acesso universal à saúde, inclusive em situações delicadas como a violência.

No atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, a justiça exige que o sistema de saúde assegure acesso prioritário e especializado, dada a sua condição de risco agravado e os obstáculos estruturais que enfrentam para receber ajuda. Isso inclui a formação contínua de profissionais, protocolos de acolhimento empáticos e articulação com redes intersetoriais de proteção social.

A equidade, por sua vez, implica reconhecer vulnerabilidades múltiplas – como pobreza, raça, etnia, deficiência, identidade de gênero e contexto familiar – que influenciam o modo como essas crianças acessam o cuidado.[9] Estudos evidenciam que crianças negras, indígenas, LGBTQIA+ ou com deficiência estão mais suscetíveis à negligência e à invisibilidade institucional, sendo necessário combater práticas discriminatórias de forma ativa.[10]

O princípio da justiça também envolve o acesso à informação apropriada, respeitando a maturidade cognitiva dos pacientes. A comunicação deve ser adaptada à faixa etária, com linguagem acessível e materiais adequados, promovendo compreensão e participação ativa no cuidado.[11] A ausência dessa abordagem pode configurar injustiça informacional, afastando o paciente do protagonismo em sua trajetória terapêutica.

Do ponto de vista institucional, promover justiça significa enfrentar desigualdades sistêmicas que prejudicam o atendimento contínuo e humanizado. Políticas públicas devem investir em serviços especializados, com enfoque intersetorial entre saúde, educação, assistência social e justiça, garantindo que crianças e adolescentes recebam atenção integral e de longo prazo.[12]

A justiça procedimental também merece destaque: adolescentes devem ser ouvidos em decisões clínicas e legais que os afetem, como internações, denúncias ou definições sobre guarda judicial. A escuta qualificada e o estímulo à expressão de sentimentos são formas concretas de consolidar práticas justas e restaurativas, especialmente em situações onde houve violação da dignidade.[13]

Ao priorizar justiça e equidade, os profissionais não apenas asseguram um cuidado mais eficaz, mas também contribuem para a reconstrução da cidadania de jovens historicamente marginalizados pela violência e pela omissão institucional.

→ *Sigilo profissional e sua quebra necessária*

O sigilo profissional é um dos fundamentos essenciais da prática médica, especialmente no contexto do cuidado de crianças e adolescentes. De acordo com o Art. 73 do CEM,[2] o médico está proibido de revelar fatos de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, exceto nos casos de justa causa, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. No entanto, essa norma não é absoluta quando se trata da proteção da integridade física, emocional e psicológica de crianças e adolescentes vítimas de violência. Nessas situações, o dever legal e ético de comunicação sobre casos suspeitos ou confirmados de violência se sobrepõe ao sigilo, respaldado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),[14] que determina, em seus Artigos 13 e 245, a obrigatoriedade de notificação às autoridades competentes.

→ *Autonomia e vulnerabilidade*

Embora a autonomia de crianças e adolescentes seja limitada pela imaturidade cognitiva e emocional, é essencial reconhecer sua capacidade progressiva de expressar opiniões e de participar de decisões que os afetam. A Convenção sobre os Direitos da Criança,[15] ratificada por diversos países, inclusive o Brasil, reforça o direito à escuta e à participação ativa, de acordo com o grau de desenvolvimento.

O poder familiar, conforme o ECA (Art. 21) e o Código Civil (Art. 1.634), deve ser exercido de forma igualitária por ambos os pais, independentemente da situação conjugal. Em caso de discordância, qualquer um dos responsáveis pode recorrer à autoridade judiciária.

Quanto à autonomia individual, adultos têm o direito de decidir sobre seus cuidados, incluindo a recusa a tratamentos médicos – direito garantido pela Lei nº 17.832/2023[16] (que incluiu a Lei Estadual nº 10.241/1999, conhecida por Lei Mario Covas, que estabelece os direitos dos usuários de serviços de saúde no estado) e pelos Artigos 24 e 31 do CEM.

No caso de crianças e adolescentes, os pais são defensores de seus interesses, mas não têm autoridade absoluta sobre suas decisões clínicas. Médicos não são obrigados a atender às exigências dos responsáveis legais quando estas contrariam o melhor interesse do paciente. O CEM, no Art. 74, protege o sigilo profissional de menores com capacidade de discernimento, inclusive frente aos pais, salvo quando há risco à integridade física ou psicológica. Nesses casos, o sigilo pode ser quebrado por justa causa ou obrigação legal (Art. 73), sempre com conhecimento e participação do paciente.

→ *O dilema ético na prática clínica*

A prática clínica apresenta diversas situações em que o médico se vê diante do dilema ético entre preservar o sigilo ou proteger o paciente. Em casos de violência sexual, física ou psicológica, seja no mundo real, seja no mundo virtual, é imperativo acionar o Conselho Tutelar ou outro órgão competente, conforme preconizado pela legislação. Quando adolescentes se apresentam desacompanhados em situação de vulnerabilidade, como gravidez ou uso de substâncias psicoativas, o profissional deve avaliar criteriosamente a capacidade de compreensão do paciente e os riscos envolvidos. A manutenção do sigilo

pode ser legítima em alguns casos, mas sua quebra será justificável se houver ameaça à vida ou à saúde do paciente.[17]

É importante que o profissional seja conhecedor sobre o amparo legal que sustenta suas decisões, como o próprio CEM, o ECA, o Código Penal e normas técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde. A atuação ética e legal exige equilíbrio entre respeito à confidencialidade, proteção integral da criança e adolescente e cumprimento do dever profissional de agir diante de situações de risco. A comunicação clara, respeitosa e fundamentada com os pacientes menores de idade é um instrumento de cuidado e proteção, e não apenas uma exigência normativa.

→ *Ações em casos de conflito*

Se houver conflito entre decisões dos pais e o bem-estar da criança ou adolescente, o caso deve ser discutido com a Comissão de Bioética ou um colegiado das Comissões de Ética Profissional da instituição e, quando necessário, encaminhado à Vara da Infância e da Juventude.

O profissional de saúde tem o dever ético de estabelecer um ambiente de confiança, promovendo o diálogo sensível com o paciente e, sempre que possível e apropriado à idade, obter o assentimento ou consentimento informado para intervenções clínicas. Esse processo favorece o desenvolvimento da autonomia prática e fortalece o vínculo terapêutico.[11,18]

O consentimento informado e/ou o assentimento do menor, quando possível, devem ser buscados com linguagem acessível e respeito à sua integridade emocional. No entanto, em situações em que o sigilo ou a autonomia possam colocar o paciente em perigo iminente, o profissional deve priorizar a proteção, ainda que isso implique relativizar temporariamente a autonomia individual.

• *Consentimento informado*

O consentimento informado é um processo pelo qual um paciente com capacidade legal e mental de tomar decisões sobre sua própria saúde autoriza um procedimento, tratamento ou pesquisa. Ele é baseado no princípio da autonomia do paciente. Para que seja válido, deve ser:

- *Voluntário*: A decisão deve ser tomada sem coação ou pressão externa.
- *Esclarecido*: O médico deve fornecer ao paciente todas as informações relevantes de forma clara e compreensível. Isso

inclui os objetivos, riscos, benefícios, alternativas ao tratamento proposto e a possibilidade de não fazer nada.
- *Competente*: O paciente deve ser capaz de compreender a informação e as consequências de sua decisão.

Geralmente, o consentimento informado é documentado por escrito, através de um termo assinado pelo paciente e pelo médico, servindo como uma prova legal de que o paciente participou ativamente da decisão sobre seu próprio cuidado.

• *Assentimento*

O assentimento é a concordância de uma pessoa que, por lei, não tem capacidade legal para dar seu consentimento informado, como crianças e adolescentes. Ele reconhece que, mesmo sem a capacidade legal de decidir, esses pacientes têm o direito de expressar sua opinião e participar do processo decisório de acordo com seu nível de maturidade e compreensão.

O assentimento não substitui o consentimento legal do responsável, mas é um passo ético e obrigatório. O profissional de saúde deve dialogar com a criança ou adolescente para:
- Verificar se entendeu as informações sobre o procedimento.
- Questionar se concorda com o que foi proposto.
- Respeitar sua recusa, a menos que o tratamento seja essencial para sua saúde e não haja alternativas.

No entanto, diante de situações de suspeita ou confirmação de violência doméstica, o princípio da proteção prevalece. A vulnerabilidade acentuada da criança ou adolescente justifica medidas excepcionais, como a quebra do sigilo médico, quando necessário para salvaguardar sua integridade física ou psicológica.[19] O CEM respalda essa conduta ao afirmar, no Art. 10, a obrigação de "respeitar a dignidade e os direitos do paciente, sem discriminação de qualquer natureza", o que inclui o direito à proteção em contextos adversos.

Além disso, o Art. 74 do mesmo código permite a quebra do sigilo profissional quando sua manutenção representar risco à saúde ou segurança do paciente menor de idade, desde que este possua discernimento suficiente. Em casos envolvendo crianças pequenas, a avaliação do risco é realizada pelos responsáveis legais e pelo profissional, devendo sempre visar o melhor interesse da criança.

A vulnerabilidade nesse contexto não se refere apenas à idade, mas à condição de dependência, exposição à violência e limitação no acesso aos meios de defesa e informação. Crianças e adolescentes em situação de violência enfrentam barreiras institucionais e emocionais que comprometem sua capacidade de se posicionar e buscar ajuda. A literatura bioética destaca que o reconhecimento da vulnerabilidade é um fator central para justificar ações de proteção, ainda que isso implique restringir temporariamente a autonomia individual.[20,21]

O respeito à autonomia emergente, quando exercido com segurança e responsabilidade, pode ser terapêutico e educativo, fortalecendo a autoestima do paciente e sua compreensão sobre direitos, saúde e limites. Por isso, recomenda-se que, mesmo em situações delicadas, o profissional explique com clareza as decisões tomadas, utilizando linguagem acessível e assegurando que o paciente compreenda que está sendo protegido, não silenciado.[22]

Em suma, o equilíbrio entre autonomia e vulnerabilidade exige sensibilidade clínica, embasamento ético e compromisso com a dignidade do paciente, reconhecendo que proteger também é respeitar.

→ *Pareceres e resoluções dos Conselhos de Medicina*

Diversos pareceres e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e do CFM reforçam essa prerrogativa. O Parecer CFM nº 55/2015,[19] por exemplo, orienta sobre a notificação de casos de violência e a quebra de sigilo, reafirmando que a proteção do menor é um dever. De modo similar, Parecer CRM-MG nº 105/2024[23] que, embora se concentre na notificação compulsória de violência sexual contra mulheres, reforça o dever legal do médico de denunciar situações de violência ou sua suspeita, no âmbito público ou privado, aos órgãos responsáveis, especialmente nos casos envolvendo crianças e adolescente. A decisão de quebrar o sigilo deve ser tomada com discernimento, baseada em evidências de risco e visando sempre o benefício e a segurança da vítima, em conformidade com o que preceitua o Art. 73 do CEM[2] e as normas complementares.

→ *Conflito entre autonomia e beneficência/não maleficência*

A prática ética no atendimento à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica frequentemente envolve dilemas entre os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência.[1]

O limite ético da autonomia, especialmente na infância e adolescência, é demarcado pela capacidade de obter benefícios clínicos concretos (beneficência) e de evitar ou minimizar prejuízos (não maleficência).[3] Em contextos de violência, o profissional de saúde deve avaliar cuidadosamente até que ponto respeitar a vontade da criança ou adolescente pode comprometer sua proteção, ou quando a omissão pode perpetuar o risco.

Além disso, é comum que os interesses dos responsáveis legais entrem em conflito com os direitos da criança, especialmente em casos em que os próprios cuidadores são envolvidos na violência. Se a atitude dos pais fosse sempre pautada pela promoção do bem dos filhos, não haveria necessidade de legislações específicas para tutelar os direitos de menores e evitar excessos familiares ou institucionais. Por isso, o ordenamento jurídico prevê instrumentos de defesa como o Artigo 1.638 do Código Civil e os Artigos 136 e 244 a 247 do Código Penal, que tratam da violação de deveres protetivos e dos crimes cometidos contra menores.

Na abordagem médica de vítimas de violência, o atendimento deve ser guiado pela necessidade concreta do paciente e não pela vontade dos responsáveis. Esse cuidado exige do profissional a aplicação do conhecimento científico com base nas melhores evidências disponíveis, combinadas com valores éticos, sociais, culturais, religiosos e espirituais, que frequentemente se sobrepõem à legislação vigente no que se refere à tomada de decisões clínicas.[1]

O CEM (Art. 22) reforça o compromisso com o acesso universal ao cuidado, vedando a recusa de atendimento em casos de urgência e o Art. 10 afirma que é dever do médico respeitar a dignidade e os direitos do paciente, independentemente de sua condição pessoal ou social. Esses dispositivos são particularmente importantes no contexto da violência doméstica, onde o paciente pode estar em situação de silêncio forçado ou dependência emocional dos agressores.

Situações de conflito entre autonomia e beneficência/não maleficência exigem ainda uma escuta ativa e uma avaliação ética sensível, considerando o nível de maturidade do paciente. Estudos de Piaget[7] e Kohlberg[6] mostram que adolescentes, sobretudo entre 12 e 18 anos, desenvolvem progressivamente a capacidade de julgamento moral e

tomada de decisão. O reconhecimento dessa autonomia emergente, portanto, deve ser ponderado frente ao risco envolvido, à gravidade da situação e à urgência da intervenção.

Aspectos legais

O Brasil possui um arcabouço legal robusto para a proteção de crianças e adolescentes, com destaque para o ECA, a Lei Henry Borel (ver adiante) e as recentes resoluções do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

→ *Estatuto da Criança e do Adolescente*

O ECA é a principal legislação que estabelece os direitos e deveres relacionados a crianças e adolescentes. Ele consagra o princípio da proteção integral e determina que a família, a comunidade, a sociedade e o poder público têm o dever de assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Art. 4º). De particular relevância para o atendimento de vítimas de violência, o ECA estabelece a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar por parte de qualquer cidadão que tenha conhecimento de violação de direitos da criança ou adolescente, incluindo os profissionais de saúde (Art. 13).

→ *Lei Menino Bernardo (Lei nº 13.010/2014)*

A Lei nº 13.010/2014,[24] denominada "Lei Menino Bernardo", estabelece o direito de crianças e adolescentes serem educados sem recorrer a castigos físicos, tratamento cruel ou degradante. Seu principal objetivo é coibir práticas de violência como método educativo, assegurando a integridade física e emocional dos menores. A legislação impõe deveres a responsáveis, familiares e agentes públicos, exigindo a comunicação de maus-tratos ao Conselho Tutelar e promovendo políticas públicas de prevenção, como campanhas educativas e capacitação profissional. A norma representa avanço nas políticas de proteção infantojuvenil e reforça o compromisso estatal com os princípios da dignidade humana, do respeito e da não-violência, garantindo um ambiente mais seguro e saudável para o desenvolvimento pleno das futuras gerações.

