FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

UNICAMP

AUGUSTO AURÉLIO DE CARVALHO
MÉDICO

CONDUTA ÉTICA DO PROFISSIONAL PEDIATRA FRENTE AO INDIVÍDUO INFANTIL VÍTIMA DE MAUS TRATOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

PIRACICABA
- 2003 -

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
- UNICAMP-

AUGUSTO AURÉLIO DE CARVALHO
MÉDICO

CONDUTA ÉTICA DO PROFISSIONAL PEDIATRA FRENTE AO INDIVÍDUO INFANTIL VÍTIMA DE MAUS TRATOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

ORIENTADORA: Dr.Ronaldo Seichi Wada
Co-Orientador: Dr. Luiz Francesquini Júnior

Banca Examinadora
Dr.Ronaldo Seichi Wada
Dr.Eduardo Daruge Júnior
Dr.José Roque Camargo
Suplente
Dr.Eduardo Daruge

PIRACICABA
- 2003 -

Ficha Catalográfica

Carvalho, Augusto Aurélio de.
C253c Conduta ética do profissional pediatra frente ao indivíduo infantil vítima de maus tratos. / Augusto Aurélio de Carvalho. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2003.
XII, 76f. : il.

Orientador : Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Homem – Identificação. 2. Odontologia legal. I. Wada, Ronaldo Seichi. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8–6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Folha de Aprovação

Busque sempre a felicidade em você mesmo, não a encontrará em outro lugar.

Autor desconhecido

DEDICO ESTE TRABALHO

A DEUS, pois permitiu a todos nós a possibilidade de uma existência repleta de alegria.

Aos meus pais Dinah e Francisco (in memorian), pela hombridade e caráter que hoje possuo.

À Neide minha mulher e companheira nestes 23 anos de vida conjugal., que em todos estes anos, soube pacientemente me compreender e me amar.
- Neide, você em todos estes anos têm sido o meu amparo nos momentos difíceis e é principalmente e somente com você que divido mais esta nossa vitória!.

Às minhas Tias Lenira, Odilza e Maria (in memorian) responsáveis pela formação e pela minha educação.

Aos meus filhos Daniele, Natalie e Carlos Augusto, razão e orgulho de minha vida**.**

Ao Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada, meus sinceros agradecimentos pela forma correta com que me orientou e me conduziu durante a execução deste trabalho de pesquisa.

Aos secretários de Segurança Pública Dr. Hilário Mozer, Dr. Benedito Xavier Corbelino e Marcos Machado, pelo incentivo e pela permissão para a participação neste Curso de Pós-Graduação.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge exemplo de sabedoria e dedicação.

AGRADECIMENTOS

- À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelo apoio na realização de mais esta etapa.
- Ao Diretor Dr. Thales Rocha de Mattos Filho, pela brilhante condução desta Faculdade.
- Ao Dr. Eduardo Daruge Júnior Coordenador do Programa em Odontologia Legal e Deontologia, pela paciência com que nos ensinou.
- Ao Prof. Dr. Lourenço Correr Sobrinho, Coordenador dos Cursos de P.G. em Odontologia da FOP/UNICAMP.
- A todos os Professores do Departamento de Odontologia Social, pelo carinho e atenção .
- Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia que contribuiram diretamente para nossa formação científica.
- Às Senhoritas Célia e Dinoly, pelo imenso apoio prestado a todos os alunos do Curso.
- A todos os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP.
- Aos amigos do Curso de Pós-Graduação da FOP-Unicamp pela convivência saudável.
- Aos amigos inseparáveis Preza, Célio, Queiroz, Alinor pela nossa amizade e companheirismo.
- As Bibliotecárias da FOP/UNICAMP pela ajuda nas correções das referências bibliográficas.

SUMÁRIO

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES	01
RESUMO	02
ABSTRACT	04
1 INTRODUÇÃO	06
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 PROPOSIÇÃO	42
4. MATERIAL E MÉTODOS	43
5. RESULTADOS	44
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
7. CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (GRÁFICOS E QUADROS)

QUADRO 1	Agressões e violências	28
QUADRO 2	Agressor	29
QUADRO 3	Tipo de violência por agressor	30
QUADRO 4	Local de trabalho	44
QUADRO 5	Das penalidades relatadas	51
GRÁFICO 1	Percentual de pediatras que atenderam ou não, indivíduos infantis com sinais de maus tratos	45
GRÁFICO 2	Tempo de formação dos pediatras que atenderam indivíduos infantis com sinais de maus tratos	46
GRÁFICO 3	Percentual de pediatras segundo a Faculdade Pública ou Particular, em que se graduou	46
GRÁFICO 4	Percentual de pediatras segundo a capacidade de diagnóstico do indivíduo infantil com sinais de maus tratos	47
GRÁFICO 5	Número de pediatras segundo a orientação recebida ou não em Cursos de graduação e Pós-Graduação, sobre como diagnosticar sinais de maus tratos em indivíduos infantis	48
GRÁFICO 6	Percentual de pediatras segundo a conduta frente ao diagnóstico ou suspeita de maus tratos em indivíduos infantis	49
GRÁFICO 7	Número de pediatras segundo a comunicação às autoridades competentes	50
GRÁFICO 8	Percentual de pediatras que tem conhecimento ou não quanto às penalidades para crimes de maus tratos aos indivíduos infantis	50

RESUMO

A violência é uma forma de expressão do ser humano e em vista deste fato encontra-se presente em praticamente todos os países do mundo. A manifestação da violência pode ser encarada em algumas situações como uma reação de defesa do ser humano, onde este, em vista das circunstâncias, não tendo como reagir às mais diversas pressões, agride, podendo mesmo até matar. Porém existem variantes de formas de violência e dentre elas pode-se citar a violência contra indivíduos infantis ou adolescentes. Tal manifestação até o advento da criação do estatuto da criança e do adolescente, embora punível pelo Código Penal, passava muitas vezes sem punição tendo em vista a total ignorância pela população em geral. Desde a sua criação, reforçou-se os dispositivos legais presentes na Carta Magna e nas demais legislações existentes, reforçando o direito do indivíduo infantil e do adolescente, exigindo-se dentre outros, a obrigatoriedade de comunicação pelo Médico e demais profissionais de saúde da possibilidade de maus tratos e abandono (negligência) aos mesmos. Desta forma, todos os profissionais da saúde devem comunicar ao Conselho Tutelar, quando constatarem qualquer forma de maus tratos e ou abandono. Em vista destes fatos propôs-se no presente trabalho, avaliar o conhecimento do Pediatra acerca das responsabilidades e condutas éticas, em relação ao indivíduo infantil vítima de maus tratos, por meio de um questionário, bem como apresentar uma listagem que facilite o diagnóstico da Síndrome do indivíduo infantil vítima de maus tratos. Concluiu-se que a maioria dos pediatras não apresenta atualmente condições adequadas

para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em indivíduos infantis ou adolescentes; o Médico Pediatra necessita de mais informações no que tange à conduta legal a ser seguida nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos aos indivíduos infantis ou adolescentes; e há a necessidade que sejam oferecidos aos pediatras que se encontram exercendo a profissão, cursos informativos ou de educação continuada sobre o referido tema, sem ônus aos mesmos. Já para os que ainda não se graduaram deve-se incentivar as Instituições de Ensino Superior, para que incluam tal tema na disciplina de Medicina Legal e efetivamente ministrem o mesmo, se possível com a realização de exames práticos em índivíduos infantis e ou adolescentes vítimas de maus tratos.

