

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA - PRM EM PEDIATRIA

**SITUAÇÕES DE RISCO E VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA
E ADOLESCÊNCIA**

**RAFAELA WOLF BAPTISTA
ORIENTADORA: PROF^a. EDILA PIZZATO**

Porto Alegre, 15 de Janeiro de 2023.

CIP - Catalogação na Publicação

Wolf Baptista, Rafaela
SITUAÇÕES DE RISCO E VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA / Rafaela Wolf Baptista. -- 2023.
15 f.
Orientador: Edila Pizzato.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Médica em Pediatria, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Violência contra a criança e adolescente. 2.
Abuso Sexual contra a criança e adolescente. I.
Pizzato, Edila, orient. II. Título.

RESUMO:

Sabe-se que a violência contra crianças e adolescentes tem impacto devastador e leva a uma extensa gama de problemas sociais e de saúde e que, além disso, esta violência está frequentemente escondida, invisível ou sub-notificada. Portanto, é fundamental que todo pediatra esteja apto para identificar, suspeitar e assegurar o diagnóstico correto, o tratamento e os meios de proteção adequados para toda criança e adolescente em situação de risco para violência.

Este trabalho objetiva servir como um manual para o atendimento ambulatorial em situações de risco e de violência contra a criança e o adolescente, revisando aspectos epidemiológicos, definições, classificações e, sobretudo, direcionando o manejo, os fluxos de atendimento e os encaminhamentos necessários para os pacientes pediátricos e suas famílias.

SITUAÇÕES DE RISCO E VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO
2. EPIDEMIOLOGIA
3. CLASSIFICAÇÃO
4. AVALIAÇÃO E MANEJO
 - 4.1. ANAMNESE
 - 4.2 EXAME FÍSICO
 - 4.3 EXAMES COMPLEMENTARES
 - 4.4. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS
 - 4.4.1. SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO
 - 4.4.2. VIOLÊNCIA SEXUAL
5. NÍVEL DE GRAVIDADE E FLUXO DE ATENDIMENTO
6. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10)
7. CONCLUSÃO
8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUÇÃO:

Sabe-se que a violência contra crianças e adolescentes tem impacto devastador e leva a uma extensa gama de problemas sociais e de saúde (Quadro 1).

A OMS define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Quadro 1: Possíveis consequências da violência contra crianças para a saúde:

Problemas de Saúde Mental:
Transtornos de Estresse Pós Traumático
Depressão e Ansiedade
Agressividade
Suicídio

Lesões:
Lesões internas
TCE
Fraturas
Queimaduras

Doenças Não Transmissíveis e Comportamentos de Risco
Consumo abusivo de álcool
Sedentarismo
Consumo de tabaco
Obesidade

Doenças Transmissíveis e Comportamentos de Risco
IST
Múltiplos parceiros sexuais
Infecção por HIV
Práticas sexuais não seguras
Álcool e Drogas

Saúde Materno-Infantil
Complicações da gravidez
Gravidez não planejada e gravidez na adolescência
Morte (incluindo fetal)

2. EPIDEMIOLOGIA:

Estima-se que aproximadamente 40 milhões de crianças por ano sofram de abuso, globalmente. [4]

A análise de dados de uma pesquisa com representatividade nacional sobre a prevalência de violência contra crianças (Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates) realizada em 96 países estima que, em todo o mundo, um bilhão de crianças – mais do que 50% das crianças entre 2 e 17 anos de idade – sofreram violência psicológica, física ou sexual.

Dados da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) no documento “Panorama da violência letal e sexual contra adolescentes no Brasil” mostram que no período entre 2016 e 2020 foram identificadas 34.918 mortes violentas intencionais de crianças e adolescentes no país. Neste panorama, observou-se que as características das mortes são diferentes entre as diversas faixas etárias. Entre as crianças de até 9 anos, 33% das vítimas eram meninas; 44% eram brancas; 40% morreram dentro de casa; 46% das mortes ocorreram pelo uso de arma de fogo e 28% pelo uso de armas brancas ou por “agressão física”. Já na faixa etária entre 10 e 19 anos, 91% das

vítimas eram meninos; 80% eram negras; 13% morrem em casa; 83% das mortes ocorreram em decorrência do uso de armas de fogo.