→ *Lei Henry Borel (Lei nº 14.344/2022)*

A Lei 14.344/22, apelidada Henry Borel,[25] cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes. Para tanto, altera o Código Penal, a Lei de Execução Penal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei de Crimes Hediondos e Lei 13.431/17, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.

A norma também destaca a importância da formação de profissionais da saúde, educação, assistência social e segurança pública, reconhecendo o caráter intersetorial e complexo da violência doméstica. Ao fomentar a interdisciplinaridade, exige que esses agentes compreendam o papel dos demais integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), fortalecendo a articulação entre as áreas envolvidas.

→ *Código Penal Brasileiro*

Diversas condutas relacionadas à violência doméstica contra crianças e adolescentes são tipificadas como crimes no Código Penal:[26]

- Abandono de incapaz (Art. 133)
- Maus-tratos (Art. 136)
- Estupro (Art. 213)
- Violação sexual mediante fraude (Art. 215)
- Importunação sexual (Art. 215-A)
- Assédio sexual (Art. 216-A)
- Estupro de vulnerável (qualquer ato com menor de 14 anos) (Art. 217-A)
- Corrupção de menores (menor de 14 anos) (Art. 218)
- Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente (menor de 14 anos) (Art. 218-A)
- Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável (menor de 18 anos) (Art. 218-B)
- Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia (Art. 218-C)

O profissional de saúde, ao identificar indícios de crime, tem o dever legal de notificar as autoridades competentes.

→ *Notificação compulsória*

A notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no Brasil é um dever legal e ético, regido por leis e princípios que visam à proteção integral. Esse conjunto de normas garante que a proteção da criança e do adolescente se sobreponha à confidencialidade, tornando o ato de notificar uma medida obrigatória e fundamental para o combate à violência infantojuvenil.

A omissão por parte do profissional pode implicar responsabilização civil, administrativa e criminal.[27]

A legislação também estipula que a notificação deve ser também dirigida ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),[28] uma vez que violência doméstica e autoprovocada está prevista na Lista Nacional de Notificação Compulsória.[29]

Diversos estudos apontam desafios para a efetividade da notificação, como a falta de preparo dos profissionais, o medo de represálias e o desconhecimento dos protocolos legais.[30] Contudo, a notificação representa uma ferramenta essencial para proteger a vítima, permitir o acompanhamento por órgãos competentes e subsidiar políticas públicas de prevenção.[31]

Este tema é detalhado no Capítulo 19 – Roteiro de Atendimento, Notificação e Acompanhamento.

→ *Prova e documentação*

A documentação detalhada e precisa dos achados clínicos, relatos da vítima e informações relevantes são cruciais para a investigação e o processo judicial.[32] O prontuário médico é um documento legal e deve conter todas as informações pertinentes, seguindo os preceitos éticos e técnicos da Medicina. A utilização de protocolos de atendimento e a realização de exames complementares específicos são fundamentais para embasar a notificação e o suporte às autoridades.

→ *Resoluções do Conanda relativas ao atendimento a vítimas de violência sexual*

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) desempenha um papel crucial na normatização e garantia dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência, especialmente a sexual. Suas resoluções demonstram uma preocupação constante em atualizar e aprimorar as diretrizes para a proteção e o atendimento humanizado, buscando assegurar o pleno acesso aos di-

reitos dessas vítimas. Destacam-se as seguintes resoluções recentes, apresentadas em ordem cronológica:

• *Resolução Conanda nº 236, de 18 de maio de 2023*

Esta resolução estabelece a campanha "Faça Bonito. Proteja nossas Crianças e Adolescentes" e designa a flor amarela e laranja como símbolos oficiais do Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes em todo o território nacional, reforçando a importância da mobilização social e da conscientização.[33]

Embora mais focada nos direitos no ambiente digital, a Resolução Conanda nº 257/2024[34] estabelece diretrizes gerais para a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente no Ambiente Digital, o que indiretamente contribui para o enfrentamento da violência sexual *online*.

• *Resolução Conanda nº 257, de 12 de dezembro de 2024*

Com maior ênfase nos direitos no ambiente digital, esta resolução estabelece diretrizes gerais para a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente no Ambiente Digital, o que indiretamente contribui para o enfrentamento da violência sexual *online.*[34]

• *Resolução Conanda nº 258, de 23 de dezembro de 2024*

Constitui um marco normativo de elevada relevância para o SGDCA. O documento estabelece diretrizes essenciais para o atendimento e a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, visando assegurar a integralidade de seus direitos.

A normativa define um conjunto de ações protetivas, garantindo às vítimas o acesso a informações sobre seu próprio corpo e capacitando-as a identificar e denunciar situações de violência. Adicionalmente, ela reforça protocolos para o acesso seguro e célere a serviços especializados, contemplando o direito à interrupção legal da gestação em casos de gravidez decorrente de estupro e coibindo a imposição de barreiras ilegítimas, como a exigência de autorização judicial ou de registro de ocorrência para menores de 14 anos.

Para mitigar a revitimização e a violência institucional, a resolução preconiza a implementação de medidas como a escuta especializada e o depoimento especial. Esses procedimentos buscam a obtenção do testemunho da vítima em um ambiente acolhedor e de forma única, prevenindo a necessidade de recontar a experiência traumática. Por

fim, a resolução determina a capacitação obrigatória de profissionais que atuam nessas áreas, como os das esferas da saúde, assistência social, segurança pública e judiciário. Tal medida visa garantir um atendimento humanizado e adequado, que respeite os direitos e a dignidade das vítimas.[35]

• *Resolução Conanda nº 265, de 12 de junho de 2025*

Esta resolução estabelece diretrizes para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas voltadas à prevenção, proteção e ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, inclusive aquelas perpetradas em ambientes digitais. Reconhece as especificidades decorrentes de marcadores sociais como raça, etnia, gênero, orientação sexual, deficiência e território, ampliando a definição de violência sexual para incluir condutas praticadas em ambientes digitais, em consonância com o Comentário General nº 25 (2021) do Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas.[36]

→ *O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)*

O atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica não se restringe à esfera individual do profissional de saúde, mas se insere em um complexo e articulado SGDCA, normatizado pela Lei nº 13.431/2017,[37] composto por três grandes eixos de atuação, que se complementam e interagem:

→ *Eixo da defesa e proteção de direitos:*

• *Conselhos Tutelares*

Criados pelo ECA (Art. 131), são órgãos autônomos e permanentes, encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Têm o poder de requisitar serviços, aplicar medidas de proteção e encaminhar casos às autoridades competentes (Ministério Público e Poder Judiciário). Sua atuação é fundamental para o primeiro acolhimento e tomada de providências imediatas.

• *Delegacias Especializadas (e.g., Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA)*

Unidades policiais com profissionais treinados para lidar com crimes que envolvem crianças e adolescentes, realizando a investigação e o registro das ocorrências.

• *Ministério Público*

O Ministério Público é instituição essencial na defesa e fiscalização e dos direitos das crianças e adolescentes (Art. 127 da Constituição Federal e Art. 201 do ECA). Será responsável por ajuizar ações para defesa de direitos da criança e do adolescente; processar o poder público para garantir atendimento à criança e adolescente, ajuizar ações para afastamento do genitor ou ofensor do lar ou, em último caso, ajuizar ações para acolhimento institucional (abrigamento) da criança/adolescente. Além disso, o promotor de justiça criminal denunciará os ofensores em caso de cometimento de algum crime.

• *Poder Judiciário (Varas da Infância e Juventude)*

No âmbito do SGDCA, o Poder Judiciário, notadamente as Varas da Infância e da Juventude, exerce uma função crucial e insubstituível. A atuação judicial, no entanto, é regida pelo princípio da inércia da jurisdição, o que significa que o magistrado não atua de ofício. Sua intervenção é condicionada pela provocação de terceiros legitimados, como o Conselho Tutelar, o Ministério Público ou representantes legais.

A função do Judiciário transcende a simples aplicação formal da lei. Ele atua como garantidor final dos direitos da criança e do adolescente, assegurando a efetivação desses direitos quando outras instâncias se mostram insuficientes ou ineficazes.

• *Tutela Jurisdicional*

É responsável por julgar os casos de violação de direitos, tanto na esfera cível (como ações de destituição de poder familiar, guarda e adoção em casos de negligência ou violência grave) quanto na criminal (processando e julgando os agressores, aplicando as penas cabíveis de acordo com o Código Penal).

• *Aplicação de medidas protetivas*

O artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) autoriza a autoridade judiciária a aplicar medidas de proteção a crianças e adolescentes em situação de risco. Entre as medidas previstas, destacam-se:

- Encaminhamento aos pais ou responsável: Direcionamento da criança ou adolescente a sua família de origem ou responsável legal, com o objetivo de assegurar sua proteção no ambiente familiar.

- Orientação, apoio e acompanhamento temporários: Fornecimento de assistência especializada para a família, visando à superação da situação de risco.
- Inclusão em programa de acolhimento familiar ou institucional: Medida extrema, aplicada quando a permanência no núcleo familiar é inviável, garantindo a proteção e o cuidado da criança ou adolescente em ambiente seguro.
- Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico: Determinação de acompanhamento profissional para atender às necessidades de saúde da criança ou adolescente e de sua família.

É importante destacar que a aplicação dessas medidas não é de competência exclusiva do Poder Judiciário. O Conselho Tutelar também possui atribuição legal para aplicar as medidas protetivas previstas nos incisos I a VII do Artigo 101 do ECA.

A única exceção a essa regra é a colocação em família substituta, que é de competência exclusiva do juízo da Vara da Infância e da Juventude, com a devida intervenção do Ministério Público e observância do devido processo legal, conforme disposto no Artigo 136, inciso I, do ECA.

• *Garantia do devido processo legal*

Assegura que todas as etapas do processo, seja ele cível ou criminal, sejam conduzidas com respeito aos direitos da criança e do agressor, garantindo ampla defesa e contraditório.

• *Fiscalização e homologação*

O Poder Judiciário fiscaliza a aplicação das medidas protetivas e socioeducativas, podendo homologar acordos e decisões do Conselho Tutelar ou do Ministério Público, dando-lhes força legal.

• *Depoimento especial*

Com a Lei nº 13.431/2017,[37] o juiz tem o papel central de conduzir o depoimento especial, assegurando que a criança ou adolescente vítima de violência seja ouvida de forma protegida, em ambiente adequado e por profissional capacitado, evitando a revitimização no processo judicial.

• *Defensorias Públicas*

A Defensoria Pública deve prestar assistência jurídica gratuita a todos que dela necessitem, incluindo vítimas de violência doméstica.

Tem a obrigação de atuar na defesa desses grupos vulneráveis, oferecendo orientação jurídica, acompanhamento em processos e ações voltadas à promoção dos direitos humanos e da cidadania.

→ *Eixo da promoção e defesa de direitos*

• *Políticas Públicas Setoriais*

Inclui os serviços de saúde (atenção primária, secundária e terciária, com equipes capacitadas para identificar e atender casos de violência), educação (com programas de prevenção e identificação), assistência social (serviços de acolhimento, acompanhamento familiar e programas de proteção), esporte, cultura e lazer. O objetivo é criar um ambiente que promova o desenvolvimento saudável e previna a ocorrência de violações.

✓ *Programas e projetos*: Iniciativas específicas para grupos vulneráveis ou para o enfrentamento de problemas sociais, como a violência.

→ *Eixo do controle social*

• *Conselhos de Direitos*

Como o próprio Conanda em nível federal e os Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (criados pelo Art. 88 do ECA), os Conselhos de Direitos são órgãos colegiados, paritários (representantes do governo e da sociedade civil), responsáveis por formular, fiscalizar e controlar a execução das políticas públicas para a infância e adolescência.

• *Fóruns e Redes de Proteção*

Articulam diferentes setores da sociedade civil e do poder público para discutir, monitorar e propor ações de proteção.

A eficácia do SGDCA reside na sua capacidade de atuação integrada e coordenada. Para uma criança ou adolescente vítima de violência, isso significa que, ao ser atendida por um médico, esse profissional deve estar apto a identificar os sinais, notificar o caso ao Conselho Tutelar, que por sua vez acionará outros serviços (assistência social, polícia, Ministério Público), garantindo um fluxo contínuo de proteção e apoio. As recentes resoluções do Conanda, em particular a Resolução nº 258/2024,[35] reforçam a importância dessa articulação para o atendimento humanizado e sem revitimização, assegurando que o sistema funcione de maneira eficiente para garantir a segurança e o restabelecimento do bem-estar da criança e do adolescente.

→ *Leis relacionadas ao atendimento multiprofissional e interdisciplinar*

O atendimento multiprofissional e interdisciplinar a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica é um pilar fundamental da proteção integral e sua base legal está solidamente estabelecida em diversas normativas brasileiras:

• *Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)*

A Lei Orgânica da Saúde[38] institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as diretrizes para a organização dos serviços de saúde no Brasil. O Art. 7º, inciso II, por exemplo, prevê o "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". A integralidade do atendimento, um dos princípios do SUS, pressupõe a atuação conjunta de diversas categorias profissionais para atender às necessidades complexas do indivíduo, o que é especialmente relevante em casos de violência que demandam abordagens médicas, psicológicas e sociais.

• *Decreto nº 7.508/2011*

O Decreto nº 7.508/2011[39] regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e organiza o SUS. Ele define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. A RAS, ao articular os diferentes pontos de atenção (atenção primária, urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção ambulatorial especializada, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros), exige a colaboração e a integração de equipes multiprofissionais. Para vítimas de violência, essa rede é crucial, pois envolve desde o acolhimento inicial em Unidades Básicas de Saúde até o encaminhamento para serviços especializados em hospitais, centros de referência e, se necessário, acompanhamento psicológico e social.

• *Lei nº 13.431/2017 (Lei da Escuta Protegida)*

A Lei nº 13.431/2017[37] estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Ela introduz a escuta especializada e o depoimento especial, que devem ser realizados por profissionais capacitados e em ambientes acolhedores, com o objetivo de evitar a revitimização. A aplicação desta

lei exige uma abordagem multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, pedagogos) atuando em conjunto com o sistema de justiça, garantindo que a coleta do relato da criança seja feita de forma sensível e em uma única vez, minimizando o trauma. As Resoluções Conanda nº 258/2024[35] e nº 265/2025[33] reforçam a necessidade de capacitação de todos os profissionais envolvidos e a prioridade da escuta especializada.

→ *Implicações práticas no atendimento a vítimas de violência*

O atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência exige ações pautadas em diretrizes legais específicas e procedimentos técnicos bem definidos. Abaixo, estão as principais implicações práticas no trabalho de profissionais da rede de proteção, com base na legislação brasileira vigente:

• *Identificação e notificação*

A primeira etapa envolve reconhecer sinais de violência física, emocional, sexual e negligência, incluindo castigos físicos ou humilhantes. É obrigatório documentar tecnicamente os indícios e realizar notificação compulsória ao Conselho Tutelar e ao SINAN, mesmo sem confirmação do caso.