ABSTRACT

The violence is a form of expression of the human being and in sight of this fact it meets in practically all the countries of the world present. The manifestation of the violence can be faced in some situations as a reaction of defense of the human being, where this, in sight of the circumstances not having as to react to the most diverse pressures attacks exactly being able until killing. However it exists variant of violence forms and amongst them the violence against infantile or adolescent individuals can be cited. Such manifestation until the advent of the creation of the statute of the child and the even so punishable adolescent for the Criminal Code, in general passed many times without punishment in view of the total ignorance for the population. Since its creation, one strengthened the legal devices gifts in the Great Letter and the too much existing, strengthening the right of the infantile individual and the adolescent, demanding itself amongst others, the obligatoriness of communication for the Doctor and excessively professional legislações of health of the possibility of maltreatment and abandonment (recklessness) to the same ones. Of this form, all the professionals of the health must communicate the Advice To tutor, when to evidence any form of maltreatment and or abandonment. In sight of these facts it was considered in the present work, to evaluate the knowledge of the Pediatra concerning the responsibilities and ethical behaviors, in relation to the infantile individual victim of maltreatment, by means of a questionnaire, as well as presenting a listing that victim of maltreatment facilitates to the diagnosis of the Syndrome of the infantile individual. One concluded that the majority of pediatras does not present

adjusted conditions currently to perceive or to diagnosis cases of maltreatment in infantile or adolescent individuals; the Pediatra Doctor needs more information in that he refers to to the legal behavior to be followed in the cases of suspicion or confirmation of maltreatment the infantile or adolescent individuals; e has the necessity that they are offered pediatras that they meet exerting the profession, informative courses or of education continued on the related subject, without responsibility to the same ones. Already for that if they had still not graduated must yourself be stimulated the Institutions of Superior Education, so that they include such subject in disciplines of Medical jurisprudence and effectively they give the same, with if possible the accomplishment of practical examinations in infantile índivíduos and or adolescents victims of maltreatment.

1. INTRODUÇÃO

A incomensurável capacidade que o ser humano tem de ser desumano, é conduzida aos piores limites quando este se torna capaz de lesar - maltratar e até matar - não só seus próprios semelhantes, mas, notadamente, os seus descendentes. Uma mãe ou um pai que assim age, demonstra ter perdido um dos mais elementares instintos, o de *conservação da prole*. (ADORNO, 1998).

A violência é um tema muito atual e neste momento, toda a sociedade brasileira está mobilizada no intuito de reverter este quadro assustador em que se encontra o nosso país. (ABRAPIA, 1998).

Os intelectuais vêm neste problema uma solução difícil, mas afirmam que uma solução pode ser encontrada desde que todos os indivíduos da sociedade se envolvam em projetos concretos na busca da melhoria das condições sócio econômica do país. Tal envolvimento deve abranger também a busca incessante de mecanismos para reduzir e/ou mesmo extinguir a violência (AZEVEDO, 1998).

A prevenção da violência se baseia no fato que uma vítima de violência infantil é um agressor em potencial e que a violência doméstica pode ocorrer em ambientes onde a mãe ou o pai, já foi de alguma forma vítima de abuso físico na sua infância (AZEVEDO, 1998).

Os maus-tratos têm sido justificados, através dos tempos, por meio das mais variadas desculpas conhecidas, desde práticas e crenças religiosas, motivos disciplinares e educacionais e, em amplo grau, fins econômicos. (AZEVEDO, 1998).

As reações violentas evocadas não somente nas classes dominantes, mas, mesmo, no povo em geral, têm oscilado entre o mais absoluto abandono e evitamento dos castigos físicos, até seu uso amplo e repetido em níveis selvagens. (AZEVEDO, 1998).

As referências de abusos físicos extremos nos indivíduos infantis para conseguir retorno econômico dos seus ascendentes, foram freqüentes durante a Revolução Industrial, em países mais desenvolvidos como a Inglaterra e os Estados Unidos. (ÁRIES, 1984).

Os abusos, cujo alvo são os indivíduos infantis, ao longo do tempo, têm provocado ondas periódicas de simpatia, que evocam a indignação pública que não tarda em se acalmar, até o próximo período de provocação. (Azevedo, 1998).

Segundo AZEVEDO (1998), a literatura especializada, quer médica, quer jurídica, tem deixado claro que, praticamente, não existem formas de desumanidade com indivíduos infantis que já não tenham sido documentadas.

A mídia, vez por outra registra, com vívidos detalhes, casos de indivíduos infantis deixados acorrentados em cômodos escuros, por dias, por semanas ou durante meses. Por vezes são indivíduos infantis de tenra idade que são limitados ao seu próprio berço por dias e dias; indivíduos infantis que são dependurados pelos seus punhos em canos de chuveiro ou suportes semelhantes; indivíduos infantis que sofrem exposição prolongada

à temperaturas extremas, que incluem forçar os infantes a ficarem sentados, nus, sobre blocos de gelo; castigos térmicos diversos, indo desde a queimadura com brasa de cigarros, ou a obrigatoriedade de "secar" as calças "molhadas", sentando sobre uma estufa, ou mergulhando em água fervendo a mão dos mesmos que, obstinadamente, tenta segurar o lápis para escrever, no caso de um indivíduo infantil canhoto... (ALMEIDA, 1987).

Já houve casos em que a morte ocorreu devido a inalação de pó de pimenta-do-reino e outra por pó de pimenta malagueta, ministradas por razões "disciplinares", sem contar com os casos, que não são poucos, de indivíduos infantis mortos por inanição, à espera de que mantidas sem comer, mudassem seus comportamentos... (BRASILEIRO, 1997).

Estatísticas dos Estados Unidos estimam que o número de indivíduos infantis que eram encaminhados para os serviços de proteção da infância, anualmente, oscilava entre 250.000 e 500.000, já em 1966. Esse número cresceu para 1.200.000 casos em 1986, duplicando para 2.400.000 atendimentos por ano, em 1996. (BRASILEIRO, 1997).

No Brasil, não temos estatísticas nacionais fidedignas, apenas registros esparsos de serviços isolados ou de núcleos de atendimento, que estão longe de espelhar a realidade atual no País, antes apenas de micro-regiões. (Ministério da Saúde, 1997).

Infelizmente, longe de se tratar de esporádicos registros históricos que apenas ocorrem em outros países, quase que diariamente, as telas dos televisores em nossos lares são invadidas por figuras de tenra idade - 4 a 6 anos, labutando para obter "pingües" ganhos, de centavos por dia, trabalhado, muitas vezes acorrentados - por grilhões materiais ou simplesmente morais, ora nas pedreiras obtendo cascalho manualmente, ora nas

"plantações" cortando, carregando e alimentando as moendas para extrair sisal, ora, nos fornos de carvão, ora nas calçadas elegantes da orla marítima, prestando-se ao "jogo" dos interesses maiores do turismo sexual (Ministério da Saúde, 1997).

Ao menos em tese, pensa-se no indivíduo infantil como um ser inserido no seu meio familiar do qual derivam, de forma natural e espontânea, todas as atenções afetivas e materiais que necessita para o seu normal desenvolvimento. (CAMARGO, 1998).

Todavia, há ocasiões em que este mesmo núcleo familiar se torna hostil para com o menor, resultando no abandono, nos maus-tratos, de palavra e de fato, nos abusos sexuais e, muitas vezes, até na morte. (CAMARGO, 1998).

Não resta dúvida quanto ao fato de que as lesões que aparecem nas pequenas vítimas, de certa forma, são iguais ou têm escassas diferenças com as que se observam nos adultos. Contudo, características próprias como a idade, a etiologia, a ocorrência de certas lesões específicas, etc., justificam que se faça um estudo separado das formas de violência, em todos aqueles casos em que a vítima é um indivíduo infantil (CAMARGO, 1998).