E, infelizmente, apesar da alta prevalência, reconhece-se que a violência contra crianças é frequentemente escondida, invisível ou sub-notificada [1]. Portanto, é fundamental que todo pediatra esteja apto para identificar a suspeita e assegurar o diagnóstico correto, o tratamento e os meios de proteção adequados para toda criança e adolescente em situação de risco para violência.

3. CLASSIFICAÇÃO:

Conforme a OMS e a Sociedade Internacional de Prevenção Ao Abuso e Negligência da Criança, pode-se classificar a violência e abuso às crianças e aos adolescentes nos seguintes tipos [4]:

- **Abuso/ Violência Física:** dano físico ou injúria física.
- **Negligência:** Falência em providenciar as necessidades básicas da criança e o seu desenvolvimento em todas as esferas.
- **Abuso Emocional:** Falência em providenciar um ambiente emocional apoiante e apropriado à fase de desenvolvimento, com prejuízo do desenvolvimento emocional da criança ou da sua auto-estima.
- **Abuso Sexual:** O envolvimento de uma criança em atividades sexuais, em que esta (pela idade ou fase de desenvolvimento em que se encontra): não compreende na totalidade, não tem capacidade de fornecer consentimento informado, não está preparada do ponto de vista do desenvolvimento. O abuso sexual pode ser por adultos ou crianças numa posição de responsabilidade, que tenham obtido a confiança da criança ou com poder sobre a vítima.
- **Exploração:** O uso da criança para trabalho ou outras atividades, em benefício de outros, para ganho financeiro.

4. AVALIAÇÃO E MANEJO:

O atendimento médico de situações com suspeita de maus-tratos a crianças e adolescentes deve ser realizado, necessariamente, por equipe de saúde multidisciplinar e interprofissional, que esteja capacitada, integrada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições, como as de educação, justiça e segurança pública. O atendimento deve ser pautado nas necessidades do paciente, e quatro componentes devem ser avaliados: estado geral da vítima, tipo de agressão, características do agressor e da família (se é protetora, impotente, conivente ou participante da violência).

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento imediato de vítimas de violência. As questões policiais e judiciais devem ser abordadas após o atendimento das necessidades emergenciais médicas da vítima. A recusa infundada do atendimento médico caracteriza-se, ética e legalmente, como imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências. Nesse

caso, de acordo com o art. 13, § 2º do Código Penal, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos físicos e mentais ou eventual morte do paciente.

Alguns princípios são básicos no atendimento médico às crianças e adolescentes vítimas de violência:

- O atendimento deve ser realizado em ambiente reservado e acolhedor;
- Deve-se oferecer uma escuta atenta e atitude neutra, sem fazer perguntas em demasia ou questionar o que está sendo relatado, com observação de detalhes, sem se deixar influenciar por suas interpretações do ocorrido;
- É importante deixar claro para a vítima que ela não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas;
- Documentar toda a avaliação de forma detalhada, para evitar que a narrativa seja repetida várias vezes, mesmo para outros profissionais, para não aumentar o sofrimento da vítima;
- Na anamnese deve constar a transcrição detalhada das palavras da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou prejulgamentos;
- Explicar à criança ou adolescente todos os procedimentos que serão adotados;
- A avaliação física deve ser detalhada e explicada para a criança, com exame de todos os segmentos corporais, inclusive da região genital, na busca de outros sinais de violência anterior, de lesões antigas e outras possíveis agressões;
- Ao listar as hipóteses diagnósticas, deve constar suspeita de violência, além de diagnósticos diferenciais e agravos não intencionais, que poderiam ter os mesmos sintomas;
- Se necessário, solicitar avaliação de outro profissional (ortopedista, cirurgião, ginecologista, profissional de saúde mental e perito do IML) a ser realizada, se possível, no mesmo tempo e local;

4.1. ANAMNESE:

Deve-se questionar a descrição detalhada das circunstâncias em que ocorreram as lesões e o ambiente onde a criança estava antes, durante e depois do evento. É importante estar atento para histórias discrepantes e incompatibilidades entre dados da história e os achados no exame físico.