• *Atuação multiprofissional*

O trabalho deve ser realizado por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, de forma integrada. É essencial participar de ações articuladas de proteção, escuta e acolhimento dentro da rede comunitária de apoio.

• *Documentação técnico-legal*

Profissionais devem elaborar prontuários objetivos, claros e completos. Também é necessário produzir relatórios e pareceres técnicos quando solicitados por órgãos de proteção ou justiça.

• *Sigilo e ética profissional*

É imperativo preservar a confidencialidade dos dados da vítima e garantir sua participação nos processos, conforme sua capacidade de discernimento. Isso protege sua identidade e integridade emocional.

• *Escuta e acolhimento*

A escuta da vítima deve ser realizada uma única vez, por profissionais capacitados, preferencialmente, acompanhada por alguém da saúde mental. O atendimento deve ser humanizado e acolhedor.

• *Ambiente e controle de visitas*

A vítima tem direito a um acompanhante durante o atendimento e o ambiente deve ser seguro e acolhedor. Visitas de suspeitos podem ser restringidas com base em parecer técnico e, se necessário, decisão judicial.

→ *Desafios na aplicação do arcabouço legal*

Apesar dos avanços legais na proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência, a efetividade das normas ainda depende de fatores estruturais e operacionais cruciais. A implementação eficiente das leis exige a criação de protocolos intersetoriais locais, capacitação técnica contínua dos profissionais envolvidos e a alocação adequada de recursos para garantir o funcionamento das equipes da atenção básica, dos serviços de pronto-atendimento e das unidades especializadas.

Ainda persistem diversos desafios que comprometem a qualidade e a abrangência do atendimento. Entre eles, destaca-se a subnotificação crônica de casos ao Conselho Tutelar da área de residência da vítima e ao SINAN. Soma-se a isso a escassez de formação específica sobre violência contra crianças e adolescentes, tanto na graduação quanto nos programas de educação permanente.

Outro obstáculo importante é a ausência de protocolos padronizados que orientem as práticas em níveis municipal, estadual e federal. Além disso, há falhas significativas na articulação das redes de proteção, que envolvem setores como saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça. A superação desses desafios é essencial para garantir um atendimento efetivo, integrado e humanizado às vítimas.

Diretrizes de atendimento e protocolos clínicos

Embora não sejam leis em sentido estrito, diversos documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde, conselhos profissionais (como CFM, CFP, Cofen etc.) e sociedades médicas estabelecem diretrizes e protocolos para o atendimento de vítimas de violência. Esses documentos frequentemente enfatizam a importância da abordagem multiprofissional, descrevendo os fluxos de atendimento, as responsabilidades de cada profissional e a necessidade de articulação entre os diferentes serviços.

O arcabouço legal brasileiro, portanto, não apenas permite, mas demanda o atendimento multiprofissional e interdisciplinar a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Ele reconhece que a complexidade dos impactos da violência (físicos, psicológicos, sociais, educacionais) exige uma resposta igualmente complexa e integrada, onde cada profissional contribui com sua expertise para a proteção integral e a promoção do bem-estar da vítima.

Crimes digitais

A violência contra crianças e adolescentes, tradicionalmente associada ao ambiente físico, ganhou uma nova e complexa dimensão com o avanço da tecnologia: o mundo digital.

A facilidade de comunicação, o anonimato e o vasto alcance da internet expuseram jovens a riscos como *cyberbullying*, exploração e abuso sexual digital, pornografia infantil; aliciamento; sextorsão; instigação ou induzimento à automutilação e ao suicídio; criação de perfis falsos para assediar, intimidar ou difamar. Para os profissionais de saúde e assistência social, o atendimento a essas vítimas exige a compreensão aprofundada dos fundamentos éticos e legais que regem sua atuação.

A natureza dos crimes digitais impõe desafios únicos ao atendimento. A violência pode ser invisível aos olhos dos adultos, perpetuada por agressores anônimos ou mesmo por pares e o material ilícito, uma vez na rede, é de difícil remoção, causando um ciclo de revitimização. A vulnerabilidade de crianças e adolescentes, que muitas vezes não compreendem a dimensão dos riscos *online*, coloca sobre o profissional o dever ético de agir de forma protetiva.

Os crimes digitais, também conhecidos como crimes cibernéticos ou informáticos, são tipificados no Código Penal brasileiro, principalmente, através de artigos inseridos por leis posteriores. As legislações mais importantes que alteraram o Código Penal para punir essas condutas são a Lei nº 12.737/2012[40] (conhecida como Lei Carolina Dieckmann) e a Lei nº 14.155/2021.[41]

A proteção da Lei nº 12.737/2012[40] acontece principalmente em dois cenários:

- *Invasão e vazamento de dados*: A lei pune quem invade o dispositivo de uma criança ou adolescente para roubar fotos, vídeos ou in-

formações pessoais. Em um contexto de violência digital, isso é crucial. Muitas vezes, criminosos invadem dispositivos para obter conteúdo íntimo ou privado com o objetivo de chantagear a vítima (crime de *sextortion*) ou disseminar o material na internet. Ao criminalizar a invasão, a lei oferece uma ferramenta legal para coibir essas ações e buscar a punição dos agressores.

- *Ameaça e aliciamento*: Embora não trate diretamente do aliciamento, a lei atua de forma complementar. Criminosos que se aproximam de menores *online* frequentemente usam a ameaça de invasão e vazamento de dados como forma de coação. A existência de uma lei que criminaliza essa invasão fortalece a posição da vítima e de seus responsáveis, permitindo que denunciem não apenas a ameaça, mas a conduta criminosa subjacente.

Embora não tenha sido criada exclusivamente para crianças e adolescentes, a Lei nº 14.155/2021[41] fortalece sua proteção ao agravar penas para crimes digitais que afetam vítimas vulneráveis. Seus principais impactos são:

- *Penas mais severas para crimes digitais*: Aumenta punições para furto qualificado e estelionato *online*, especialmente quando cometidos contra pessoas vulneráveis – categoria que inclui crianças e adolescentes.
- *Invasão de dispositivos*: Torna mais grave o crime de acessar ilegalmente celulares ou computadores, prática comum em casos de chantagem, aliciamento e abuso digital.

A violência praticada por meios digitais também impõe realizar a notificação compulsória.[19,23]

Resoluções anteriores do Conanda[34,36] têm sido cruciais para a atualização das políticas de proteção na esfera digital. Tais normativas demonstram um reconhecimento crescente de que a legislação tradicional, historicamente focada em crimes de natureza física, necessita ser complementada por diretrizes que abordem a complexidade das violações ocorridas no ambiente *online*.

→ *Estatuto Digital da Criança e do Adolescente: novo marco de proteção digital*

A Lei nº 15.211, de 17 de setembro de 2025, conhecida como Estatuto Digital da Criança e do Adolescente (ECA Digital),[42] representa um avanço significativo na legislação brasileira. Essa lei tem como

objetivo central salvaguardar crianças e adolescentes contra a violência e a exploração no ambiente virtual.

A nova legislação busca impor a responsabilização de grandes plataformas digitais, incluindo redes sociais e provedores de serviços de tecnologia. Para isso, exige que essas empresas adotem medidas de segurança mais rigorosas para prevenir a veiculação de conteúdos impróprios e a ocorrência de crimes.

O ECA Digital estabelece pontos centrais que regulamentam a atuação das plataformas:

• *Responsabilidade das plataformas*

A lei determina que as empresas são obrigadas a remover prontamente conteúdos que violam os direitos de crianças e adolescentes. A remoção deve ser efetuada imediatamente após a notificação, seja pela vítima, seus responsáveis, pelo Ministério Público ou por outras entidades competentes.

• *Controle parental*

A legislação exige que os serviços digitais ofereçam ferramentas de controle parental mais eficientes e de fácil acesso, permitindo que pais e responsáveis monitorem e restrinjam o acesso de seus filhos a conteúdos específicos.

• *Criação de perfis*

Fica proibida a criação de perfis por crianças e adolescentes em plataformas que ofereçam conteúdo pornográfico, mesmo com consentimento parental.

• *Publicidade e dados*

A lei veda o uso de dados de menores para a criação de perfis e o direcionamento de publicidade. O objetivo é impedir a exploração comercial dessa faixa etária no ambiente digital.

• *Penalidades*

O descumprimento das novas regras acarreta multas e sanções para as empresas, com penalidades mais severas a serem aplicadas.

Comentários finais

A atuação profissional no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, incluindo as novas modalidades de crimes digitais, é indissociável de uma sólida base ética e de um rigoroso

cumprimento das leis. A beneficência, não maleficência, autonomia e justiça guiam a conduta médica, enquanto o ECA, a Lei Henry Borel e as atualizadas resoluções do Conanda estabelecem o arcabouço legal para a proteção integral. A notificação compulsória e a quebra do sigilo profissional, quando necessárias para salvaguardar a vida do menor ou para denunciar crimes cibernéticos como aliciamento e extorsão, são deveres éticos e legais inalienáveis.

Crucial para a efetividade dessa proteção é a compreensão e a integração do SGDCA. Este sistema, respaldado pela Constituição Federal e leis como a Escuta Protegida, demanda uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. O médico, ao identificar uma situação de violência no mundo real ou no virtual, deve atuar em rede com Conselhos Tutelares, Delegacias Especializadas, Ministério Público e, primordialmente, o Poder Judiciário. A função desses órgãos vai desde a aplicação de medidas protetivas até a garantia do devido processo legal e a condução do depoimento especial, fundamental para não revitimizar a vítima.

Em suma, a responsabilidade de proteger as crianças e adolescentes vítimas de violência, em todas as suas formas, transcende a individualidade profissional. É um compromisso coletivo que exige articulação entre os diferentes pilares éticos e legais, bem como a efetiva colaboração de todos os atores do SGDCA, para desvelar, combater e prevenir essa chaga social, que agora se manifesta também no vasto e complexo ambiente digital.

Referências

1. Hirschheimer MR, Barsanti C. Fundamentos éticos e legais do atendimento. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018. p. 261-300.
2. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília (DF): CFM; 2018.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 2013.
4. Ross LF. Health care decision-making by children: Is it really in their best interest? Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151(9):937-41.
5. United States Congress [homepage on the Internet]. Patient self-determination act [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538297/
6. Kohlberg L. The philosophy of moral development. Harper & Row; 1981.

7. Piaget J. The moral judgment of the child. Free Press; 1965.
8. Daniels N. Equity and population health: toward a broader bioethics agenda. Hastings Cent Rep. 2006;36(4):22-35. doi: 10.1353/hcr.2006.0058
9. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Univ Calif Press; 2003.
10. Silva LV, Menezes AF. Racismo institucional e infância: desafios no atendimento à saúde de crianças negras. Rev Bras Cresc Des Hum. 2021;31(1):23-32.
11. Ford CA, English A, Sigman G. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health. 2004;35(2):160-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.03.002
12. Brasil. Ministério da Saúde [homepag eon tje Internet]. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view
13. Hart D, Carlo G. Moral development in adolescence. J Res Adolesc. 2005;15(3):223-33. doi:10.1111/j.1532-7795.2005.00094.x
14. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União; 16 jul 1990.
15. UNICEF [homepage on the Internet]. Convenção sobre os Direitos da Criança [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca
16. São Paulo (Estado) [homepage on the Internet]. Lei nº 17.832, de 1º de novembro de 2023. Consolida a legislação relativa à defesa do consumidor no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, SP, 6 nov. 2023 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2023/lei-17832-01.11.2023.html
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens [homepage on the Internet]. Nota Técnica nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS: orientações para o atendimento a adolescentes desacompanhados nos serviços de saúde [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220318_N_NOTATECNICAn2-2022-COSAJ_3407892645107799912.pdf
18. Wakefield AJ. Children's consent to treatment. BMJ. 1994;309:807. doi:10.1136/bmj.309.6957.807a
19. Conselho Federal de Medicina [homepage on the Internet]. Parecer nº 55/2015: atuação médica diante da situação de vulnerabilidade de crianças e adolescentes (Processo-consulta nº 03/15) [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2015/55_2015.pdf
20. Guggenheim M. What's wrong with children's rights. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
21. Weithorn LA, Campbell SB [homepage on the Internet]. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7172783/
22. Santana JP. Ética no cuidado ao adolescente: autonomia e responsabilidade. Rev Pediatr (SOPERJ). 2020;41(2):97-103.
23. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais [homepage on the

Internet]. Parecer CRM-MG nº 105/2024 – Processo-consulta nº 107/2019 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2024/105_2024.pdf
24. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm
25. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03//_Ato2019-2022/2022/Lei/L14344.htm
26. Brasil [homepage on the Internet]. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
27. Brasil [homepage on the Internet]. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Ed. 61, Seção 1:82 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/portarias/2025/portaria-gm-ms-no-6-734-de-18-de-marco-de-2025.pdf/view
28. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 31 out. 1975, Seção 1, p. 13819.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 31 mar. 2025, Seção 1, p. 82.
30. Veloso MM, Magalhães CM, Dell'Aglio DD, et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(5):1263-72. doi:10.1590/S1413-81232013000500011
31. Brasil [homepage on the Internet]. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/12111
32. Paiva C, Zaher VC. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. Saúde, Ética & Justiça. 2012;17(1):12-20. doi: https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v17i1p12-20
33. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) [homepage on the Internet]. Resolução nº 236, de 18 de maio de 2023 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.lex.com.br/resolucao-conanda-no-236-de-18-de-maio-de-2023/
34. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) [homepage on the Internet]. Resolução nº 257, de 12 de dezembro de 2024 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/61597
35. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) [homepageon the Internet]. Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/13888/1/RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20258%2C%20DE%2023%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202024%20-%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20258%2C%20DE%23DEZEMBRO%20DE%202024%20-%20DOU%20-%20Imprensa%20Nacional.pdf

36. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) [homepage on the Internet]. Resolução nº 265, de 12 de junho de 2025 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www.lex.com.br/resolucao-conanda-no-265-de-12-de-junho-de-2025/
37. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-norma-pl.html
38. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990
39. Brasil [homepage on the Internet]. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [citado 2025 Jul 28]. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011&OpenDocument
40. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 12.737, de 30 de novembro de 2012. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para tipificar crimes informáticos [citado 2025 Ago 21]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12737.htm
41. Brasil. Lei nº 14.155, de 28 de maio de 2021. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tornar mais graves os crimes de furto qualificado e de estelionato cometidos com o uso de dispositivos eletrônicos ou informáticos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2021 jun 1.
42. Brasil (Senado Federal) [homepage on the Internet]. Projeto de Lei n. 2628, de 2022 (Substitutivo da Câmara dos Deputados): dispõe sobre a proteção de crianças e de adolescentes em ambientes digitais (Estatuto da Criança e do Adolescente Digital - ECA Digital) [citado 2025 Set 1]. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/170017