Sendo o profissional Pediatra aquele que pode ser o primeiro a encarar o pequeno paciente vítima desses maus tratos, pergunta-se: está este profissional preparado para identificar e diagnosticar esta situação e posteriormente ao atendimento clínico e ou procedimentos cirúrgicos saberia qual atitude a ser tomada?

Freqüentemente encontra-se pelos corredores de Hospitais médicos que frente ao problema ficam em situação embaraçosa e na maioria das vezes se omitem da responsabilidade, principalmente por não saberem qual é a atitude correta a ser tomada.

Na medida em que se avalia os profissionais, pode-se também identificar como as Escolas de Medicina encaram o problema e de que forma esta disciplina está inserida dentro da grade curricular das mesmas.

Este estudo tem como finalidade avaliar o preparo do profissional Pediatra para o diagnóstico de maus tratos na infância e ao mesmo tempo pesquisar como agem estes profissionais após o atendimento - se assumem as responsabilidades de denúncia aos órgãos responsáveis ou se calam de forma a se eximir das conseqüências advindas de sua atitude.

Busca-se ainda com este estudo, propor soluções para que os profissionais que lidam com estes problemas conduzam o atendimento às vítimas de maus tratos,e que os mesmos possam adotar condutas que revertam em favor da Sociedade, de forma a promover a queda dos índices de violência contra as indivíduo infantils e adolescentes. Pretende-se também, promover uma maior conscientização junto aos profissionais e envolver de algum modo à sociedade nesse processo para que os responsáveis pelos maus tratos sejam efetivamente punidos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Evolução histórica da Síndrome do indivíduo infantil vítima de maus tratos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente BRASIL (1990), Lei 8069, de 13/07/1990, dispõe sobre a proteção do indivíduo infantil e do adolescente contra qualquer forma de maus-tratos e determina penalidades para os que praticam o ato e para os que não o denunciam. Conforme pode-se verificar nos Artigos a seguir:

Art.4 É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária.

Art.5 Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais.

Art. 13 Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar e respectiva localidade.

Art. 130 Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Art. 245 O médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche deve comunicar à autoridade

competente, sob pena de multa, os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente.

Os maus tratos nem sempre são intencionais, as expressões ativas ou passivas da raiva contra o indivíduo infantil muitas vezes são o resultado de um ato momentâneo, não caracterizando uma atitude dolosa, contudo acabam em algumas circunstâncias por estabelecer lesões significativas e mesmo até óbito. (DESLANDES, 1994).

Em 1961, a Academia Americana de Pediatria, durante um simpósio sobre o tema, reconheceu a Síndrome da Criança Maltratada ou Síndrome de Caffey (em homenagem ao precursor dos estudos sobre maus-tratos na infância) e a definiu como um conjunto de sinais e sintomas que decorrem de ações ou omissões por parte do adulto exercidas sobre o indivíduo infantil e que resultam em dano no seu desenvolvimento físico, emocional, educacional e social (FARINATTI, 1992).

BRÊTAS et al. (1994) descreveram em pormenores fatos que comprovam que a violência contra o indivíduo infantil e o adolescente fazem parte da história das sociedades.

Segundo LIPPI (1983), a Bíblia registra em suas páginas os grandes massacres contra os indivíduos infantis no Egito e em Belém, em ocasião dos nascimentos de Moisés e de Jesus Cristo, respectivamente. Nas cidades de Esparta e Roma, sacrificavam-se indivíduos infantis portadores de deficiências físicas e mentais sob a alegação de que eles "não eram aptos para a guerra", atirando-os dos Montes Taigetos ou abandonando-os para

serem devorados pelos lobos. Existem registros de que, no século XVII, era uma prática comum e aceitável associar indivíduos infantis a brincadeiras e jogos sexuais de adultos.

Segundo VANRELL (1999), a Filosofia e a Teologia desse mesmo século, representadas por Santo Agostinho, elaboraram uma imagem dramática da infância, alegando que os indivíduos infantis seriam símbolo da força do mal, esmagados pelo peso do pecado original. Com esse pretexto, o aleitamento materno foi abominado, por ser considerado um prazer ilícito proporcionado pelo filho à mãe. Concomitante e consequentemente, surgiram as "amas-de-leite", e os filhos dessas, privados de seu leite, passaram a concorrer pela sobrevivência. Adolf Hitler e a Alemanha nazista condenaram à morte por envenenamento ou fome, indivíduos infantis com orelhas mal formadas e implantadas, com enurese noturna ou simplesmente considerados difíceis de educar para o pensamento da época.

O trabalho e sua exploração brutal também foram meios de violência praticados contra os indivíduos infantis, principalmente no final do século XVIII, durante a Revolução Industrial na Grã-Bretanha. Nessa época, indivíduos infantis de quatro anos ou mais trabalhavam amarrados em ferragens nas fábricas e minas de carvão por dezesseis horas diárias ou eram negligenciados por suas mães, que, obrigadas a trabalhar várias horas por dia, não podiam dispender-lhe os cuidados necessários para sua sobrevivência.

Na década de 60 do século XX ou XXI, indivíduos infantis negros eram espancados por seus professores em escolas norte-americanas.

Para o autor, a questão é de cunho privado, e deve ficar entre as quatro paredes do lar. É uma construção que sofre conseqüências da cultura paternalista na qual estamos

inseridos. Geralmente, a tendência da família, da sociedade e também dos profissionais de saúde, quando colocados frente a frente com casos de maus-tratos na infância e adolescência, é a de hesitar em envolver-se ou, então, não acreditar no indivíduo infantil ou adolescente e acabar acobertando pais, padrastos, parentes ou conhecidos que, sob a pele de pessoas íntegras, ocasionam traumas que dificilmente cicatrizam.

ZACCHIA (1626) citado por CLAVES (1998) levantou os problemas Médico-Legais ao ter que efetuar necrópsias em casos de indivíduos infantis vítimas de maus tratos:. Ainda segundo o autor, passados duzentos anos, TARDIEU (1879), uma das figuras exponenciais da medicina legal francesa, escreveu um livro intitulado *"Estudo médico legal sobre as sevícias e os maus-tratos exercidos sobre as crianças"*. O autor também refere-se a PARISSOT & CAUSSADE (1929), que publicaram nos *Annales de Médecine Légale* de Paris, um trabalho intitulado *"As sevícias nas crianças"*.

Segundo o autor, nos séculos passados, ainda que esparsas as publicações, o referido assunto foi abordado, porém de forma relativa, pois este corresponde aos temas que a sociedade tem pouco (ou nenhum) interesse em abordar e escancarar.

CUNHA (1998) destacou que freqüentemente encontram-se pelos corredores de hospitais médicos que frente à uma situação de suspeita de maus tratos aos indivíduos infantis, ficam em situação embaraçosa e na maioria das vezes se omitem da responsabilidade pelo fato principalmente de não saberem qual é a atitude correta a ser tomada, como não acreditarem ser necessário o seu envolvimento e o envolvimento da polícia.

O autor ressalta ainda, que a conduta ética do pediatra frente ao indivíduo infantil vitima de maus tratos, é inexpressiva em muitos casos, através dos tempos. As referências e materiais bibliográficos são muito escassos, praticamente inexistem em nossa literatura, material de apoio para consulta e pesquisa.

Finalizou afirmando que é sabido que tanto o pediatra como os demais profissionais da saúde têm um importante papel na prevenção e no atendimento dos casos de maus-tratos aos indivíduos infantis, pois participam ativamente do acompanhamento da vida de seus pacientes e podem contribuir para a harmonia familiar, sendo muitas vezes referência de apoio e confiança.