Atentar para as seguintes situações para a suspeita diagnóstica:

- pais que omitem total ou parcialmente a história de trauma;
- pais que mudam a história toda vez que são interrogados;
- histórias diferentes quando são questionados outros membros da família isoladamente;
- explicações contraditórias, não convincentes, quanto aos ferimentos observados;
- demora inexplicável na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma.

Se queda foi o mecanismo de trauma alegado, é importante saber de que altura caiu, a superfície de contato, a existência de testemunhas e o possível mecanismo da lesão (torção, tração ou compressão). Importante lembrar que fratura significativa de crânio ou lesão difusa do cérebro requer queda de uma altura de pelo menos 150 cm sobre uma superfície rígida.

Atentar para as histórias de traumas declarados como acidentais, mas que são repetitivos ou que ocorrem com frequência acima da esperada, em que os pais/responsáveis alegam estarem relacionados à conduta ou má índole da criança e que são incompatíveis com sua fase atual de desenvolvimento. Além disso, observar a ausência de medidas de segurança para prevenir lesões de repetição ou traumas acidentais graves.

Investigar situações de maus tratos na forma de negligência, como situações de tratamentos inadequados, não cumprimento do calendário vacinal, não seguimento de recomendações, acompanhamento irregular de portador de doença crônica e frequentes internações.

Avaliar as condições sociais da família:

- uso de álcool ou outras drogas;
- violência doméstica (contra outros membros da família, como idosos, e contra animais de estimação);
- doenças mentais ou depressões;
- história de maus-tratos na infância dos pais;
- situações de perda de controle emocional por parte dos familiares;
- expectativa irreal dos pais em relação àquele filho.

4.2. EXAME FÍSICO:

No exame físico inicial, algumas atitudes do paciente podem chamar a atenção, como: apatia, tristeza, indefesa, extremamente temerosa, postura defensiva (encolhendo-se, fechando os olhos e protegendo o rosto – a provável atitude adotada durante as agressões sofridas). É importante observar se há atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e desnutrição.

São lesões sugestivas de abuso:

- Que não se justificam pelo mecanismo do trauma relatado;
- Que não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento neuropsicomotor da criança;
- Presença de equimoses intraorais, fraturas e lesões intracranianas ou abdominais em criança que ainda não anda;
- Lesões em várias partes do corpo, simétricas ou bilaterais;
- Lesões em múltiplas partes do corpo;
- Lesões múltiplas em diferentes estágios de evolução e cicatrização;
- Lesões em localizações não usuais, como tronco, orelhas, face, pescoço, dorso das mãos ou parte superior dos membros superiores;
- Lesões que envolvem partes usualmente cobertas ou protegidas do corpo, como: laterais, grandes extensões de dorso, pescoço, região interna de coxa, genitália, nádegas;
- Marcas de objetos significativas e inexplicáveis;
- Lesões antigas e cáries sem tentativas de tratamento são evidências de negligência;

Avaliação da Pele:

A pele das crianças submetidas a abuso físico costuma estar acometida com grande frequência, sendo que cerca de metade delas apresenta equimoses ou abrasões na região do crânio ou da face [5]. A presença de lesões equimóticas com formato definido pode sugerir o tipo do objeto utilizado na agressão, como cintos, fivelas, dedos, colheres, pás e mordidas.

A avaliação da coloração dos hematomas auxilia na avaliação do tempo de ocorrência do trauma: lesão roxa significa que ocorreu há menos de 3 dias; lesão pardo-esverdeada significa transformação em metemoglobina, devido à ausência de oxigenação; amarelo-esverdeado em hemossiderina, correspondendo a trauma provocado entre 3 e 7 dias; lesão amarelada e amarelo-amarronzada significa transformação em hematoïdina, ocorrida entre 7 e 30 dias.