CAPÍTULO 19

Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento

Mário Roberto Hirschheimer
Claudio Barsanti
Roberta Cassandra Moraes

O atendimento de casos envolvendo crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica exige uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para garantir sua proteção integral.[1,2] Essa abordagem é crucial para assegurar o direito da vítima à escuta especializada e ao depoimento especial, conforme estabelecido pela Lei nº 13.431/2017.[2]

É imperativo que profissionais de diversas áreas, incluindo saúde, educação, assistência social, segurança pública e o sistema de justiça, estejam devidamente capacitados para identificar sinais e sintomas de violência. A capacidade de acolher a vítima de maneira humanizada, respeitando sua vulnerabilidade e dignidade, é fundamental.[3,4]

Os serviços devem adotar protocolos padronizados para triagem, acolhimento, notificação, encaminhamento e seguimento, a fim de evitar a revitimização e facilitar o acesso a serviços de proteção, atendimento psicossocial e jurídico.[5] O trabalho em rede é essencial para articular ações entre diferentes instituições, como escolas, unidades de saúde, conselhos tutelares, Ministério Público, Poder Judiciário e organizações da sociedade civil.[6]

A abordagem de cada caso deve considerar sua singularidade, contemplando não apenas a dimensão física da violência, mas também fatores emocionais, culturais, socioeconômicos e familiares que impactam o cuidado e a proteção. Além disso, a atualização profissional contínua

e o conhecimento dos fluxos de atendimento locais são recomendados, em consonância com diretrizes nacionais e internacionais.[7,8]

A escuta da vítima deve ser realizada em um ambiente acolhedor, por profissionais treinados em técnicas de entrevista protegida, visando minimizar danos psicológicos. Sempre que possível, a criança ou o adolescente deve ser ouvido uma única vez, conforme preconiza a Lei da Escuta Protegida.[2,9]

A notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência é uma obrigação ética, legal e profissional. Essa medida é vital para a implementação de ações protetivas, a responsabilização dos agressores e a prevenção de novas ocorrências.[10]

→ *Atuação multiprofissional e interdisciplinar na identificação e atendimento da violência*

A equipe de saúde deve ter em mente que há sempre mais de um paciente no abuso perpetrado contra a criança ou adolescente:[1]

- A própria vítima.
- A família da vítima.
- A pessoa que praticou o ato.

É necessário verificar qual a forma de abordagem que melhor se adapta a cada situação, com o intuito de elaborar o plano de trabalho da equipe que participará da intervenção.

O atendimento médico a vítimas de violência não encontra óbices legais ou éticos. A prioridade deve ser o atendimento das necessidades médicas emergenciais da vítima e os trâmites policiais e judiciais devem ser realizados subsequentemente.[1]

A recusa injustificada de atendimento médico pode configurar imperícia e omissão de socorro. Sob o ponto de vista legal, o artigo 13, § 2º, do Código Penal Brasileiro, estabelece a possibilidade de responsabilização civil e criminal do profissional por danos físicos, mentais ou, em casos extremos, pelo óbito do paciente. Além disso, o Código de Ética Médica, em seus artigos 1º e 32, prevê sanções para o médico que não prestar a devida assistência ou que o faça sem o rigor técnico apropriado.[1]

A abordagem da violência, em suas diversas manifestações, exige uma atuação articulada e complementar entre diferentes especialidades profissionais. A formação de uma equipe multiprofissional e

interdisciplinar, com papéis bem definidos, é crucial para a identificação, o atendimento e a proteção das vítimas. A clareza dos papéis de cada membro da equipe potencializa a eficácia da intervenção, garantindo uma resposta holística e integrada.[1,4,6,7]

• *Médica(o)*

Desempenha um papel fundamental na identificação de sinais físicos suspeitos que podem indicar a ocorrência de violência, como lesões em diferentes estágios de cicatrização, fraturas não compatíveis com a história clínica ou hematomas em áreas atípicas. A priorização do atendimento à vítima é essencial, assim como o registro minucioso e detalhado dos achados clínicos e da conduta adotada.

• *Enfermeira(o)*

Complementa a avaliação clínica com a observação de interações familiares e o monitoramento contínuo dos comportamentos e da evolução clínica da vítima. A percepção do enfermeiro sobre a dinâmica familiar e as respostas emocionais do paciente podem fornecer informações valiosas que corroboram ou contradizem a narrativa apresentada.

• *Psicóloga(o)*

Atua na esfera emocional e relacional, realizando a avaliação do estado emocional da vítima e dos vínculos afetivos envolvidos. Seu papel é crucial para oferecer apoio psicológico, minimizando o trauma e auxiliando na construção de estratégias de enfrentamento. Além disso, o psicólogo presta suporte à própria equipe, que, por lidar com situações de alto impacto emocional, também necessita de cuidado e orientação.

• *Assistente social*

É responsável pelo levantamento do histórico social da vítima, que inclui a análise das condições de moradia, estrutura familiar, rede de apoio e fatores de risco. Sua atuação é vital para a articulação com a rede de proteção social, encaminhando a vítima e seus familiares para serviços como conselhos tutelares, abrigos e programas de assistência social, garantindo a continuidade do cuidado e a segurança do indivíduo.

A integração desses saberes e a comunicação efetiva entre os membros da equipe garantem que a abordagem da violência seja completa, segura e centrada no bem-estar e na proteção da vítima.

→ *Atendimento intersetorial – rede de proteção*

O atendimento à criança e ao adolescente em instituições de saúde transcende a dimensão puramente clínica, exigindo uma abordagem institucionalizada e intersetorial. A eficácia e a integralidade do cuidado dependem da capacidade da instituição de se articular com uma rede de proteção mais ampla, que inclui diversas esferas da sociedade. Essa integração é fundamental para a garantia dos direitos e para o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes, especialmente em situações de vulnerabilidade.[1,4,6,7]

O atendimento institucionalizado a crianças e adolescentes vítimas de violência não deve ser pontual ou isolado. Ele exige uma abordagem sistêmica, formalizada por meio de protocolos institucionais claros. Tais protocolos são essenciais para assegurar o registro adequado das informações, a comunicação eficaz entre os profissionais e o correto fluxo de encaminhamento dos casos.

A institucionalização do cuidado garante a continuidade da assistência e estabelece a responsabilidade do serviço diante de situações de negligência, violência ou violação de direitos. Portanto, o conhecimento e a aplicação desses protocolos por todos os profissionais envolvidos são cruciais para a prestação de um cuidado adequado e responsável.

A relação com outras instituições é a espinha dorsal desse modelo de atendimento. A Rede de Proteção deve ser acionada de maneira coordenada, com cada componente desempenhando seu papel específico:

• *Educação*

Fornece informações sobre o desempenho escolar, o comportamento social e o histórico de ausências, que podem ser indicadores de problemas familiares ou de saúde.

• *Conselhos tutelares*

São acionados em casos de suspeita ou confirmação de violação de direitos, sendo a porta de entrada para a proteção legal da criança e do adolescente.

• *Segurança e judiciário*

Atuam em situações que demandam investigação criminal ou intervenção judicial, garantindo a proteção da vítima e a responsabilização dos agressores.

• *Bem-estar social*

Oferece suporte às famílias em vulnerabilidade, por meio de programas sociais e serviços de assistência, que podem ser determinantes para a resolução de problemas que afetam crianças e adolescentes.

→ *Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)*

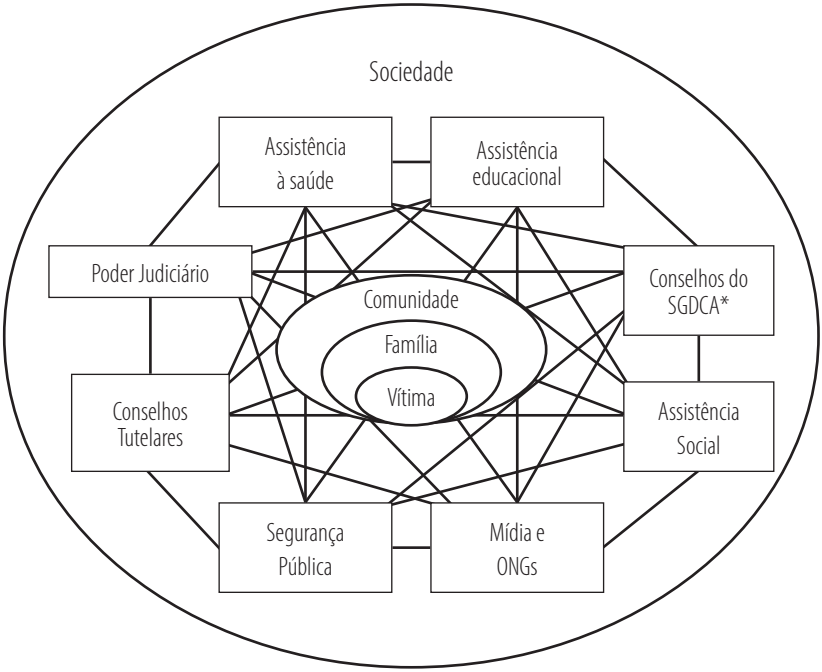
Estrutura legal e institucional que assegura o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e de outras normativas, como a Lei 13.431/2017, conhecida como a Lei da Escuta Especializada, que estabelece o SGDCA.[9]

A colaboração entre múltiplos atores, incluindo a mídia, as Organizações Não Governamentais (ONGs e OSCIPs) e as associações médicas, é fundamental no combate à violência. A mídia desempenha um papel crucial na conscientização pública e na denúncia de casos, enquanto as ONGs frequentemente oferecem serviços especializados que complementam as ações do Estado.

Adicionalmente, as associações médicas, especialmente as de Pediatria, têm uma função vital. Elas podem atuar tanto na divulgação científica para a comunidade médica, quanto na comunicação clara e acessível para a sociedade em geral, visando ampliar o conhecimento sobre o tema e capacitar diferentes setores a agirem no enfrentamento da violência.

Em suma, o atendimento à criança e ao adolescente em instituições de saúde é um complexo processo que se fortalece na medida em que se integra com a rede de proteção (Figura 19.1). O hospital, a clínica ou a unidade de saúde ao se reconhecerem como parte desse sistema, ampliam sua capacidade de cuidado e tornam-se efetivos instrumentos de garantia de direitos.[1]

Figura 19.1 – Rede de proteção



* SGDCA = Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.
Fonte: Adaptado de: Waksman RD, et al.[1]

Abordagem do atendimento

A abordagem institucional de casos de violência, especialmente quando envolve crianças e adolescentes, exige a adesão a um protocolo rigoroso que priorize a segurança e o bem-estar da vítima. A atuação inicial deve ser centrada nas necessidades médicas emergenciais, relegando questões judiciais e policiais a um segundo plano até que o quadro clínico esteja estabilizado. A equipe de saúde, portanto, deve iniciar o atendimento com um exame físico completo, seguido dos procedimentos médicos necessários e da elaboração de um plano de tratamento.[1]

→ *Etapas do atendimento e avaliação*

O processo de atendimento deve seguir uma sequência lógica e sistemática para garantir a coleta de informações essenciais e a tomada de decisões assertivas:

• *Avaliação geral*

A equipe deve realizar uma avaliação abrangente da condição física e mental da vítima, documentando minuciosamente todas as lesões e o estado geral de saúde.

• *Histórico de ocorrências*

É fundamental investigar a ocorrência de agressões anteriores, pois a violência crônica pode deixar marcas físicas e psicológicas específicas.

• *Histórico familiar*

A investigação sobre a existência de um histórico de violência na família é crucial para compreender a dinâmica do abuso e identificar possíveis padrões de comportamento.

→ *Critérios para internação e afastamento do agressor*

A internação hospitalar e o afastamento do agressor são medidas de extrema importância e devem ser consideradas em situações específicas, visando à proteção integral da vítima:[1]

• *Estado de saúde da vítima*

A internação é indicada quando a vítima apresenta um estado de saúde grave ou sequelas decorrentes de violência crônica, necessitando de monitoramento e cuidados contínuos.

• *Perfil do agressor*

O perfil do agressor é um fator determinante. Transtornos de comportamento, como pedofilia, sociopatia ou psicopatia, elevam o risco de reincidência e justificam o afastamento imediato.

• *Necessidade de tratamento*

A hospitalização ou o acompanhamento intensivo são necessários quando a agressão exige tratamento especializado ou um suporte psicológico que não pode ser oferecido de forma ambulatorial.

• *Incapacidade familiar*

Se a família se mostrar conivente com a violência ou incapaz de garantir a segurança da vítima, a internação e o afastamento do agressor se tornam medidas protetivas essenciais.

→ *Notificação e ações legais*

De acordo com o ECA, a comunicação de casos de suspeita ou confirmação de violência é um dever de todos os cidadãos (Art. 13). Essa obrigação se torna compulsória para a equipe de saúde (Art.

245), que deve reportar os casos ao Conselho Tutelar ou ao Ministério Público (Art. 235).

Além disso, é mandatório denunciar atos criminosos – como violência sexual, lesões corporais graves ou a identificação do agressor – conforme os procedimentos legais vigentes.

• *Registro policial*

A vítima deve ser encaminhada à delegacia para o registro do Boletim de Ocorrência (BO), que é a base para a investigação criminal. O delegado, por sua vez, deve solicitar o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal (IML).

• *Notificação judicial*

A notificação à Vara da Infância e da Juventude deve ser realizada por meio de um relatório detalhado. Esse documento deve sintetizar as avaliações médica, social e psicológica, oferecendo um panorama completo da situação para subsidiar as decisões judiciais.