CHAIM (2001) apresentou na Faculdade de Odontologia de Piracicaba sua tese de doutorado intitulada "A Responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião Dentista em Relação à criança Maltratada". Neste estudo, entregou 470 questionários a Cirurgiões-Dentistas das cidades de Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Guaçu, Leme, Araras e Amparo. Verificou que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados não apresenta condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em indivíduos infantis e/ou adolescentes e desconhece as penalidades pela não comunicação às autoridades competentes. O autor concluiu que há necessidade de implantação no currículo mínimo da graduação em Odontologia de uma disciplina que aborde este tema e que as mesmas sejam efetivamente ministradas.

A SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA (2001), desenvolveu uma pesquisa sobre violência intitulada: "O Problema da Violência na Infância e na

Adolescência" abordando a violência, os tipos existentes, o problema infanto juvenil, turismo sexual e o tráfico. Tal pesquisa propõe algumas medidas que devem ser adotadas frente à confirmação de qualquer tipo de violência aos indivíduos infantis e/ou adolescentes, dentre elas, destaca-se: Incentivar aos pais a informar o que de realmente está ocorrendo, fazer o registro no prontuário e notificar obrigatoriamente os casos identificados de maus tratos os suspeitos, ao diretor da unidade de saúde, ou na sua ausência, aos responsáveis pelos turnos ou equipe. Estes devem notificar ao Conselho Tutelar ou na inexistência deste na localidade, à Vara da Infância e Juventude, aos Conselhos Municipais de Defesa ou ainda ao Ministério Público. A internação do indivíduo infantil só deve ser considerada, em casos severos para a confirmação do diagnóstico de maus-tratos.

A SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA (2002) divulgou o resultado de um encontro acontecido em 23 de maio de 2002 onde o tema abordado foi o abuso na infância. Verificou-se que: a cada 1 minuto acontece uma agressão, 1% dos indivíduos infantis brasileiros de até 14 anos sofre algum tipo de abuso – cerca de 500 mil casos por ano, 1 em cada 3 indivíduos infantis agredidos tem de 0 a 5 anos, constituindo-se 35% dos casos. A violência acontece dentro de casa, em 90% dos casos, 75% dos casos de denúncias enviadas aos órgãos de proteção ao indivíduo infantil são verdadeiras e a violência física está presente em, pelo menos, metade dos casos de abuso contra indivíduos infantis.

No tocante às vítimas dos maus tratos, verificou-se que em 35% dos casos são contra indivíduos infantis, na violência sexual 90% são meninas – metade tem entre 2 e 5 anos, nas agressões físicas, 70% são meninos – em média com 6 anos, 75% dos indivíduos infantis agredidos mostram atraso no desempenho escolar.

Quanto ao agressor, em 40 % dos casos, tem idade que varia de 26 a 34 anos. Em metade das denúncias, o agressor usa drogas ou álcool e tem algum distúrbio de comportamento. Em 70% dos casos, o agressor é o pai ou a mãe biológicos; nos casos de abusos físicos, 60% são praticados pela mãe ou madrasta; em abusos sexuais, mais de 90% dos casos são crimes cometidos pelo pai ou padrasto.

2.2 Diagnóstico da lesão e a Denúncia formal e legal

Segundo a SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA (2001), mesmo em casos de suspeita, a notificação deve ser feita ao Conselho Tutelar. No entanto, é importante fundamentar a suspeita através de anamnese e exame físico cuidadosos e, quando possível, avaliação social e psicológica. Pode-se trocar as impressões com outros colegas, mas não transferir para outro profissional a responsabilidade de fazê-lo. Ao contrário do que se pensa, a notificação não é uma ação policial, mas objetiva desencadear uma atuação de proteção ao indivíduo infantil e de suporte à família.

A notificação ao Conselho Tutelar, rompe a confidencialidade da situação, contudo, o Conselho Tutelar tem a obrigação de continuar a garantir esta confidencialidade. É eticamente aconselhável que o Médico ou qualquer outro profissional da saúde, converse com a família, explicando bem que ela vai se beneficiar de ajuda competente. Além do mais, aquela família precisa de amparo no processo de atendimento que se desdobrará após a notificação.

Geralmente, o agressor é alguém muito próximo do indivíduo infantil / adolescente (mãe, pai, padrasto, entre outros familiares). A orientação educativa é

fundamental nessas situações, evitando julgamentos e atribuições de culpa. Esse agressor também precisará ser alvo de atenção e ajuda. É importante orientar os familiares, explicando em linguagem apropriada as graves conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo infantil / adolescente e o importante papel que eles terão em mudar essa situação.

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

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

O cumprimento dos direitos garantidos pelo Estatuto da criança e do Adolescente é amparado pelo Conselho Tutelar, que é um órgão permanente e autônomo, mantido com recursos públicos. De acordo com o referido estatuto, os Municípios deverão

ter ao menos um Conselho Tutelar, composto por cinco membros eleitos diretamente a cada três anos pela comunidade que reside em sua área de abrangência.

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

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

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

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

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

De acordo com FARINATTI (1992), a denúncia de maus tratos contra indivíduos infantis e adolescentes constatado por meio de revelação ou por meio de diagnóstico, é o caminho mais recomendado e deve ser obrigatória. Não apenas para não incorrer em ilícito penal (tendo tomado conhecimento de um crime, não comunicá-lo à Autoridade competente), constituindo-se em verdadeiro encobridor do crime, mas principalmente para evitar o agravamento da situação.

GOMES (1998) ressaltou que, via de regra, os Serviços especializados de atendimento a este tipo de casos, a pretexto de proceder a uma "acomodação" psico-social da família, optam por fazer entrevistas, analisar, aconselhar e, ao final, pouco fazer. Por outras palavras, parecem acreditar que essas mães malvadas e esses pais cruéis, vão se emendar pelo simples fato de aconselhá-los ou de acenar-lhes com uma futura e eventual pena.

Não são poucos os casos em que, indivíduos infantis que atendidos na Emergência Hospitalar, até mais de uma vez na mesma semana, por supostos acidentes domésticos são reconhecidos sobre a mesa de autópsia. Há um grande número de pequenas vítimas que foram encaminhadas para esse tipo de Serviço, que logo no primeiro ano subseqüente, acabam em óbito.

Isto, de maneira alguma, visa desacreditar a tarefa e as funções inerentes a Psicólogos e Assistentes Sociais. Antes, enfatiza a necessidade de que outras autoridades, inclusive as que constam do Estatuto da Criança e do Adolescente, também participem de uma maneira ativa não no conhecimento do problema, mas na tentativa de solucioná-lo,

ainda que as medidas que devam ser adotadas possam parecer drásticas ou odiosas ao primeiro olhar.

Agir de outra forma seria compactuar com um terrível jogo de "faz-de-conta" em que cada elo dessa corrente médico-jurídico-psico-social, acaba por se auto-convencer de que está fazendo o "politicamente correto" na sua área, quando não passa de uma mera fachada.

Segundo a SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA (2001) a entrevista inicial tem como objetivo estabelecer uma relação entre o Médico e os pais ou responsáveis, além de se ouvirem as queixas apresentadas. É em nome deste relacionamento que o profissional da saúde deve manter uma atitude de isenção, mesmo que haja suspeita de que um dos pais ou o responsável seja o abusador.

As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação de acusação ou de censura, embora a intenção de esclarecer a suspeita ou confirmação dos maus-tratos e de proteger o indivíduo infantil de novas agressões devam estar sempre presentes.