É importante ressaltar que o comportamento humano é definido pela atividade frontal, assim as quedas provocadas por traumas não intencionais costumam provocar lesões nas áreas de extensão e extremidades – região frontal, mento, cotovelos, palma das mãos, parte anterior de coxas e pernas.

Avaliação de Queimaduras:

As lesões agudas ou cicatriciais de forma numular, frequentes em mãos ou pés podem sugerir queimaduras por cigarro. As queimaduras por escaldamento afetam mais nádegas, pés e mãos, poupando as áreas de flexão, diferentes das causadas por acidentes. [5,9]

Avaliação dos Ossos / Fraturas:

Avaliar se o mecanismo alegado para as fraturas é compatível com o desenvolvimento neuromotor da vítima e o estágio de consolidação das fraturas [5,9]:

- dor e edema por até 10 dias;
- formação periosteal entre 1 e 2 semanas;
- formação de calo mole em 2 a 3 semanas;
- formação do calo duro em 3 a 6 semanas.

As seguintes fraturas são sugestivas de trauma intencional:

- Múltiplas, bilaterais, em diferentes estágios de consolidação;
- Cranianas múltiplas, complexas, occipital ou parietal posterior;
- Espiraladas em diáfises, em úmero e fêmur (em crianças que ainda não andam) que, mesmo isoladas, sugerem fortemente maus-tratos e ocorrem por torção e rotação forçada da extremidade;
- Metafisárias, pois quando a força do trauma é aplicada nas zonas de inserção ligamentar ocorrem arrancamentos de fragmentos ósseos e fratura transmetafisária;
- Epifisárias e metafisárias sugerem violência física por necessitarem de forças extras para serem produzidas, não somente quedas ou impacto direto;
- Arcos costais posteriores, múltiplas, bilaterais e próximas das articulações costovertebrais. Ocorrem no primeiro ano de vida, por mecanismo indireto de compressão anteroposterior do tórax

e compressão secundária do extremo posterior das costelas contra as respectivas apófises transversas;

- Metacarpais e metatarsais em geral são acompanhadas de outras fraturas e ocorrem quando os adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças;
- De extremo distal da clavícula e da escápula;
- De apófises espinhosas.

Avaliação do Sistema Nervoso Central:

A frequência de traumas cranianos acidentais em crianças até o segundo ano de vida é relativamente alta, porém somente os decorrentes de acidentes automobilísticos ou de quedas de grandes alturas costumam provocar lesões significativas no sistema nervoso central.

Hematomas, lacerações ou escoriações em couro cabeludo devem alertar para trauma craniano e lesão do sistema nervoso central. Convulsões, letargia ou coma sugerem hemorragias epidural, subdural ou subaracnóidea com risco de morte.

Além disso, deve-se atentar para as situações de envenenamento e intoxicações, que são de extrema gravidade na infância e na adolescência, e a sintomatologia depende da substância administrada. Quando utilizadas drogas psicoativas ou substâncias tóxicas ou venenosas, tem-se habitualmente quadro neurológico exuberante, como crises convulsivas, alterações de consciência, distúrbios de equilíbrio ou motores, de início súbito e origem dita como desconhecida, sem sinais infecciosos que possam justificá-los. Os sintomas digestórios também são frequentes, como náuseas e vômitos intensos, cujo material poderá conter o produto utilizado. Ainda, é preciso maior avaliação dos quadros trazidos com queixa de ingestão pela criança, dita como acidental, de produtos químicos, inseticidas, pesticidas e outros, mas com ingestão de grandes quantidades, muitas vezes ainda com longo período até a busca de atendimento. Também a pouca ou nenhuma demonstração de interesse dos responsáveis em identificar o produto ingerido pela criança ou adolescente deve levar a maiores investigações da possibilidade de violência. [5,9]

4.3. EXAMES COMPLEMENTARES:

Os exames complementares a serem solicitados variam de acordo com o quadro clínico e hipóteses diagnósticas:

- Hemograma completo e plaquetas e coagulograma;
- CPK (geralmente aumentado nos casos de trauma), amilase, TGO, TGP, GGT (sobretudo em situações de trauma abdominal);
- EQU;
- sangue e urina para investigação de intoxicações exógenas;
- Raio X de corpo inteiro (sobretudo nas crianças menores de 2 anos que não se comunicam, mesmo na ausência de trauma esquelético ao exame físico); nas crianças maiores de 2 anos, realizar Raio X apenas das regiões com queixas álgicas ou com limitação de movimento; além disso,

a presença de calos ósseos em exames de Rx em qualquer idade com explicações inadequadas justificam a solicitação de Rx de corpo inteiro (exceto nos casos em que há doença de base que justifique o quadro);

- Tomografia Computadorizada de crânio, tórax ou abdome, se suspeita de complicação pelo trauma;

- Ressonância Nuclear Magnética de Crânio na suspeita de lesão em SNC (auxilia na visualização de pequenos hematomas subdurais, lesões axonais difusas, contusões corticais e hematomas inter-hemisféricos posteriores).

4.4. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS:

4.4.1. SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO:

Definida por lesões do sistema nervoso central em crianças abaixo de 3 anos de idade (tipicamente abaixo de um ano), que são provocadas por chacoalhamento. Pode ocorrer apenas uma ou repetidas vezes durante vários dias, semanas ou meses. A vítima, em geral, é do sexo masculino e é cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão.

O agressor, em 90% das vezes, é homem. O pai biológico é o mais comum. Quando do sexo feminino, é mais provável ser a babá do que a mãe biológica.

Os sintomas são inespecíficos: diminuição do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração do ritmo respiratório incluindo apneia, coma e postura em opistótono.

Em até 50% dos casos pode ocorrer concomitantemente fraturas em arco posterior de costelas, e neste caso, o diagnóstico da síndrome do bebê sacudido deve ser reforçado. Podem ocorrer: hemorragia subdural, consequente a ruptura das veias pontes no espaço subdural, e hemorragias retinianas que não estão presentes em todos os casos. Como consequências podem ocorrer sequelas oftalmológicas, até cegueira; lesões encefálicas com atraso do desenvolvimento psicomotor, convulsões; lesões de medula espinhal e até morte.

Embora nenhuma lesão seja exclusivamente patognomônica da síndrome, a combinação de hemorragias retinianas e subdurais em um lactente ou criança pequena, na ausência de uma adequada justificativa, aumenta o grau de suspeita de lesão abusiva. [5,9]

4.4.2. ABUSO/VIOLÊNCIA SEXUAL:

Em casos de violência e abuso sexual, o atendimento deve ser realizado por equipe multiprofissional capacitada (encarregada de acompanhar casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, saúde sexual, saúde reprodutiva e estresse pós traumático).

Ao exame físico nestes casos, dados como sangramento genital, dor, secreções, devem ser bastante valorizados para o diagnóstico, sendo importante atentar para a presença de quaisquer materiais potencialmente indicadores de abuso, como pelos e secreções. Hímen com aspecto

regular, com bordas finas, sugere não ter sido traumatizado. Parede himenal interrompida ou com sinais de cicatrizes relaciona-se com algum tipo de trauma. O exame especular, mesmo em meninas pequenas, é altamente recomendável e deve ser considerada a necessidade de sedação em cada caso. Avalia-se o fundo de saco vaginal e a presença de corpo estranho. Lesões perianais são mais frequentes em meninos e meninas pré-adolescentes podendo levar a processos inflamatórios, infecções bacterianas ou doenças inflamatórias da região retal.

É importante salientar que a ausência de sinais físicos visíveis de abuso sexual não invalida a hipótese diagnóstica.

Avaliação Laboratorial e Manejo:

Obrigatoriamente deve-se realizar avaliação laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis. Realizar coleta imediata de:

- Sorologia para HIV (**Anti-HIV**), tendo em vista conhecimento da sorologia no momento da avaliação e posterior comparação - novos exames sorológicos devem ser coletados em 90 e 180 dias;

Avaliação de Sífilis (**VDRL**);;

- Sorologias para Hepatite B (**HBsAg, Anti-HBc IgM**) e Hepatite C (**Anti-HCV**); É de extrema importância verificar o estado vacinal contra a Hepatite B. Em casos de vacinação incompleta, prescrever 0,5ml (10mcg) de vacina anti-Hepatite B.

- Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em secreção de vagina, endocérvice e/ou reto;

Deve-se também prescrever antibioticoprofilaxia para IST, seguindo o seguinte esquema:

- **Azitromicina 1g VO dose única** (se mais de 45kg) ou **20mg/kg VO dose única** (se menos de 45kg);

- **Ceftriaxona 250mg IM dose única** (se mais de 45kg) ou **125mg IM dose única** (se menos de 45kg);

- **Penicilina G Benzatina 2.400.000 U IM dose única** (se mais de 45g) ou **50.000 U IM dose única** (se menos de 45kg);

Se a violência ocorreu há menos de 72h, sem uso de preservativo, via anal ou vaginal, é recomendada a **Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual (PEP)**:

- **Zidovudina (AZT) VO 12h/12h por 28 dias**, sendo a dose ajustada conforme o peso: 4kg a <9kg: 12mg/kg/dose, 9kg a < 30kg: 9mg/kg/dose e >= 30kg: 300mg por dose.

- **Lamivudina (3TC) VO 12h/12h por 28 dias**, sendo a dose ajustada conforme a idade: neonato (<30 dias): 2mg/kg/dose, criança (> 1 mês e < 12 anos): 4mg/kg/dose (dose máxima de 150mg 12h/12h) e maior ou igual a 12 anos: 150mg 12h/12h ou 300mg em dose única diária.

- **Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) VO 12h/12h por 28 dias**, sendo a dose ajustada conforme a idade: maior ou igual a 14 dias de vida e menor que 12 meses: 300mg de LPV/ 75mg r / m² por dose, e se criança maior que 1 ano: 230mg LPV e 57,5 mg r / m² por dose.

Além disso, nos casos de violência sexual com penetração desprotegida em meninas pós menarca, coletar **Beta-HCG** e prescrever **Levonorgestrel 1,5mg VO dose única**.

É obrigatório, após o manejo inicial descrito acima, preencher o SINAN, solicitar avaliação pelo Serviço Social, Conselho Tutelar e orientar realização de Boletim de Ocorrência.

5. NÍVEIS DE GRAVIDADE E FLUXOS DE ATENDIMENTO:

Segundo o Método de Classificação dos Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes, de acordo com o tipo e intensidade da agressão, situação geral da vítima, perfil do agressor e contexto familiar, os casos suspeitos ou confirmados de violência podem ser divididos em quatro níveis de gravidade.[6]

1º: Situação de Violência Leve e sem risco de Revitimização:

Enquadra-se nesta classificação as situações em que a vítima de violência apresenta lesões leves, em que a agressão não necessita de tratamento ambulatorial ou hospitalar, e em que não for detectado risco de revitimização (agressor sem antecedentes de violência) e família com condições de proteger a criança.

Nestes casos, devem ser realizadas as seguintes condutas:

- Orientação inicial sobre as consequências da violência,
- Retorno à moradia com os responsáveis legais (não necessariamente com quem trouxe o paciente para atendimento, que pode não ser responsável legal por ele);
- Notificação ao Conselho Tutelar e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de acordo com a Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, de 17 de fevereiro de 201614; o site do Sinan pode ser acessado através do link: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>;
- Avaliação dos responsáveis e dos outros filhos;
- Solicitação de avaliação domiciliar e levantamento da situação escolar pelo serviço social, agentes de saúde ou Conselho Tutelar;
- Encaminhamentos necessários para a vítima: psicoterapêuticos, sociais e proteção legal.
- Reavaliação em tempo breve da situação de violência e do resultado dos encaminhamentos.

2º: Casos graves ou com risco de revitimização:

Quando a vítima está em estado geral regular, apresentando sintomas físicos e psíquicos, quando há autoagressão ou agressão por outro que necessita de tratamento ambulatorial, quando o agressor apresenta antecedentes de violência, ou nos casos de família omissa ou que resiste ao acompanhamento, sendo incapaz de proteger a vítima.