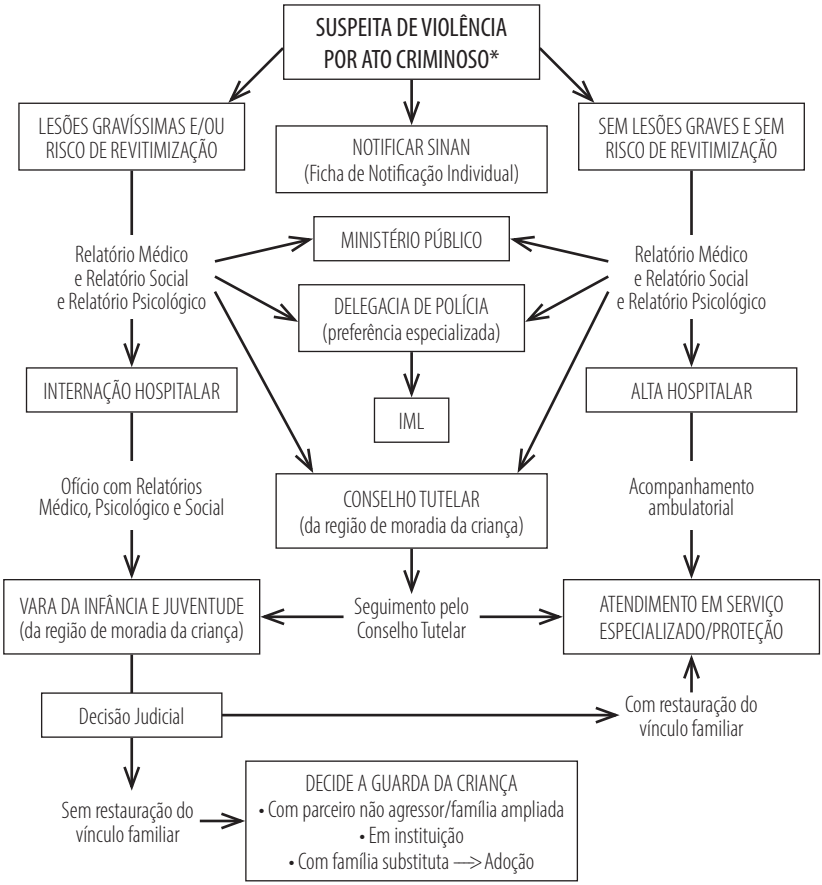
A institucionalização da denúncia, com a participação conjunta dos diversos profissionais que prestaram atendimento à vítima, atua como uma forma de proteção para aqueles que participaram do processo de assistência.

→ *Decisões sobre a guarda da vítima/poder familiar*

A alta hospitalar da vítima não encerra o processo, uma vez que a decisão sobre o poder familiar e a guarda é de competência exclusiva do Poder Judiciário. A avaliação judicial determinará as melhores alternativas para o futuro da criança ou adolescente. Em certas situações clínicas, a postergação da alta hospitalar pode ser utilizada como uma medida protetiva para a vítima, até que o Judiciário emita uma decisão formal (ver adiante, neste capítulo: Medidas de proteção e apuração de crimes).

O atendimento a casos sensíveis, como violência sexual, violência física com lesões graves, negligência grave ou envenenamento, exige um fluxo de trabalho bem definido, conforme detalhado na Figura 19.2.

Figura 19.2 – Fluxograma de atendimento



* Como violência sexual, violência física com lesões graves, negligência grave ou envenenamento.
Fonte: Adaptado de: Waksman RD, et al.[1]

Comunicação, notificação e denúncia

A notificação compulsória é um instrumento essencial de vigilância epidemiológica e constitui um dever legal de todos os profissionais de saúde e educação que suspeitem ou confirmem casos de violência contra crianças e adolescentes, conforme estabelece o ECA no artigo 245, que estabelece que médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde ou de ensino devem

comunicar à autoridade competente (conselho tutelar, delegacia de polícia e vara da infância e da juventude) casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes. O descumprimento dessa obrigação configura infração administrativa, com pena de multa.

A comunicação deve ser realizada ao Conselho Tutelar (ou Ministério Público na sua omissão) e à Delegacia de Polícia por meio de um relatório médico, social ou psicológico. No caso de internação, a Vara da Infância e da Juventude deve ser comunicada por meio de um relatório médico, social e psicológico e o SINAN notificado através de ficha de notificação específica, sendo encaminhada aos órgãos competentes da região de moradia da suposta vítima.[1,2,10]

O sigilo profissional, nestes casos, não se sobrepõe ao dever de proteger a criança ou adolescente, cabendo ao profissional garantir a proteção integral, assegurada pela Constituição Federal, pelo ECA[11] e por normativas do Ministério da Saúde.[5]

Todo profissional de saúde, educação, assistência social ou segurança pública que identifique indícios de violência deve registrar e comunicar imediatamente o caso às autoridades competentes, que tem caráter sigiloso em relação a terceiros, mas não se aplica quando o objetivo é proteger a vítima e garantir seus direitos fundamentais.[1]

O não cumprimento da comunicação constitui infração administrativa, civil e penal, sujeitando o profissional a sanções.[1,2,5,9]

A ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que integra a vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde. Além de subsidiar políticas públicas, esses dados contribuem para o monitoramento de casos, avaliação de reincidências e planejamento de ações intersetoriais.[10]

A articulação entre profissionais notificantes, equipes de referência e órgãos de proteção como Conselho Tutelar, Ministério Público e Vara da Infância e da Juventude é essencial para dar resposta imediata, reduzir riscos e encaminhar medidas protetivas cabíveis.[3,11,12]

É recomendável que serviços de saúde e educação mantenham fluxos claros, formulários padronizados e equipes treinadas, como reforça a Sociedade Brasileira de Pediatria.[13]

→ *Notificação compulsória e a responsabilidade profissional*

A Lei nº 10.778/2003 estabelece a obrigatoriedade de notificação compulsória para casos de violência contra a mulher, enquanto o ECA e o Estatuto do Idoso definem a mesma exigência para as respectivas populações.

A decisão de comunicar deve ser um julgamento criterioso da equipe, considerando o momento mais oportuno para a vítima. É aconselhável ser realizada a comunicação pela própria instituição de saúde ou pelos responsáveis legais do paciente. Recomenda-se evitar o envolvimento pessoal do profissional no processo de denúncia às autoridades policiais e jurídicas e a comunicação às instituições de proteção social (como o Conselho Tutelar), a fim de preservar a objetividade e a segurança de todos os envolvidos.

• *Canais de denúncia anônima*

Quando a denúncia pela instituição não é viável, a utilização de canais anônimos é uma alternativa segura e eficaz. Tais canais preservam a identidade do denunciante e garantem o sigilo das informações. Alguns dos principais canais incluem:

- Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180 ou WhatsApp 61 9610-0180): Operada pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, é um serviço de utilidade pública para mulheres em situação de violência.
- Disque 100: Também do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, atende a denúncias de violações de direitos humanos em geral.
- Disque Denúncia (181) e Web Denúncia: Coordenados pela Secretaria da Segurança Pública, esses canais permitem denúncias anônimas de crimes em geral, incluindo violência.
- *SaferNet* Brasil: É o canal de denúncia *online* principal para crimes de violação dos Direitos Humanos na internet, incluindo pornografia infantil e incitação a crimes. As denúncias registradas por essa plataforma são analisadas e encaminhadas diretamente para o Ministério Público Federal (MPF) e para as autoridades policiais competentes.

Ao utilizar esses canais, a identidade do denunciante não deve ser revelada. Caso o denunciante se identifique, a denúncia pode ser

descartada para evitar qualquer tipo de coação ou retaliação. Após a denúncia, é fornecida uma senha que permite o acompanhamento das providências tomadas. Essa senha deve ser registrada no prontuário do paciente, garantindo o rastreamento da notificação.

- *Procedimentos de notificação e documentação*

A notificação de casos de violência exige um rigoroso protocolo de documentação para garantir a eficácia da denúncia e a proteção da vítima.

- Notificação Formal: O registro deve ser feito em um formulário específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse procedimento é compulsório e contribui para o monitoramento epidemiológico da violência no país.
- Encaminhamento às autoridades da região de moradia da vítima: Relatórios detalhados devem ser enviados às autoridades competentes, como o Conselho Tutelar, o Ministério Público ou a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente e, em caso de internação, à Vara da Infância e da Juventude, dependendo da região e da idade da vítima.
- Documentação Clínica: Relatórios médico, social e psicológico devem ser enviados à Vara da Infância e Juventude. A documentação deve incluir fotos, registros escritos, exames e pareceres, que devem ser anexados de forma sigilosa ao prontuário. A preservação do sigilo é fundamental para proteger a vítima e garantir a integridade do processo legal.

Acompanhamento e intervenções

O acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência deve ser contínuo e interligado, envolvendo equipes de saúde, serviços de apoio social e educacional. Essa abordagem evita lacunas que possam levar à revitimização. A comunicação entre serviços como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), escolas e unidades de saúde deve ser efetiva e sistêmica.

A prioridade é a recuperação física e psicológica da vítima, com intervenções como a escuta qualificada e o suporte psicossocial à criança e à família. O acompanhamento deve ser pautado pela proteção, pre-

venção de novos riscos e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Formas de violência menos visíveis, como a negligência, a omissão e a violência institucional, também exigem atenção especializada e ações educativas contínuas com as famílias e instituições.[14]

A equipe deve atuar de forma intersetorial, mantendo registros atualizados, realizando visitas domiciliares e promovendo reuniões de rede para discutir os casos. A formação continuada dos profissionais, a supervisão clínica e o suporte institucional são essenciais para prevenir o desgaste emocional e garantir a qualidade do cuidado.[13,15,16]

→ *Intervenções psicossociais*

A abordagem de diferentes tipos de violência exige intervenções psicossociais específicas e o envolvimento de uma rede multidisciplinar.

- *Violência física*: A intervenção combina suporte psicológico (psicoterapia individual e familiar) com ações jurídicas para a proteção legal e responsabilização dos agressores.[2,9,11]
- *Violência sexual*: Demanda um atendimento altamente especializado que inclui a escuta protegida e a terapia de trauma. O encaminhamento jurídico é indispensável para a recuperação emocional e a garantia dos direitos da vítima.[2,7]
- *Violência psicológica*: As intervenções focam na saúde mental e no fortalecimento das relações. A terapia cognitivo-comportamental e atividades para reforçar vínculos são utilizadas para reconstruir a autoestima e conexões sociais.[13]
- *Negligência*: A intervenção se concentra no fortalecimento da parentalidade e na integração da família em serviços sociais. Isso garante que os cuidadores tenham acesso a recursos e capacitação para oferecer um ambiente seguro e acolhedor. A equipe de atuação inclui assistentes sociais, psicólogos e equipes de saúde da família.[5,6,17]

→ *Abordagem em casos de violência sexual*

O atendimento a vítimas de suspeita de violência sexual requer um protocolo especializado e sensível, que integra procedimentos de emergência, prevenção e suporte psicológico. A prioridade é sempre o bem-estar físico e emocional da vítima, garantindo que as intervenções sejam realizadas de forma a minimizar o trauma e assegurar a proteção integral.[5,8,18,19]

O Capítulo 9 é dedicado a uma análise aprofundada da violência sexual.

Em contextos emergenciais, nos quais o encaminhamento imediato a um serviço especializado, como o Instituto Médico Legal (IML), não é viável, a equipe de saúde tem a responsabilidade de realizar a coleta de provas forenses.[19] Esse procedimento deve ser conduzido com o máximo de cuidado e técnica, seguindo rigorosos protocolos para preservar a cadeia de custódia e garantir que as evidências sejam válidas em um processo judicial.

Além da coleta de evidências, a intervenção médica imediata é crucial para a prevenção de agravos à saúde. A equipe deve prontamente prescrever a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), bem como a profilaxia para gravidez, se aplicável, por meio de contracepção de emergência.[18] Essas medidas são fundamentais para mitigar os riscos de infecção e gravidez indesejada, que são consequências diretas da violência sexual.

Adicionalmente, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a vítima e informá-la sobre todos os seus direitos. Nos casos em que a violência resulta em gestação, é obrigatório propor o encaminhamento para serviços que ofereçam o abortamento legal, caso essa seja a vontade da vítima. A decisão sobre a interrupção da gravidez é um direito da vítima e deve ser respeitada, com o devido suporte institucional.[2,20]

Finalmente, e de forma não menos importante, a abordagem deve contemplar o aspecto psicológico do trauma. A vítima deve ser encaminhada para atendimento psicológico especializado.[2] O suporte psicológico é essencial para auxiliar no processamento do evento traumático, na reconstrução da autoestima e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, contribuindo para a recuperação e reintegração social da vítima.

Papel do conselho tutelar

O Conselho Tutelar é um órgão autônomo e não-jurisdicional, criado pelo ECA, com a função de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.[11] Ele atua como um elo administrativo crucial na rede de proteção, sendo o principal responsável por receber e investigar denúncias de violência.

Ao ser acionado, o Conselho Tutelar pode:

- Aplicar medidas de proteção, como o encaminhamento da crian-

ça para tratamento psicológico ou a inclusão da família em programas de assistência social.
- Requisitar serviços públicos (saúde, educação, assistência social) para o atendimento da vítima.
- Acionar a autoridade judicial em casos de urgência, para a tomada de decisões como o afastamento do agressor do lar.
- Comunicar o caso ao Ministério Público quando há indícios de crime, iniciando a etapa judicial do processo.

Procedimentos policiais e jurídicos

O atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no âmbito policial e jurídico demanda uma abordagem especializada e protetiva, alinhada com os princípios da proteção integral previstos no ECA.[8-11] A atuação desses sistemas deve priorizar o bem-estar e o desenvolvimento da vítima, minimizando a revitimização e garantindo que o processo seja o mais humanizado possível.

A Lei nº 13.431/2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, é a principal base legal para os procedimentos.[2,9] Essa lei regulamenta a forma como a vítima deve ser ouvida, instituindo a escuta especializada e o depoimento especial.

→ *Escuta especializada*

Trata-se de um procedimento de oitiva realizado por profissionais capacitados, em locais e condições que garantam a privacidade e o acolhimento da criança ou adolescente. Seu objetivo é coletar informações para a proteção social da vítima, sem finalidade probatória.[9]

→ *Depoimento especial*

É um procedimento de coleta de prova judicial, onde a criança ou adolescente é ouvido por um profissional treinado em um ambiente protegido e amigável. A oitiva é realizada uma única vez e transmitida em tempo real para as partes envolvidas, evitando que a vítima reviva o trauma repetidamente.[9]

A ação policial se inicia com a notificação do caso, que pode ser feita por qualquer cidadão ou profissional. A delegacia de polícia, idealmente uma Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), é o ponto de entrada no sistema de justiça criminal.

→ *Encaminhamento ao IML e exame de corpo de delito*

Um dos passos cruciais após o registro da ocorrência é o encaminhamento da vítima ao Instituto Médico Legal (IML) para a realização do exame de corpo de delito.[1] Este procedimento é vital para a produção de prova material que ateste a ocorrência da violência física ou sexual.

Cabe aos peritos médicos do IML realizarem o exame e elaborarem um laudo pericial, descrevendo as lesões e suas características (natureza, extensão, tempo de ocorrência). Este laudo é um documento técnico-científico fundamental, servindo como prova incontestável no processo judicial e fornecendo evidências que podem ser utilizadas pelo Ministério Público na acusação.

Nos casos nos quais o atendimento médico de urgência/emergência, que é prioritário, já ter sido realizado, o registro pormenorizado no prontuário do paciente é essencial, pois pode ser utilizado como laudo de perícia médica indireta.

No âmbito jurídico, o Ministério Público e o Poder Judiciário atuam para garantir a responsabilização do agressor e a proteção da vítima.[15] O promotor de justiça é o guardião dos direitos da criança e do adolescente e deve acompanhar o inquérito policial e a ação penal. O juiz, por sua vez, além de julgar o caso, pode tomar medidas de proteção urgentes, como o afastamento do agressor do lar, a suspensão da guarda ou a aplicação de outras medidas protetivas.