A abordagem à família deve ser enfática, pois, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares. A sociedade ressaltou ainda, que algumas dificuldades e temores têm sido alegados pelos profissionais da saúde ao justificarem a falta de uma abordagem objetiva, no sentido de esclarecer sobre a intencionalidade ou não dos agravos. Entre esses receios, merecem destaque o de assumir o papel de denunciante, convocado para depor durante as investigações e o processo criminal, o risco de sofrer retaliações por parte da família denunciada, a insegurança para abordar o paciente e seus responsáveis, a desinformação

sobre a legislação pertinente, entre outros. O profissional da saúde que suspeitar da ocorrência de vitimização de indivíduos infantis sobre os seus cuidados deverá ter uma série de condutas para correta evolução do caso. Torna-se necessário que o mesmo anote o mais cedo possível tudo o que foi dito durante a anamnese; deve fazer parte dessas anotações seu comportamento e sentimentos durante o relato do caso; durante o relato deve-se ouvir atentamente, dedicando toda a atenção, levar a sério tudo o que for dito, não se prender em detalhes, ouvir, ficar calmo, pois reações extremas poderão aumentar sensação de culpa no indivíduo infantil ou adolescente; procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida, não fazer o indivíduo infantil repetir a história várias vezes o que poderá perturbá-lo e aumentar seu sofrimento. Se o médico não tiver certo de como conduzir a conversa deve procurar uma orientação, proteger o indivíduo infantil ou adolescente e explicar, seja qual for a situação, que o indivíduo infantil não tem culpa e que este agiu de forma correta ao se decidir a relatar o fato ocorrido.

Deve-se recordar que independentemente do tempo de exercício profissional, ouvir relatos de abuso e violência poderá ser difícil para a equipe médica, e estes deverão informar que, se o indivíduo infantil está sofrendo violência, o médico terá que contar o fato a outras pessoas e só assim poderá protegê-lo. É essencial não fazer promessas que não poderá cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado, confirmar que está compreendendo tudo o que lhe é dito, e principalmente não conduzir a conversa.

De acordo com a SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2001), alguns Estados e Municípios já têm uma ficha padronizada para fazer essa notificação. Nos casos

em que não esteja disponível, sugere-se que o profissional faça um relatório mais completo possível. O Pediatra pode fazer isso por telefone, mas o ideal é que seja por escrito (sempre que possível com o ciente da chefia da unidade, envolvendo-a na ação). Esse relatório deverá ser encaminhado então ao Conselho Tutelar da sua localidade. Uma boa descrição da situação evitará que o Conselho precise solicitar-lhe que complemente as informações. A notificação ao Conselho Tutelar não exclui a possibilidade de encaminhar a família, paralelamente, para serviços de apoio existentes, complementando a rede de suporte.

2.3 A violência e o(a) Agressor(a).

O primeiro caso de violência em bebês no Brasil, foi relatado por Canger Rodrigues et al., em 1974, sendo logo seguido por observações de (Teixeira 1978, 1980), este último um dos pesquisadores que mais se dedicou ao assunto, designando-o como 'SIBE -Síndrome do Bebê Espancado'.

Esta designação decorre de que a agressão mais freqüente é a mecânica, isto é, a tapas, socos, chutes, por vezes dentadas, terminando por jogar o bebê no chão, ou girá-lo pelo ar, preso pelos pés e, às vezes, escapando das mãos, batendo a cabeça na parede, em móveis etc. Todavia, outras vezes a agressão é física por meio de agentes que queimam, como a água fervente, pontas de cigarros, chapas de fogão, entre outros. Em alguns casos a agressão é sexual: os pais praticam atos sexuais com seus filhos; para outros a agressão é química, dando bebidas alcoólicas ou medicamentos para o indivíduo infantil dormir sem incomodar, e outros, enfim, negam alimentos e água, deixando o indivíduo infantil morrer de fome e de sede (inanição), não raro agredindo-o, também e paralelamente. Trata-se, em

geral, de um sério problema, de uma agressão inacreditável da mãe (ou do pai, madrasta, padrasto, companheiro) sobre o indivíduo infantil, e o que é pior, efetuada dentro da própria casa, assumindo, pela repetição, o aspecto de uma verdadeira tortura e transformando, desta maneira, o que deveria ser o lar, numa prisão, numa armadilha sem escapatória (BRASIL, 1997).

CAMARGO (1998) afirmou que as agressões contra o bebê são as piores, pois este não anda e não fala e em conseqüência não reage, nem se defende, por não possuir condição física suficiente, não escapa, já que não anda, nem corre e não denuncia, uma vez que não fala.

Daí afirmar-se que, para uma mãe ou para um pai malvados, para uma mãe ou para um pai que tenham perdido o mais elementar instinto de conservação da prole, o bebê torna-se uma vítima "ideal": apanha freqüentemente, sem poder escapar ou denunciar seu agressor, o que torna ainda mais fácil a repetição da agressão que, assim, permanece oculta.

O pediatra Antonio Márcio Lisbôa, um dos mais respeitados de Brasília, vai mais longe. Ele acredita que a prevenção da violência é um problema pediátrico. A prevenção, segundo ele, "passa pela boa formação do caráter e da personalidade dos indivíduos, o que só será atingido protegendo os indivíduo infantis, desde a concepção até a idade de seis anos de fatores que possam ocasionar desvios no seu comportamento". É nos primeiros anos de vida que os indivíduos infantis aprendem a se comportar quando adultos. As primeiras lições da vida de um indivíduo infantil se aprende em casa, no ambiente familiar. Uma família unida e feliz é a melhor escola. Depois da família, ele dá dois

conselhos, a quem pode, é claro: contratar uma boa babá, que goste e seja experiente em cuidar de indivíduo infantis e, também, que saiba ensinar boas maneiras. Em seguida, a sugestão é matricular o filho numa creche, onde ele possa se relacionar com outros indivíduos infantis e a ser sociável. Feito isso, dificilmente os pais terão alguma decepção com os filhos. Desta forma, acredita Lisboa irá se desenvolver uma cultura de paz e de não-violência. O Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB atendeu no ano de 2001, 107 indivíduos infantis vítimas de maus tratos em Brasília. Os números vêm aumentando ano a ano. Em 1997, quando o programa do hospital público brasiliense foi criado, foram registrados 84 casos. Em 1998 ocorreram 97 casos, número que subiu para 122 em 2000. A maior parte dos casos atendidos no HMIB (65%) é de negligência. Os pais se descuidam e deixam os filhos ingerirem material de limpeza, medicamentos e até pesticidas. Em segundo lugar vem o abuso sexual (32%). Os demais casos de agressão física e violência psicológica quase não se vêem. O levantamento sobre os indivíduos infantis vítimas de maus tratos atendidas no HMIB revela ainda que as mães, embora às vezes negligentes, são menos agressivas com os filhos. O abuso sexual e o espancamento dos filhos geralmente partem dos pais (HMIB, 2001).

Segundo dados do LACRI (2001), Laboratório de Estudos do Indivíduo infantil, da Universidade de São Paulo, cem indivíduos infantis morrem por dia no País, vítimas de maus-tratos e mais de 6 milhões de indivíduos infantis sofrem abuso sexual todos os anos no Brasil. Na grande maioria das vezes, o abuso ocorre dentro de casa. A maior parte desses indivíduos infantis é do sexo feminino. Contudo, apenas 2% dos casos, ocorridos dentro das famílias, são denunciados à polícia. Já a Pesquisa da Sociedade Interamericana

de Abuso e Negligência da Infância indica que aproximadamente 18 mil indivíduos infantis são espancadas diariamente, no País.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2001) lançou um guia para pediatras e demais agentes de saúde estimulando-os a denunciar casos de indivíduos infantis e adolescentes vítimas de violência, considerados pela entidade um problema de saúde pública no País. Segundo o Ministério da Saúde, as agressões constituem a principal causa de morte de jovens entre 5 e 19 anos. O Unicef estima que diariamente mais de 18 mil indivíduos infantis e adolescentes sejam espancados no Brasil.