As seguintes condutas devem ser seguidas neste caso:

- Priorização de atendimento;
- Internação, quando necessitar de mais tempo, para avaliar o quadro e como medida imediata de afastamento do agressor;
- Avaliação geral da vítima;
- Levantamento de ocorrências anteriores;
- Levantamento de histórico familiar de violência;
- Avaliação das consequências da violência para a vítima;
- Avaliação dos outros membros da família;
- Notificação ao Conselho Tutelar, Ministério Público ou Vara da Infância e Juventude;
- Notificação ao Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- Encaminhamentos de saúde, sociais e de proteção (como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA).

3º: Situação de violência gravíssima e risco de morte:

Situações em que a vítima encontra-se em mau estado geral ou com sequelas graves pela violência crônica, quando o agressor(a) apresenta transtorno de comportamento (ou perverso, pedófilo, sociopata, psicopata); em casos em que a agressão necessita de tratamento hospitalar ou acompanhamento psicológico; em famílias coniventes ou agressoras, incapaz de proteger a vítima.

Devem ser seguidas as seguintes condutas:

- Atendimento imediato – internação hospitalar;
- Afastamento do agressor.
- Notificar e solicitar presença do Conselho Tutelar.
- Notificar Vara da Infância e Juventude e Ministério Público.
- Encaminhar à delegacia para elaborar um boletim de ocorrência policial (BO) e solicitação do exame pericial do IML.
- Notificação ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

6. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

Maus-tratos ou Violência Doméstica segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10:

T 74	Síndromes de maus-tratos
T 74.0	Abandono

T 74.1	Sevícias físicas e síndrome da criança espancada
T 74.2	Abuso Sexual
T 74.3	Abuso Psicológico
T 74.8	Outras síndromes especificadas de maus-tratos
T 74.9	Síndrome não especificada de maus-tratos
F 68.1	Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas
Z 61	Problemas relacionados com eventos negativos de vida na infância
Z 61.0	Perda de relação afetiva na infância
Z 61.1	Remoção do lar na infância
Z 61.2	Padrão alterado de relações familiares na infância
Z 61.3	Eventos que originam a perda de autoestima na infância
Z 61.4	Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por uma pessoa de dentro de seu grupo
Z 61.5	Problemas relacionados com abuso sexual alegado de uma criança por pessoa de fora de seu grupo
Z 61.6	Problemas relacionados com abuso físico alegado da criança
Z 61.7	Experiência pessoal amedrontadora na infância
Z 61.8	Outros eventos da vida pessoal negativos na infância
Z 61.9	Evento pessoal negativo não especificado na infância
Z 71.1	Pessoa com medo de uma queixa para a qual não foi feito diagnóstico Afecção não provada; “O problema era estar normal”; “Sadio problemático”

7. CONCLUSÃO:

A violência contra as crianças e adolescentes ainda é subnotificada e subdiagnosticada pelos pediatras e necessita, muitas vezes, de um olhar atento e sensível para ser adequadamente identificada e manejada. Torna-se fundamental, portanto, que todo pediatra compreenda as

diferenças entre os tipos de violência, que estejam atentos sobre os fatores de risco e sobre aspectos da anamnese e exame físico que apontam para essa possibilidade diagnóstica e que, principalmente, tenham competência para realizar os encaminhamentos devidos para as crianças, adolescentes e suas famílias.

8. BIBLIOGRAFIA:

1. INSPIRE, Seis Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças; Organização Mundial da Saúde, 2016.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079
3. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16:79–101.
4. Tan Susan MK, Kamal Nor N, Loh SF, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. Maus-tratos e exposição à violência precoces. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed.). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.
5. Manual de Atendimento Às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2ª edição, 2018.
6. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr [online]*. 2011;29(4);477-82.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. 1ª ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
9. *Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*, 4. ed., Barueri, SP: Manole, 2017.
10. *Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*, UNICEF, 2021.