A articulação entre a polícia, o Ministério Público, o Judiciário e a rede de proteção (Conselho Tutelar, serviços de saúde e assistência social) é crucial para que o sistema funcione de forma integrada e eficaz.[6] A falha na comunicação ou a falta de capacitação de qualquer um desses atores pode comprometer a proteção da vítima e o sucesso do processo legal, perpetuando o ciclo de violência e a impunidade. A documentação rigorosa e sigilosa de todos os procedimentos é essencial para a integridade da prova e para a segurança da criança ou adolescente.

Medidas de proteção e apuração de crimes

Sob a égide da Constituição de 1988,[21] a Lei nº 8.069/90 instituiu o ECA,[11] adotando como fundamento a doutrina da proteção integral, com o objetivo de defender e afastar crianças e adolescentes de

qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Sempre que houver violação dos direitos das crianças e adolescentes, caracteriza-se a denominada situação de risco, impondo-se a adoção de medidas de proteção.

De acordo com o artigo 98 do ECA, uma criança ou adolescente é considerado em situação de risco quando se encontra em condição de ameaça ou perigo, seja essa decorrente de ação ou omissão da sociedade, da ausência ou abuso dos pais ou responsáveis, ou mesmo em consequência do seu próprio comportamento. Uma vez em situação de risco, diversos atores são convocados a intervir, incluindo juízes, promotores, defensores públicos, conselheiros tutelares, conselheiros de direitos da criança e do adolescente, a rede de proteção social (com destaque para a assistência social, educação e saúde), policiais das delegacias especializadas e integrantes de entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

→ *Comunicação de situação de risco*

Dada a importância de que a situação de risco chegue ao conhecimento das autoridades competentes, a comunicação dessa situação é um dever legal imposto a diversos profissionais e entidades. Médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, por exemplo, são obrigados a comunicar à autoridade competente os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos a crianças e adolescentes dos quais tenham conhecimento (art. 245 do ECA). Entidades públicas e privadas que atuam em áreas como informação, cultura, lazer, esportes, diversões e espetáculos devem capacitar seus quadros para reconhecer e comunicar, ao Conselho Tutelar, suspeitas ou casos de maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes (art. 70-B do ECA). Pessoas encarregadas do cuidado, assistência ou guarda de crianças e adolescentes por razão de cargo, função, ofício, ministério, profissão ou ocupação também são responsáveis por essa comunicação, sendo o injustificado retardamento ou omissão, culposos ou dolosos, passíveis de punição (art. 70-B, parágrafo único do ECA). É fundamental ressaltar que a mera suspeita de violência já é suficiente para acionar a rede de proteção, sem a necessidade de sua confirmação prévia, pois a investigação compete às autoridades competentes.

→ *Medidas de proteção*

Conforme previsto no artigo 101 do ECA, a situação de risco reclama a aplicação das denominadas Medidas de Proteção. Entre as medidas que a autoridade competente pode determinar, encontram-se:

I. Encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade;
II. Orientação, apoio e acompanhamento temporários;
III. Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
IV. Inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;
V. Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, tanto em regime hospitalar quanto ambulatorial;
VI. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
VII. Acolhimento institucional;
VIII. Inclusão em programa de acolhimento familiar;
IX. Colocação em família substituta.

Paralelamente, aos pais ou responsáveis, podem ser impostas as medidas trazidas no artigo 129 do ECA. Estas incluem:

X. Encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;
XI. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
XII. Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
XIII. Encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
XIV. Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;
XV. Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
XVI. Advertência;
XVII. Perda da guarda;
XVIII. Destituição da tutela;
XIX. Suspensão ou destituição do poder familiar.

As medidas protetivas previstas no ECA no Art. 101, incisos de I a VII, podem ser aplicadas diretamente pelos Conselhos Tutelares. A

colocação em família substituta, no entanto, é imposta apenas pelo juízo da Vara da Infância e Juventude, com intervenção do Ministério Público, respeitado o devido processo legal (art. 136, inciso I do ECA). Em acréscimo a esse sistema protetivo, a Lei 14.344/22,[22] conhecida como Lei Henry Borel, dispõe sobre a aplicação de medidas protetivas de urgência em favor de crianças e adolescentes ou medidas que obrigam o agressor quando seus direitos são ameaçados ou violados no âmbito doméstico. Com base nessa norma, noticiada violência doméstica e familiar contra criança ou adolescente, medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas pelo juiz, a requerimento do Ministério Público, da Autoridade Policial, do Conselho Tutelar ou a pedido da pessoa que atue em favor da criança e do adolescente, aplicando-se, por exemplo, o afastamento do agressor do lar e a proibição de contato e aproximação (art. 16 e 20 da Lei 14.344/22).

A lei ainda amplia a proteção conferida aos menores na medida em que:

- Impossibilita a aplicação da Lei 9.099/95 (dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais) aos crimes cometidos contra crianças e adolescentes.
- Veda a aplicação de penas de cesta básica ou pecuniária a crimes dessa espécie.
- Determina que a contagem do prazo prescricional dos crimes contra menores se inicie somente a partir do atingimento da maioridade da vítima.
- Cria a figura do homicídio qualificado em razão da idade da vítima (menor de 14 anos).

→ *Apuração de crimes*

Quanto à apuração de crimes, tão logo a Autoridade Policial tome conhecimento da prática de infração penal, deverá instaurar inquérito policial. A Lei 13.431/17[2] estabelece que o Poder Público poderá criar delegacias especializadas no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência (art. 20). O inquérito policial é um procedimento preparatório da ação penal, de caráter administrativo, presidido pela Autoridade Policial, voltado à colheita de provas de uma infração penal e sua autoria. Ao final do inquérito policial, o Ministério Público analisa os elementos coletados para decidir se há justa causa para oferecer denúncia; se há necessidade de realização de diligências

complementares ou se é caso de arquivamento. Embora valioso, o inquérito policial não é um procedimento obrigatório, podendo o Ministério Público propor ação penal sempre que suficientes as provas a ele encaminhadas ou quando, por meio de procedimento administrativo criminal próprio, obtiver elementos suficientes de autoria e materialidade delitivas.

Observa-se que o Ministério Público pode receber diretamente uma representação ou qualquer peça de informação a respeito de fatos que exponham crianças e adolescentes a situações de risco. Atualmente o acesso foi facilitado através do portal na internet:[23] https://sis.mpsp.mp.br/atendimentocidadao. Nesse caso, o Promotor de Justiça adotará desde logo medidas administrativas e judiciais.

De todo modo, é reservado às crianças e adolescentes tratamento diferenciado nos procedimentos investigatórios ou processos criminais propriamente ditos. A Lei 13.431/17[2] estabelece um sistema próprio de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência e impõe a obrigatoriedade de ações coordenadas da rede de proteção e atendimento. Essa lei também implementa formas específicas para a escuta de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas, como a escuta especializada, com o objetivo de nortear a atuação da rede protetiva e o depoimento especial, que visa colher provas em um processo administrativo ou judicial, uma única vez.

→ *Crimes exclusivos para crianças e adolescentes*

A proteção especial de crianças e adolescentes vai além dos aspectos processuais. A legislação penal brasileira prevê crimes exclusivos para essas vítimas. O ECA estabelece mais de vinte tipos penais diferentes que visam proteger crianças e adolescentes.

• *Crimes digitais*

No combate à produção, venda e distribuição de violência e outras condutas relacionadas à internet, novos tipos penais foram introduzidos no ECA,[11] especificamente nos artigos 240, 241-A, 241-B, 241-C, 241-D e 241-E. Essas tipificações abrangem situações comuns no ambiente virtual, como a troca, transmissão e divulgação de imagens de crianças e adolescentes em cenas de sexo ou pornográficas; a posse e armazenamento de conteúdos de natureza sexual; a adulteração de imagens ou vídeos a partir das quais se retratam cenas de sexo explí-

cito ou pornográficas envolvendo crianças ou adolescentes; e o aliciamento, assédio ou constrangimento para a prática de ato libidinoso com crianças por meio de chats, entre outras condutas.

Além disso, o ordenamento jurídico brasileiro possui legislações específicas que tratam de crimes virtuais, como a que criminaliza o registro não autorizado de cenas de sexo ou nudez com o fim de venda ou distribuição (Lei nº 13.441/2017)[24] e a que tipifica o *stalking* ou perseguição (Lei nº 14.132/2021).[25]

É crucial saber como encaminhar crimes digitais contra crianças e adolescentes às autoridades competentes para garantir a proteção das vítimas e a responsabilização dos agressores. O encaminhamento rápido e correto é fundamental para interromper a violência.

1. Reúna e preserve as evidências, conforme os procedimentos e as especificações contidas no Capítulo 11.B – Violência Digital.
2. Escolha da Autoridade Policial para o Registro:
   - O registro oficial da ocorrência é feito por meio de um Boletim de Ocorrência (BO). A vítima deve ser encaminhada à delegacia para o registro. A escolha da autoridade depende da natureza do crime.
   - A Polícia Civil (Estadual) é a principal porta de entrada. Deve-se buscar a Delegacia de Polícia Civil mais próxima ou, preferencialmente, uma Delegacia Especializada em Repressão a Crimes Cibernéticos (DRCC) ou uma Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DCA/DPCA), se houver na localidade.
   - A Polícia Federal geralmente é acionada em crimes que envolvam redes interestaduais ou internacionais, pedofilia (especialmente pornografia infantil), aliciamento com fins de exploração sexual ou outros crimes que transcendam as fronteiras estaduais ou nacionais. O registro pode ser feito em uma Superintendência Regional ou Delegacia da Polícia Federal.
3. Atuação dos Órgãos de Proteção e Justiça:
   - O Conselho Tutelar deve ser informado em qualquer caso de violência, digital ou não, contra crianças e adolescentes.
   - Após o registro policial, o Ministério Público é acionado e, havendo indícios suficientes, apresentar a denúncia criminal ao Poder Judiciário, iniciando o processo judicial contra o agres-

sor. Além do Ministério Público, a Defensoria Pública também pode atuar na proteção e nas ações cíveis cabíveis em nome da vítima em casos graves.

• *Violência sexual*

No que tange à violência sexual, o Código Penal (CP)[26] tipifica crimes como o estupro de vulnerável (art. 217-A), a corrupção de menores (art. 218), a satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente (art. 218-A), o favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável (art. 218-B) e a divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia (art. 218-C). Dentre eles, o estupro de vulnerável infelizmente ganha destaque devido à sua recorrência, com número de registros significativo em todo país. Segundo o "Painel Estatístico", da Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo,[27] por exemplo, nos últimos três anos, a média de registros de ocorrência foi de 32 por dia para o delito em questão. Cumpre ressaltar que, se a violência sexual contra meninas resultar em gravidez, o CP prevê a não punição para a interrupção dessa gestação, considerando-a uma situação de risco que demanda a aplicação de medidas de proteção (art. 128).

• *Proteção no contexto do tráfico de drogas*

No que diz respeito à proteção dos menores no contexto do tráfico de drogas, o artigo 40 da Lei 11.343/06[28] prevê aumento de pena para o agente quando a ação do adulto envolver ou visar atingir criança ou adolescente.

• *Corrupção de menores*

Pune-se, ainda, todo e qualquer delito que for praticado com menores ou que eles sejam induzidos a praticá-lo, nos termos do artigo 244-B do ECA, havendo inclusive previsão expressa para incluir condutas praticadas por meios eletrônicos, como em salas de bate-papo da internet.

• *Efeitos extrapenais da condenação*

Quanto aos efeitos da condenação criminal, além da pena privativa de liberdade, da restritiva de direitos, da pena de multa ou de medida de segurança, o condenado por crimes dolosos, sujeitos à pena de reclusão, contra filho, filha ou outro descendente, tutelado ou cura-

telado, poderá ter declarada a incapacidade para o exercício do poder familiar, da tutela ou da curatela (art. 92 do CP).

→ *Doutrina da proteção integral*

Como se vê, o arcabouço legal brasileiro prevê medidas de proteção, tipificações penais especiais e normas processuais diferenciadas para a tutela das crianças e adolescentes. Todavia, a doutrina da proteção integral de crianças e adolescentes com prioridade absoluta transcende a perspectiva jurídica, configurando-se como um fenômeno de corresponsabilidades entre indivíduos, famílias, órgãos e instituições, cujo objetivo é construir um sistema que seja verdadeiramente protetivo, acolhedor, acessível, eficaz e efetivo no trato com crianças e adolescentes.

Comentários finais

Para que a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica seja realmente robusta e eficaz, é fundamental um olhar contínuo para o futuro. As políticas públicas e as práticas profissionais precisam evoluir para acompanhar o mundo em constante mudança, com um foco especial no aprimoramento das leis e no uso estratégico da tecnologia.

A legislação deve ser constantemente revisada e aprimorada para garantir que esteja alinhada com as complexidades da violência doméstica na era digital. Isso inclui a criação de leis mais rigorosas para combater crimes cibernéticos contra crianças e adolescentes e a adaptação de processos judiciais para integrar evidências digitais de forma segura e eficaz. Ao mesmo tempo, a tecnologia oferece ferramentas poderosas para aprimorar o sistema de proteção. O uso de plataformas digitais seguras pode facilitar a denúncia anônima e o monitoramento de casos, enquanto sistemas de análise de dados podem ajudar a identificar padrões de violência e áreas de maior risco, permitindo a atuação proativa das autoridades. Além disso, a tecnologia pode ser utilizada para a capacitação e treinamento de profissionais, garantindo que estejam sempre atualizados sobre as melhores práticas de intervenção.

O sucesso desse sistema depende de uma colaboração intersetorial cada vez mais coesa, unindo setores como saúde, educação, assistência social, segurança e judiciário. A participação ativa da sociedade

civil e a conscientização da população são igualmente cruciais, incentivando a denúncia e o apoio às vítimas. Juntos, todos esses esforços criam uma rede de proteção que é mais do que a soma de suas partes.

Em última análise, aprimorar leis, adotar tecnologias e fortalecer a colaboração não é apenas sobre proteger os direitos das vítimas. É sobre construir uma sociedade mais justa e solidária, onde cada criança e adolescente possa crescer em um ambiente seguro e acolhedor. Garantir a continuidade desse trabalho é assegurar um futuro melhor para as próximas gerações.