ALMEIDA (1998) destacou que a violência doméstica, é o resultado de agressão física ao companheiro ou companheira e o envolvimento de indivíduos infantis também caracteriza a Violência Doméstica.

A vítima de Violência Doméstica, geralmente, tem pouca auto-estima e se encontra atada na relação com quem agride, seja por dependência emocional ou material. O agressor geralmente acusa a vítima de ser responsável pela agressão, a qual acaba sofrendo uma grande culpa e vergonha. A vítima também se sente violada e traída, já que o agressor promete, depois do ato agressor, que nunca mais vai repetir este tipo de comportamento, para depois repeti-lo.

ASSIS (1994) afirmou que a violência física é o uso da força com o objetivo de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comum murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras por objetos ou líquidos quentes. Quando a vítima é

indivíduo infantil, além da agressão proativa, são considerados, Violência Física também os atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis diante da violência expressa.

JUNQUEIRA (1998) apontou que a violência psicológica, muitas vezes tão ou mais prejudicial que a física, é caracterizada por rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito e punições exageradas. Trata-se de uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes indeléveis por toda a vida.

KAPLAN (1995) afirmou que a negligência, subentendida como negligência precoce, é o ato de omissão do responsável pelo indivíduo infantil ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento. Considera-se negligência precoce a situação onde não há uma interação satisfatória entre mãe e filho durante uma fase crítica na vida da indivíduo infantil. Essa ocorrência caracteriza uma das condições capazes de interferir no desenvolvimento infantil.

Dependendo da dimensão psicológica e neurológica dessa Negligência Precoce, mesmo que a indivíduo infantil tenha recebido cuidados materiais e físicos adequados mas, tenha sido, esse relacionamento, emocionalmente indiferente ou carente, os danos causados podem ser permanentes.

CUNHA (1998) analisou a síndrome do bebê sacudido (Shaken Baby Syndrome), e refere-se às lesões de gravidade variáveis, que ocorrem quando um indivíduo infantil, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida. Podem ocorrer em

conseqüência: cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da espinha, lesões cerebrais e morte.

Segundo dados do CRAMI (2000), Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (Campinas), a violência sexual nada mais é do que abuso de poder no qual a vítima (indivíduo infantil, adolescente ou mulher) é usada para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física. No quadro abaixo pode-se verificar a distribuição da Violência Doméstica contra os indivíduos infantis

Quadro 1 Agressões e Violência

AGRESSÕES 1.985 à 1.997 (%)		
Agressão física	1717	47,1
Negligência/Abandono	737	20,2
Abuso Sexual	216	6,0
Mau trato psicológico	397	10,9
Improcedente	577	15,8

FONTE: CRAMI, 2000, p.32.

O endereço eletrônico da Polícia Civil de Pernambuco, apresenta números da violência e do agressor doméstico, que podem ser visualizados nos quadros de nº 2 e 3.

Quadro 2 Agressor.

AGRESSOR	NÚM	%
PAI	652	38,0
MÃE	579	33,7
PADRASTO	148	8,6
PAI / MÃE	91	5,3
TIO(A)	86	5,0
COMPANHEIRO/MARIDO	55	3,2
IRMÃO(Ã)	28	1,6
AVÔ(Ó)	24	1,4
MADRASTA	19	1,1
PRIMO(A)	12	0,7
PAI/MADRASTA	8	0,5
CUNHADO(A)	8	0,5
PADRASTO/MÃE	3	0,2
AVÔ E AVÓ	2	0,1
SOGRO	1	0,1
TOTAL	1.716	100

FONTE: POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO, 1998, p.57

Destaca-se que as vítimas da violência doméstica provêm de vários estilos de vida, culturas, grupos, várias idades e de todas as religiões. Todas elas partilham sentimentos de insegurança, isolamento, culpa, medo e vergonha.

É bastante surpreendente o fato do padrasto e da madrasta agredirem muitíssimo menos que os pais biológicos, ao contrário do que pode se pensar ou se apregoar culturalmente. Surpreende também os números muito próximos do pai e da mãe como agressores.

Nota-se claramente que a questão da negligência é mais comum vindo das mães do que dos pais e muitíssimo mais das mães biológicas que das madrastas. Mesmo a Violência Sexual foi mais comum entre os pais biológicos que padrastos.

Quadro 3 Tipo de Violência por Agressor

Agressor	Tipo de agressão				
	física	Sexual	Psicol.	neglig.	total
Pai	374	77	134	67	652
mãe	423	4	43	109	579
Padrasto	81	47	20	0	148
pai e mãe	79	1	0	11	91
tio(a)	50	10	24	2	86
companheiro/marido	41	0	13	1	55
irmão(ã)	25	0	3	0	28
avô(ó)	12	3	6	3	24
Madrasta	13	0	4	2	19
primo(a)	5	2	5	0	12
pai e madrasta	8	0	0	0	8
cunhado(a)	6	2	0	0	8
padrasto e mãe	3	0	0	0	3
avô e avó	0	0	2	0	2
Sogro	1	0	0	0	1
Total	1.121	146	254	195	1.716

FONTE: POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO, 1998, p.58

A violência doméstica é considerada um dos fatores que mais estimula indivíduos infantis e adolescentes a viver nas ruas. Os indivíduos infantis de rua referem maus-tratos corporais, castigos físicos, violência sexual e conflitos domésticos como motivo para sair de casa.

Os maus tratos na infância deixam seqüelas no desenvolvimento emocional das vítimas e se tornam praticamente irreversíveis quando estes forem crônicos. Entre os

antecedentes de jovens e adultos com transtornos graves de personalidade (neuróticos), encontra-se sempre alguma forma de maus tratos na infância e na adolescência.

Segundo especialistas, nos casos de maltrato físico, emocional e negligência, a reabilitação familiar é possível em 70 ou 75%, sempre que se cumpram os tratamentos indicados. Nos casos de abuso sexual a possibilidade de reabilitação é variável, porque com freqüência se torna impossível restabelecer a convivência.

É muito importante quando se suspeita ou se confirma o mau trato infantil, avaliar o grau de risco familiar antes que o indivíduo infantil volte para casa. Isto requer tempo e a intervenção de uma equipe interdisciplinar especializada composta de médicos, psicólogos, assistentes sociais e advogados.

Por outro lado, o assessoramento e a intervenção planificada a nível governamental e comunitário são fundamentais para evitar que as vítimas fiquem expostas a uma situação de risco pior que o motivo da consulta.

Segundo FALEIROS (1998), os parentes são os principais responsáveis pelo assassinato de indivíduos infantis entre zero e 11 anos, nos casos em que o autor do crime é conhecido, segundo levantamento inédito do MNDH (Movimento Nacional de Direitos Humanos).

Este movimento analisou todos os homicídios contra indivíduos infantis e adolescentes noticiados por jornais de 14 Estados do país de janeiro a dezembro do ano passado (três Estados da região Norte, seis da Nordeste, dois da Centro Oeste, dois da Sudeste e um da região Sul.). Pais, avós, tios e irmãos foram os autores de 34,4% dos homicídios infantis registrados em 1997. Amigos e vizinhos são responsáveis por 4,6% das

mortes violentas. O autor do crime não é conhecido em 55,3% dos casos. Muitos dos crimes investigados ocorreram na própria casa dos indivíduos infantis (44,3% dos casos), comprovando que o ambiente doméstico é, em muitos casos, perigo e não proteção para os indivíduos infantis.