Quadros-resumo

Quadro 19.1 – Roteiro de atendimento

Etapa	Ação recomendada
Identificação	Observar sinais físicos, comportamentais e relatos indiretos; aplicar protocolos de triagem
Acolhimento humanizado	Acolher sem julgamentos, garantir ambiente seguro, respeitar a dignidade e vulnerabilidade da vítima
Escuta especializada	Realizar escuta protegida, minimizando revitimização; preferir ambiente reservado e profissionais capacitados
Notificação compulsória	Notificar casos suspeitos ou confirmados ao Conselho Tutelar e ao SINAN
Encaminhamento em rede	Acionar rede intersetorial: saúde, assistência social, segurança pública, Judiciário, ONGs
Atendimento integral	Garantir cuidado físico, emocional, social e jurídico; planejar acompanhamento continuado
Registro e documentação	Manter prontuário detalhado, registros claros, preservar provas e evidências, conforme legislação
Capacitação contínua	Promover treinamentos periódicos, atualização sobre fluxos locais, boas práticas e legislação vigente

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 19.2 – Roteiro de notificação

Tópico	Detalhes
Objetivo	O principal objetivo é garantir a proteção integral da vítima, subsidiar políticas públicas, monitorar casos de violência e planejar ações de intervenção
Obrigatoriedade	É um dever legal para profissionais de saúde e educação notificarem casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes
Base legal	Fundamentado no ECA, na Constituição Federal e em normativas do Ministério da Saúde. O não cumprimento resulta em multa e infração administrativa. A Lei nº 13.431/2017 é uma base legal fundamental
Documentação	É crucial documentar o caso de forma rigorosa, incluindo fotos, registros escritos, exames e pareceres. A documentação deve ser anexada de forma sigilosa para garantir a proteção da vítima e a integridade da prova
Sigilo profissional	O dever de proteger a vítima se sobrepõe ao sigilo profissional. O sigilo é preservado em relação a terceiros, mas não impede a comunicação com as autoridades competentes
Canais de notificação	A notificação deve ser feita por meio de formulário específico ao SINAN. Relatórios médicos, sociais e psicológicos são enviados ao Conselho Tutelar, Ministério Público, Delegacia de Polícia e Vara da Infância e da Juventude
Denúncia anônima	Quando a notificação institucional não é viável, é recomendado o uso de canais anônimos como Ligue 180, Disque 100, Disque Denúncia (181) ou SaferNet Brasil (para crimes digitais)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 19.3 – Roteiro de acompanhamento e intervenções

Aspecto	Descrição
Acompanhamento	Contínuo e interligado, com a participação de equipes de saúde, rede de apoio social, educacional e de proteção jurídica.
Comunicação	Essencial e sistêmica entre CRASij, CRAS, CREAS, escolas, unidades de saúde e Conselho Tutelar para evitar revitimização.
Prioridades	Recuperação física e psicológica da vítima, fortalecimento de vínculos, prevenção e escuta qualificada.
Equipe e ações	Profissionais de diversas áreas (multiprofissional) devem manter registros detalhados, realizar visitas domiciliares e promover reuniões de rede.
Formação profissional	Formação continuada, supervisão clínica e suporte institucional para prevenir desgaste emocional e garantir a qualidade do cuidado.

Intervenção em violência física	Suporte psicológico (psicoterapia) e ações jurídicas para proteção legal e responsabilização dos agressores.
Intervenção em violência sexual	Atendimento especializado com escuta protegida, terapia de trauma e encaminhamento jurídico.
Intervenção em violência psicológica	Terapia cognitivo-comportamental e atividades de fortalecimento de vínculos para reconstruir a autoestima.
Intervenção em negligência	Fortalecimento da parentalidade e inserção em serviços socioassistenciais para garantir o acesso a recursos e um ambiente seguro.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 19.4 – Procedimentos legais

Tópico	**Detalhes**
Papel do Conselho Tutelar	Órgão autônomo e não-jurisdicional, criado pelo ECA, responsável por zelar pelos direitos da criança e do adolescente. Recebe e investiga denúncias, aplica medidas de proteção, requisita serviços públicos e aciona a justiça ou o Ministério Público quando necessário.
Procedimentos Policiais e Jurídicos	O atendimento é baseado nos princípios de proteção integral do ECA, visando minimizar a revitimização. A Lei nº 13.431/2017 é a base legal, instituindo a escuta especializada e o depoimento especial. A ação policial se inicia com a notificação do caso.
Escuta Especializada e Depoimento Especial	Escuta Especializada: Procedimento de oitiva por profissionais capacitados para coletar informações de proteção social, sem finalidade probatória. Depoimento Especial: Procedimento de coleta de prova judicial, realizado uma única vez por profissional treinado, em ambiente protegido.
Encaminhamento ao IML	A autoridade policial é responsável por requisitar o exame de corpo de delito no IML. O laudo pericial é a prova material fundamental no processo judicial. O prontuário médico de atendimento de urgência também pode servir como laudo de perícia indireta.
Âmbito Jurídico	O Ministério Público atua como guardião dos direitos da criança e do adolescente, acompanhando o inquérito e a ação penal. O Poder Judiciário julga o caso e pode aplicar medidas de proteção urgentes (ex.: afastamento do agressor, suspensão do poder familiar).
Articulação da Rede de Proteção	A colaboração entre polícia, Conselho Tutelar, Ministério Público, Judiciário e serviços de saúde e assistência social é crucial para garantir um sistema integrado e eficaz de proteção à vítima.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Referências

1. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2nd ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018.
2. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União; 2017.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Júnior I. Violência doméstica: um tema para a saúde? Rev Saude Publica. 2002;36(1):113-8. doi: 10.1590/s1414-32831999000200003
4. Garbin CA, Dias IA, Rovida TA, et al. Desafios do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência: a fala de profissionais da saúde. Cien Saude Colet. 2016;21(6):1881-90.
5. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [citado 2025 Ago 2]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/violencias/linha-de-cuidado
6. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, et al. Atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência: desafios para a gestão dos serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2009;25(Suppl 2):S258-68.
7. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017.
8. UNICEF. Protected and heard: advancing children's rights to be protected from violence and to be heard in judicial and administrative proceedings. New York: UNICEF; 2018.
9. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Escuta protegida de crianças e adolescentes: manual de implementação da Lei 13.431/2017. Brasília (DF): CNJ; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
11. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [citado 2025 Jul 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) [homepage on the Internet]. Proteção de crianças e adolescentes contra as violências [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/protecao-de-criancas-e-adolescentes-contra-violencias
13. Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage on the Internet]. Violência na infância e adolescência: orientações para a prática pediátrica [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22611c-GP-Violencia.pdf
14. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I. Violência interpessoal e saúde: a experiência da violência doméstica contra a mulher. Cien Saude Colet. 2006;11(2):431-41.
15. Organização Pan-Americana da Saúde [homepage on the Internet]. Guía para la respuesta de los servicios de salud ante la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53592
16. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Cien Saude Colet. 2017;22(9):3013-22. doi: 10.1590/1413-81232017229.13712017

17. Garbarino J, Kostelny K. Child maltreatment as a community problem. Child Abuse Negl. 1992;16(4):455-64.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual: Manual de Atendimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança e do adolescente: protocolos de ações de vigilância e atenção à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
21. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos [homepage on the Internet]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
22. Brasil. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições do Título V da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera a Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos); e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2022.
23. Ministério Público do Estado de São Paulo [homepage on the Internet]. Atendimento ao Cidadão [citado 2025 Ago 18]. Disponível em: https://sis.mpsp.mp.br/atendimentocidadao
24. Brasil. Lei n° 13.441, de 8 de maio de 2017. Altera a Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para prever a infiltração de agentes de polícia na internet com o fim de investigar crimes contra a dignidade sexual de criança e de adolescente. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017.
25. Brasil. Lei nº 14.132, de 31 de março de 2021. Acrescenta o art. 147-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o crime de perseguição; e revoga o art. 65 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Diário Oficial da União; 2021.
26. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos [homepage on the Internet]. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
27. Secretaria da Segurança Pública [homepage on the Internet]. Painel de Dados Estatísticos [citado 2025 Ago 18]. Disponível em: https://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/painel-estatistico
28. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2006.

CAPÍTULO 20

Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes

Mário Roberto Hirschheimer
Renata Dejtiar Waksman

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é uma grave violação de direitos humanos, com consequências físicas, psicológicas e sociais profundas e duradouras. Trata-se de um problema de saúde pública que exige uma resposta multifacetada, envolvendo a conscientização da sociedade, o fortalecimento das famílias e a criação de redes de apoio eficazes.[1,2]

Presente em todas as classes sociais e contextos geográficos, a violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo, relacionado a fatores culturais, sociais e econômicos. No Brasil, milhões de meninos e meninas são vitimados cotidianamente, principalmente por pessoas próximas e de confiança, o que compromete seu desenvolvimento integral e sua qualidade de vida.[1]

A compreensão dos conceitos e definições de violência é fundamental para sua identificação, prevenção e enfrentamento. Seja física, psicológica, sexual, negligência ou digital, toda forma de violência prejudica o desenvolvimento infantil e adolescente, impactando a saúde física, mental e emocional.

As consequências podem incluir lesões, infecções sexualmente transmissíveis, dificuldades escolares, uso de substâncias psicoativas, ansiedade, depressão, ideação suicida e até a morte.

O estresse tóxico na primeira infância (0 a 6 anos) pode comprometer permanentemente o desenvolvimento cerebral e afetar o

sistema nervoso. Além disso, a exposição contínua à violência está associada a comportamentos agressivos, uso de substâncias, práticas sexuais de risco e envolvimento em atividades ilícitas.

No âmbito familiar, a violência frequentemente se relaciona à violência doméstica ou intrafamiliar, perpetuando ciclos que atravessam gerações e afetam todos os membros da família. Em nível comunitário e social, gera altos custos econômicos, estimados em 7 trilhões de dólares globalmente, devido a gastos com saúde, serviços psicossociais e perdas educacionais e produtivas.[3]

Assim, a violência contra crianças e adolescentes não atinge apenas as vítimas diretas, mas toda a sociedade. Considerando que estão em condição peculiar de desenvolvimento, seus direitos devem ser assegurados com absoluta prioridade pela família, comunidade, sociedade e poder público, numa responsabilidade compartilhada de proteção integral.[1]

A atuação de profissionais de saúde, especialmente pediatras, é crucial na identificação precoce e na promoção de ambientes protetores.

Para combater esse cenário, diversas estratégias de abordagem e prevenção podem ser adotadas.

Estratégias de abordagem

→ *Identificação de fatores de risco*

O profissional deve estar apto a reconhecer fatores de risco que predispõem ao estresse tóxico, como gravidez conturbada, ausência de pré-natal, abuso de álcool e drogas pelos pais, maus-tratos, negligência física e emocional, e doenças mentais nos cuidadores. Ao identificar essas vulnerabilidades, o pediatra pode orientar e acionar a rede de apoio.

→ *Educação parental e apoio familiar*

Uma das principais estratégias de prevenção é a educação parental, que ensina aos cuidadores métodos de disciplina positivos e fortalece a comunicação e o relacionamento. A literatura científica demonstra que o hábito de ler e brincar com os filhos desde cedo fortalece os vínculos afetivos, um fator de proteção crucial contra o estresse tóxico.

→ *Abordagem de casos de violência*

A prevenção do abuso infantil e o rompimento do silêncio são essenciais. O pediatra deve suspeitar de casos de maus-tratos e abuso se-

xual, especialmente em serviços de atenção primária e acionar a rede de proteção (como o Conselho Tutelar), fornecendo informações técnicas para a avaliação multiprofissional e o amparo legal da criança.

→ *Promoção de hábitos e rotinas saudáveis*

O pediatra tem um papel crucial na orientação sobre rotinas que podem proteger a criança do estresse. Isso inclui:

- Controle de telas: Recomendar limites de tempo de tela e monitoramento de conteúdo, incentivando o uso de senhas e filtros.
- Higiene do sono: Orientar sobre a importância de uma rotina noturna calma, ambiente adequado para dormir e limitação de eletrônicos antes de ir para a cama.
- Importância do afeto: Reforçar que os vínculos afetivos robustos são fatores de proteção contra o estresse tóxico e orientar os pais sobre a importância de buscar ajuda profissional em casos de depressão materna.
- Estímulo à leitura: Brincadeira e esportes: Incentivar essas atividades para o desenvolvimento cognitivo, motor e social da criança.
- Alimentação consciente: Orientar para que a alimentação seja uma rotina prazerosa, sem forçar a criança a comer.

Em suma, o trabalho do pediatra vai além da clínica, expandindo-se para a promoção de um ambiente familiar e social seguro. Ao atuar na identificação precoce de vulnerabilidades e na implementação de estratégias de prevenção, o pediatra contribui significativamente para a construção de resiliência, garantindo um futuro mais saudável e promissor para as crianças.

Estratégias de prevenção

A prevenção da violência doméstica pode ser dividida em estratégias diretas, que visam à intervenção em situações de risco ou violência e estratégias de apoio, que fortalecem o ambiente familiar e social.

→ *Diretas*

- *Suspeita e avaliação multiprofissional*

São essenciais, especialmente nos serviços de atendimento primário de saúde. Crianças e adolescentes com sinais de maus-tratos, incluindo abuso sexual, devem ser avaliados por uma equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais e conselhos tu-

telares). Este atendimento em caráter multidisciplinar é vital para a organização de projetos preventivos e para o acompanhamento das sequelas físicas e psicológicas. É crucial romper o silêncio, retirando as crianças e os adolescentes da situação de abandono a que são lançados quando vitimados pela violência doméstica.[4]

• *Identificação e notificação de casos*

A melhoria na notificação e na caracterização dos casos de violência é fundamental. Há um déficit na comunicação dessas ocorrências, o que dificulta o tratamento apropriado e o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. A vigilância de violências e acidentes busca subsidiar ações para combater causas externas, priorizando grupos vulneráveis e incentivando a formação de redes de proteção.[5]

→ *De apoio*

• *Educação e apoio parental*

A literatura evidencia a educação parental como uma das principais formas de prevenção da violência e do estresse tóxico na infância. Muitos casos de violência e negligência derivam da falta de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e sobre métodos de disciplina positivos.[4]

Programas de apoio à família, que ensinam estratégias para lidar com conflitos e melhoram a comunicação, são essenciais para construir ambientes familiares mais seguros.

O fortalecimento de vínculos afetivos robustos entre pais e cuidadores é um fator protetor que atenua fatores de risco. O hábito de ler para os filhos e a prática de atividades conjuntas, como brincadeiras, reforçam a relação e a afetividade, contribuindo para a redução do estresse tóxico. Além disso, a atenção à saúde mental dos cuidadores, como o tratamento da depressão materna, é vital, pois a saúde mental dos pais impacta diretamente a qualidade dos vínculos afetivos.[6]

O estresse tóxico é uma resposta biológica prolongada e intensa a adversidades severas e crônicas – como abuso, negligência ou disfunção familiar –, que, sem o apoio de um adulto protetor, compromete o desenvolvimento neuropsicomotor, a saúde física e mental da criança a longo prazo. O Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, de 2017, enfatiza o papel primordial do pediatra na prevenção e intervenção para mitigar esses danos.[6]

• *Campanhas nas escolas*

Campanhas nas escolas sobre direitos da criança, prevenção ao abuso e educação emocional são importantes. Deve ser feita capacitação e conscientização de professores para identificar sinais de violência.[7,8]

→ *No ambiente virtual*

No Capítulo 11.B – Violência Digital são exploradas com maior profundidade as ações e estratégias voltadas à prevenção desse tipo de violência.

Níveis de prevenção

Para combater a violência doméstica, é fundamental adotar estratégias em diferentes níveis de prevenção. O pediatra atua como um agente central, habilitado a identificar, intervir e orientar de forma individualizada a criança e sua família. Sua atuação se dá em três níveis de prevenção:[9]

→ *Prevenção primária*

Consiste em evitar que a violência aconteça, atacando suas causas profundas e promovendo ambientes saudáveis. Concentra-se no rastreamento e na identificação de crianças com maior predisposição ao estresse tóxico, atuando de forma proativa para mitigar os riscos.

→ *Prevenção secundária*

Dedica-se a orientar os pais sobre a importância de ambientes seguros e de vínculos afetivos saudáveis. Baseia-se na intervenção precoce, quando há indícios de risco ou situação de violência emergente, para evitar que o dano se amplie.

→ *Prevenção terciária*

Envolve a identificação e notificação de casos de estresse tóxico e suas consequências, garantindo o acolhimento do caso por uma equipe multidisciplinar e um tratamento individualizado. Promove também a redução dos danos gerados pela violência já ocorrida, evitando reincidência e possibilitando recuperação física, emocional e social.

Como podem ser feitas as intervenções primária, secundária e terciária? Informações encontram-se no Quadro 20.1.

Quadro 20.1 – Intervenções nos três tipos de prevenção

Primária	Promoção da parentalidade positiva: Capacitação de pais e cuidadores para uso de disciplina não violenta, reforço afetivo, manejo de estresse parental. Educação e sensibilização comunitária: Campanhas públicas, oficinas escolares, esclarecimento sobre os direitos da criança, identificação de sinais de maus-tratos. Fortalecimento de redes de apoio social: Assistência social, programas de saúde, educação, espaços comunitários seguros. Políticas públicas e legislação eficazes: Assegurar que leis (como o ECA) sejam conhecidas, aplicadas e fiscalizadas.
Secundária	Suspeita e Identificação: Profissional de saúde, escola, assistência social com treinamento para reconhecer sinais de abuso ou negligência. Serviços de apoio imediato: Acolhimento psicológico, abrigo se necessário, proteção pelos órgãos competentes (ex: Conselho Tutelar). Intervenção especializada: Acompanhamento por equipe multidisciplinar – saúde, psicologia, serviço social, justiça.
Terciária	Terapia e reabilitação para vítimas: Apoio psicológico, medidas de reinserção escolar/social, monitoramento contínuo. Medidas legais e responsabilização: Garantir que o agressor seja responsabilizado, cumprindo sanções previstas em lei, ações judiciais quando for cabível.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Estratégias de combate à violência

As estratégias do pacote técnico INSPIRE,[10] desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF e outras agências, são destinadas à prevenção e resposta à violência contra crianças.

INSPIRE é um acrônimo que representa as sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças e adolescentes. É uma iniciativa conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), projetada para guiar governos, a sociedade civil e o setor privado no combate à violência infantojuvenil em múltiplas frentes.

O acrônimo resume o seguinte conjunto de ações estratégicas (em português):

- **I**nvestir em programas familiares.
- **N**oções de saúde e educação.
- **S**erviços de apoio e proteção para crianças e famílias.
- **P**roteção.
- **I**ncentivo à criação de ambientes seguros.
- **R**eformulando comportamentos.
- **E**mpoderamento de crianças e adolescentes.

As estratégias deste pacote técnico podem ser categorizadas nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, focando em diferentes etapas da ocorrência da violência.

→ *Prevenção primária*

O objetivo da prevenção primária é evitar que a violência contra crianças e adolescentes aconteça, atuando sobre os fatores de risco antes que a agressão seja consumada.

- Implementação e cumprimento de leis: Promover e fiscalizar leis que proíbam castigos corporais, proíbam o acesso de jovens a armas de fogo e criminalizem abusos sexuais e a exploração de crianças. A legislação forte cria uma barreira legal contra a violência.
- Normas e valores: Trabalhar na mudança de atitudes sociais e normas culturais que toleram ou justificam a violência contra crianças. Isso pode incluir campanhas de conscientização e mobilização comunitária para desconstruir padrões prejudiciais de gênero, idade ou deficiência.
- Ambientes seguros: Ações para criar ambientes físicos e sociais mais seguros. Isso pode envolver a melhoria da iluminação em áreas públicas, policiamento focado em "áreas críticas" e a criação de espaços de lazer seguros para crianças, reduzindo oportunidades para a violência.
- Apoio a pais e cuidadores: Oferecer programas que reforcem a capacidade de pais e cuidadores de criar os filhos de forma positiva e não violenta, como visitas domiciliares, apoio em grupo e educação sobre práticas parentais saudáveis.
- Aumento de renda e fortalecimento econômico: Melhorar o status financeiro das famílias para reduzir o estresse econômico, um fator de risco para a violência. Isso pode ser feito através de trans-

ferências de renda ou programas de microfinanciamento, muitas vezes combinados com educação para pais.

→ *Prevenção secundária*

A prevenção secundária visa intervir precocemente quando os primeiros sinais de violência são identificados, a fim de minimizar suas consequências.

- Serviços de resposta e apoio: Fornecer serviços de atendimento e apoio imediato para as vítimas. Isso inclui o acesso a serviços de saúde (com foco na atenção, identificação e tratamento de casos), aconselhamento psicológico e apoio terapêutico.
- Educação e habilidades para a vida: Oferecer programas que ensinem às crianças habilidades para a vida, como comunicação, assertividade e resolução de problemas, aumentando sua capacidade de reconhecer, relatar e resistir à violência.
- Rastreamento e encaminhamento: Implementar sistemas de rastreamento de casos para identificar rapidamente as crianças em risco e encaminhá-las para os serviços apropriados, como proteção social ou jurídico.

→ *Prevenção terciária*

O foco da prevenção terciária é na reabilitação e reintegração da vítima, mitigando os danos a longo prazo e evitando a recorrência da violência.

- Serviços de resposta e apoio (abordagem reabilitadora): Fornecer apoio terapêutico e acompanhamento contínuo para ajudar a criança a superar o trauma. Intervenções no sistema de justiça criminal, como tratamento para jovens infratores, também fazem parte deste nível.
- Acolhimento e suporte social: Oferecer intervenções de acolhimento com a participação de serviços de bem-estar social para crianças que sofreram violência, garantindo que tenham um ambiente seguro e de apoio para sua recuperação.
- Reintegração: Promover a reintegração das vítimas em suas comunidades ou famílias de origem (se seguro) ou em um novo ambiente de cuidado, com suporte contínuo para evitar que sejam revitimizadas.

Ambiente comunitário e políticas públicas

A promoção de um ambiente comunitário seguro é crucial, através da criação de espaços onde crianças e adolescentes possam se sentir protegidos, como escolas, centros de lazer e unidades de saúde. Nesses locais, profissionais capacitados podem identificar sinais de violência e intervir de maneira apropriada. A articulação entre os setores de saúde, educação e assistência social é fundamental para que a rede de proteção funcione de forma integrada, como previsto pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), estabelecida pela Portaria MS/GM nº 737 de 2001, é um marco para a saúde pública no Brasil. Seu principal objetivo é reverter o quadro de violência e acidentes, que figuram entre as maiores causas de morte e incapacidade no país.[5]

Estrutura-se em três eixos principais:

→ *Vigilância e monitoramento*

O primeiro eixo foca na melhoria dos sistemas de informação. A PNRMAV busca fortalecer a coleta de dados sobre acidentes de trânsito, agressões, suicídios e outros agravos. Isso permite identificar os grupos de maior risco e as áreas mais afetadas, fornecendo a base para o planejamento de ações preventivas.

→ *Promoção da saúde e prevenção*

Este eixo se concentra em medidas educativas e de conscientização. A política propõe a capacitação de profissionais de saúde para a identificação e notificação de casos, o desenvolvimento de campanhas educativas e a criação de programas de prevenção voltados para comunidades, escolas e famílias. O foco é atuar sobre os fatores de risco e promover comportamentos seguros e não violentos.

→ *Assistência e reabilitação*

A PNRMAV também se preocupa com as vítimas de acidentes e violências. O objetivo é aprimorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, desde o atendimento de urgência e emergência até a reabilitação física e psicológica. A política incentiva a organização de redes de apoio para oferecer um cuidado integral e de qualidade, buscando mitigar as consequências dos agravos e prevenir novas ocorrências.

Em resumo, a política adota uma abordagem intersetorial e integral, reconhecendo que a prevenção da violência e dos acidentes não

é responsabilidade apenas do setor de saúde, mas exige a colaboração de outras áreas, como educação, justiça e segurança pública.

Conscientização social

A conscientização social por meio de campanhas públicas é uma medida vital para informar a população sobre os tipos de violência, suas consequências e os canais de denúncia, como o Disque 100. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), família, sociedade e Estado têm o dever de garantir o direito à vida, à saúde e à dignidade, pondo-os a salvo de qualquer forma de violência ou negligência.[11]

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e outros sistemas de informação em saúde desempenham um papel crucial no monitoramento e na produção de dados epidemiológicos, que são a base para a formulação de políticas públicas eficazes de prevenção.

Considerações finais

A violência contra crianças e adolescentes não é apenas um fenômeno social ou um problema de saúde pública: é expressão de uma falha estrutural da humanidade em proteger aqueles que representam sua maior promessa de continuidade.[1]

Constitui-se em fenômeno complexo, multifacetado e persistente, que compromete gravemente o desenvolvimento físico, emocional e social de suas vítimas.[4]

A criança e o adolescente, situados em uma condição peculiar de desenvolvimento, simbolizam o futuro e, ao mesmo tempo, a fragilidade da existência diante da violência banalizada e naturalizada.[2]

Portanto, a prevenção não pode ser reduzida a protocolos, mesmo que sejam indispensáveis, mas deve ser compreendida como uma prática social de resistência à ignorância e selvageria. A atuação do pediatra, dos profissionais de saúde e das redes de proteção revela-se como exercício de cuidado ético.

A análise dos dados recentes demonstra que, apesar dos avanços legislativos e das diretrizes intersetoriais, ainda há lacunas significativas na proteção dos direitos infantojuvenis. O aumento nas notificações de violência, o alto número de homicídios entre jovens negros, os registros de *bullying* e *cyberbullying* em ambiente escolar e os casos de autoagressão e ideação suicida sinalizam a urgência de uma articulação efetiva entre os setores da saúde, educação, segurança pública e assistência social.

A detecção precoce dos sinais de violência, especialmente nas formas sutis como a psicológica, a negligência e a autolesão, deve ser prioridade nas políticas públicas, considerando que essas manifestações muitas vezes permanecem invisíveis até que causem danos irreversíveis. O fortalecimento dos vínculos familiares, a formação continuada de profissionais da linha de frente e a valorização da escuta qualificada são estratégias fundamentais para enfrentar esse cenário.

Por fim, a construção de uma rede de proteção eficiente exige mais que normativas: requer compromisso ético, financiamento adequado, monitoramento permanente e participação ativa da sociedade civil. Somente por meio do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito será possível promover ambientes seguros, dignos e saudáveis para que possam crescer, se desenvolver e prosperar.

Ao longo deste capítulo, vimos que a prevenção demanda ações intersetoriais, vigilância epidemiológica, fortalecimento dos vínculos familiares e envolvimento comunitário. Contudo, proteger a infância significa reafirmar a centralidade da dignidade humana e reconhecer que o valor da vida não pode ser relativizado por fatores culturais, econômicos ou afetivos.

Daí que o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes deve ser entendido como imperativo categórico da sociedade contemporânea: não se trata de opção, mas de exigência ética inadiável. Somente ao assumir coletivamente essa responsabilidade poderemos vislumbrar uma sociedade que, ao proteger suas crianças e adolescentes, protege a si mesma, garantindo a possibilidade de um futuro verdadeiramente humano.

Referências

1. UNICEF [homepage on the Internet]. Proteção de crianças e adolescentes contra as violências [citado 2025 Set 25]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/protecao-de-criancas-e-adolescentes-contra-violencias
2. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 115-32.
3. Pereznieto P, Montes A, Routier S, et al [homepage on the Internet]. The costs and economic impact of violence against children [citado 2025 Set 25]. Disponível em: https://odi.org/en/publications/the-costs-and-economic-impact-of-violence-against-children
4. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. 2001 maio 18;96(Seção 1-E). Disponível em: https://bit.ly/2GAifGa
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2017.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome [homepage on the Internet]. Programa Criança Feliz [citado 2025 Jul 14]. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz
8. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania [homepage on the Internet]. Observatório Nacional dos Direitos Humanos evidencia avanços e desafios para proteção de crianças e adolescentes [citado 2025 Jul 14]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/observatorio-nacional-dos-direitos-humanos-evidencia-avancos-e-desafios-para-protecao-de-criancas-e-adolescentes
9. Brito AM, Zanetta DM, Mendonça RC, et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Rev Saúde Pública. 2018;52(1):1-9. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100021
10. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO; 2016.
11. Brasil [homepage on the Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [citado 2025 Set 5]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

A violência contra crianças e adolescentes demanda uma resposta atualizada, abrangente e multidisciplinar. Nos últimos anos, o mundo passou por transformações profundas: a conectividade instantânea, o crescimento exponencial das redes sociais, o avanço das tecnologias digitais e as novas dinâmicas sociais criaram cenários inéditos de vulnerabilidade. Diante desse contexto, torna-se imperativo que os profissionais envolvidos na proteção da infância e adolescência estejam preparados para enfrentar os desafios contemporâneos com conhecimento técnico, sensibilidade ética e articulação intersetorial.

Esta edição do ***Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco de Violência*** representa mais do que uma simples atualização editorial. Trata-se de uma ferramenta essencial, cuidadosamente revisada e ampliada, que incorpora os riscos emergentes e os debates mais atuais sobre o tema. Entre os tópicos abordados, destacam-se o *bullying* e os crimes virtuais, transtorno factício imposto a outro (nova denominação da síndrome de Munchausen causada por terceiro) sob uma nova perspectiva, o impacto do cigarro eletrônico e as especificidades do cuidado com crianças e adolescentes com neurodiversidades e incongruência de gênero, temas ausentes nas edições anteriores, mas hoje centrais para uma atuação eficaz.

Elaborado com a colaboração de especialistas das áreas da saúde, educação, justiça, serviço social e comunicação, o ***Manual*** oferece uma visão multiprofissional e integrada, capaz de orientar o manejo de situações complexas com profundidade e clareza. Sua legitimidade técnica e institucional é reforçada pela parceria entre a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), garantindo o mais alto padrão ético, científico e legal.

Percorrendo o caminho do manejo prático à estratégia preventiva e ancorada nos princípios éticos, legais e clínicos das mais diversas especialidades médicas, esta obra é a referência definitiva para todos que se dedicam à proteção e ao desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.