Os dados brasileiros são semelhantes aos dos Estados Unidos, onde 20% dos assassinatos de indivíduos infantis são cometidos por membros da família, segundo estudo do Departamento de Justiça.

Já entre os adolescentes, o levantamento constatou que os membros da família são responsáveis por apenas 3,8% das mortes violentas. A proporção de assassinatos cujo autor é desconhecido é bem maior entre jovens (de 12 a 17 anos) do que indivíduos infantis: 80,2% contra 55,3% dos casos.

FLORES (1994) afirmou que a maneira mais eficaz de diminuir o número de indivíduos infantis e adolescentes que morrem por causa da violência doméstica, segundo especialistas, é detectar os abusos o mais cedo possível. Isso porque, antes da agressão fatal, é comum ocorrerem atos de abuso físico isolados que servem de alerta se forem detectados cedo.

A FOLHA DE SÃO PAULO (1998), (edição de 23/07/98, pág. 3.3) destaca que o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece que médicos e professores são obrigados a denunciar todos os casos – suspeitos ou confirmados – de maus-tratos a indivíduos infantis aos órgão competentes. Entretanto, a maioria das denúncias de abuso físico, sexual e psicológico contra indivíduos infantis continua sendo feita por vizinho e por

telefonemas anônimos. (Estatuto da Criança e do Adolescente). No SOS Criança de São Paulo – um dos maiores serviços de atenção aos indivíduos infantis vítimas da violência – apenas 17,7% das denúncias foram feitas por profissionais. A maioria das queixas foram apresentadas por vizinhos (34,4%) ou telefonemas anônimos (30,7%).

GUERRA (1998) ressaltou que pode-se adotar distintas formas de se denunciar os maus tratos contra indivíduos infantis e adolescentes, porém ressaltou que trata-se de um problema de saúde, que demanda abordagens multidisciplinares e soluções oportunas para cortar o ciclo da dor e resgatar a vítima de seqüelas importantíssimas, que a condicionará ao longo de sua vida.

Segundo o mesmo, é considerado maltrato infanto-juvenil doméstico aquele que acontece dentro de casa, tendo como vítimas indivíduos infantis e adolescentes e é geralmente cometido pelo responsável que deveria cuidá-los. Inclui basicamente quatro tipos de situações: o dano físico, o dano psíquico ou emocional, a negligência e/ou o abandono e o abuso sexual.

Cada uma tem formas específicas de manifestação, mas o que é comum à todas elas são os transtornos graves e crônicos no funcionamento familiar, que se transmitem de uma geração para a outra: 20 a 30% dos indivíduos infantis maltratados convertem-se em adultos violentos.

Destacou que até a alguns anos atrás, pensava-se que o mau trato infantil era conseqüência de transtornos psicológicos individuais, alcoolismo, toxicomania, ou de carências financeiras ou educativas.

Para LIPPI (1983), o abuso em famílias aparentemente organizadas e de ambientes mais elevados, permanece como um segredo de família. Os maus-tratos são encontrados em todos os níveis sócio-econômico-culturais. Filhos de profissionais liberais, advogados, economistas, religiosos, bem como de trabalhadores braçais são constantemente e da mesma forma vítimas de maus-tratos.

GUERRA (1985) ressaltou que a agressão contra o indivíduo infantil e o adolescente não é uma prerrogativa das classes populares, embora os estudos incidam mais sobre os indivíduos infantis.

LUCE (1997) afirmou que no Brasil, pelo número de vítimas que os maus-tratos vêm produzindo, eles são considerados por muitos autores como um verdadeiro e grave problema de saúde pública.

A maioria dos estudos epidemiológicos dos maus-tratos aos indivíduos infantis e aos adolescentes pesquisados apresentam escassez de informações. As bibliografias estudadas apontam até então dados parciais, que examinam amostras muito específicas, como realidades de determinados Municípios ou setores. Sabe-se que devido à falta ou má qualidade das denúncias, a violência contra o indivíduo infantil e o adolescente é muito maior do que aquela publicada em estudos sobre o assunto.

VANRELL (1999) coloca que, no Brasil as estatísticas sobre os maus-tratos aos indivíduo infantis e aos adolescentes estão longe de espelhar a realidade atual no país.

KRISTENSEN et al. (1999) em um amplo estudo realizado no período entre maio de 1997 e maio de 1998 em setenta e cinco instituições, entre Conselhos Tutelares, Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, delegacias de polícia, promotorias de justiça, varas da infância e da juventude e hospitais de quinze municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre com população acima de vinte mil habitantes, identificou-se mil setecentos e cinqüenta e quatro casos de violência praticados contra indivíduos infantis e adolescentes entre zero e quatorze anos de idade. Das notificações, 67,8% são casos de violência física, 25,5% de violência sexual, 6,4% de violência psicológica e 0,3% de violência fatal (homicídios e suicídios). Desse total, 67,7% dos casos de violência aconteceram dentro da residência da indivíduo infantil e 61,6% foram praticados pelos pais, padrastos ou madrastas. As meninas, segundo este estudo, são mais vítimas de violência sexual do que os meninos (79,2%). Mais de 50% das vítimas são indivíduos infantis de até nove anos de idade.

Ainda no tocante aos obstáculos de natureza científica, há que se mencionar a própria conceituação do fenômeno. O discurso sobre a questão da violência doméstica contra indivíduos infantis e adolescentes – em nível nacional e internacional – revela uma utilização indiscriminada de termos, alguns mais, outros menos populares. Segue-se uma listagem dos mesmos, sem qualquer pretensão de ser exaustiva, a saber: Abuso - Vitimização - Vitimização Doméstica; Disciplina - Castigo; Maus-Tratos – Agressão; Violência - Violência Doméstica.

LEÃO (1998) analisou o significado das seguintes palavras e as suas associações: Abuso - Vitimização - Vitimização Doméstica; Disciplina - Castigo; Maus-

Tratos – Agressão; Violência - Violência Doméstica e afirmou que a díade Disciplina–Castigo é a mais antiga e de maior tradição em termos de educação infantil. No tocante ao fenômeno, que nos preocupa, esses termos contam apenas parte da verdade dos fatos, já que deixam de fora as agressões sexuais e não explicitam a gravidade das formas de disciplina e castigo.

Por outro lado, o campo semântico que reúne Maus-Tratos e Agressões também se mostra inadequado na medida em que coloca a problemática em termos meramente morais, como se fosse uma questão de bondade ou maldade individual, enquanto agressão é um termo psicológico que padece da limitação de não ser especificamente humano. Além disso, o que seria um trato bom ou mau é uma questão de definição suplementar (geralmente no campo jurídico).

OLIVEIRA (1999) afirmou que o enfrentamento eficaz do fenômeno da violência doméstica contra o indivíduo infantil e o adolescente é ainda verdadeira luta em todo mundo. É um fenômeno que deve ser abordado de maneira multi-profissional e pluri-institucional.

Para evitar que os profissionais continuem como meros expectadores nos casos de violência doméstica é imprescindível que se coordenem ações em rede dentro de cada município garantindo ao indivíduo infantil e ao adolescente assistência integral e proteção por profissionais da área jurídica, saúde, serviço social e psicologia.

Uma intervenção pontual poderá interromper o ciclo da violência e evitar a morte do indivíduo infantil e do adolescente. Os médicos devem ser capazes de reconhecer,

entre seus pacientes, os indivíduos infantis vítimas de abuso, bem como confirmar o diagnóstico nos pacientes que foram trazidos por outros profissionais.

2.4 O abuso físico e psicológico contra indivíduos infantis e a situação atual.

Segundo FLORES (1994), o abuso psicológico é, provavelmente, o mais dissimulado, entre as formas de abuso contra o indivíduo infantil. É também o mais freqüente, pois acompanha todos os outros. Ele raramente se apresenta sozinho, vem sempre associado às agressões físicas, exclusão social, abuso sexual, exploração do trabalho, entre outras inúmeras formas de privação da infância.

Em entrevista com a psicóloga psicodramatista Maria Amélia de Sousa e Silva, Coordenadora Geral e Administrativa do Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae (2000), em São Paulo, ficou claro que na violência física está implícita a violência psicológica – e é justamente o fato de estar sendo agredido fisicamente por um familiar que causa mais danos à formação da personalidade infantil.

"Apanhar na rua, de um estranho, por mais que isso cause fraturas e outros danos físicos, não tem a influência sobre a personalidade que uma agressão de um pai ou mãe impacientes, pois estes estão também ensinando aos filhos uma forma violenta de relacionar-se afetivamente", afirma. Para a psicóloga, a violência psicológica é mais sutil, está na base das outras formas de violência. "É claro que existe a violência puramente psicológica, mas ela é bem mais difícil de diagnosticar e raras vezes é denunciada", ressalta a profissional.

Segundo Maria Amélia, nos indivíduos infantis vítimas de violência, ou há excesso de timidez, ou agressividade em demasia: “Nunca há um equilíbrio por parte da criança vítima de violência. Pode-se apontar um aumento no número de atitudes desagradáveis por parte das crianças, somado aos fatores de dependência dos adultos: ou extrema carência, ou extrema dependência, somada à desvalorização, baixa na auto-estima, entre outros.

É preciso ter muito cuidado com o que se diz para os indivíduos infantis, pois, de acordo com a psicodramatista, eles, em geral, acreditam no que lhes é dito. “As palavras das pessoas que lhe são importantes, como a de seus familiares, soam sempre como verdadeiras, são assumidas e interiorizadas. O indivíduo infantil acaba aprendendo que aquele é o único padrão possível, a única forma que existe de relacionamento”.

O mais grave, de acordo com Maria Amélia, é que se cria um ciclo contínuo de violência, que se transmite de geração para geração. “Essa criança vai repetir este padrão com os irmãos menores, com os colegas da escola, mostrando-se muitas vezes inapta ao convívio social, ou simplesmente reproduzindo este padrão em seus próximos relacionamentos afetivos, com sua mulher ou marido e com seus filhos. Uma pessoa agredida na infância via de regra se torna um adulto agressor”, aponta a psicóloga. É preciso ressaltar, todavia, que nem todo o indivíduo infantil agredido se tornará um agressor, mas podemos dizer, segundo a psicóloga, que todo o agressor foi vitimizado. É óbvio para a psicóloga, que também o agressor precisa de tratamento.

No Centro de Referência às Vítimas da Violência, onde trabalha Maria Amélia, inicialmente, há uma triagem para identificação do perfil de cada caso. Depois é feito o encaminhamento para o atendimento psicológico mais apropriado. “Em geral estamos

trabalhando com o momento da crise, que precisa ser resolvido emergencialmente: trabalhamos a criança, a família e, também, o agressor", explica.

De acordo com Maria Amélia do Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo (2000), a violência contra indivíduos infantis e adolescentes não tem prevalência maior em função de classe sócio-econômica. "A violência doméstica, seja física ou mesmo verbal, é um fenômeno absolutamente democrático. Porém, a visibilidade em classes baixas é maior, porque exige das estruturas públicas, dos pronto-socorros, dos hospitais do INSS, das escolas estaduais e municipais".

São estas instituições que contabilizam dados e criam estatísticas. As classes mais altas, ao contrário, procuram médicos particulares, psicólogos particulares, que mantém o sigilo e não contribuem para qualquer levantamento estatístico, uma vez que individualmente, seus dados não são expressivos. Nas classes altas é tudo mais velado, mais escondido. Há menos denúncias, mas ocorre do mesmo jeito", explica.

Na verdade, a violência doméstica é muitas vezes tratada como assunto privado e acaba sendo tolerada pela sociedade e pelo poder público. Daí a importância dos Conselhos Tutelares, criados como instrumentos para que o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, seja aplicado. Estes órgãos exercem um papel fundamental ao oferecer uma porta de entrada para denúncias, mesmo que anônimas, mas que possibilitam o diagnóstico dos casos de violência contra indivíduos infantis.

Para médicos, professores e outros profissionais que trabalham com indivíduos infantis, a denúncia é obrigatória, sob pena de serem responsabilizados por omissão de socorro.

Com certeza, os Conselhos Tutelares carecem de equipamentos, de capacitação, de redes de apoio, e outros. Mas, considera a psicóloga, em São Paulo e na grande São Paulo, os Conselhos Tutelares, para os padrões brasileiros, até que funcionam bem; estando, constantemente buscando treinamentos e capacitação para melhorar o atendimento.

Fazendo uma pesquisa entre os Conselhos Tutelares do Município de São Paulo – são cerca de vinte – verificou-se no entanto, que estas carências são bastante evidentes e muitas vezes causadas até mesmo pela falta de apoio do próprio Governo, que carece de políticas de saúde pública eficientes. O Conselho Municipal, que agrega os Conselhos Tutelares de cada região da Cidade, sofre, por exemplo, com o descontinuismo de suas administrações. Sequer é possível saber quantas denúncias foram registradas, por ano, no Município de São Paulo.

Entre os Conselhos mais procurados, como o de Ipiranga, descobriu-se que em 1999 foram atendidos e registrados 2.037 casos, dos quais cerca de 60% foram denúncias de maus tratos, nas quais se inclui a pressão psicológica, a violência física, a exclusão social e mesmo o abuso sexual. De acordo com a Conselheira Tutelar Rosa Cristina Flor Ribeiro, a maior parte das denúncias provém de familiares e vizinhos, seguidas de denúncias das escolas e de médicos.

Após uma denúncia, é feita a convocação dos responsáveis pelo indivíduo infantil; uma investigação das suas rotinas; uma conversa com o próprio indivíduo infantil; uma consulta à escola que o indivíduo infantil freqüenta; uma visita domiciliar ao acaso; e, então, coloca-se os pais a par dos direitos de que o indivíduo infantil deve usufruir, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, e encaminha-se a família toda para atendimento

psicológico. Depois disso, é feito um acompanhamento, com marcação de retorno ao próprio Conselho Tutelar. Caso a violência persista, leva-se o caso à justiça.

Na teoria, parece excelente. Na prática, no entanto, tem-se depoimentos como os de Lourival Nonato, ex-Conselheiro Tutelar e atual Consultor de Implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que aponta a dificuldade de se obter dados e informações precisas para o real monitoramento dos diversos Conselhos Tutelares, assim como o franco desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente por parte do próprio Estado, em especial nos artigos 259 e 155, que regem, por exemplo, a proibição de levar menores para o Sistema Penitenciário.

Ele faz uma alusão clara aos recentes fatos ocorridos na Febem (Fundação Estadual de Bem Estar do Menor) e ainda não solucionados. “O próprio Estatuto da criança e do Adolescente é um avanço, pelo debate que levanta. As polêmicas que está suscitando, no entanto, estão saindo caras principalmente para os próprios meninos, detidos em instituições que lhes roubam toda e qualquer dignidade, e que pagam, com suas próprias vidas e seu futuro, por espaço na mídia”.

É claro que a partir desta discussão social e de uma cobrança maior das autoridades alguma coisa deve mudar. Esta esperança, no entanto, fica bastante prejudicada quando se percebe que o Estado não provê à estes indivíduos infantis sequer as políticas básicas de saúde, de educação, de condições mínimas de vida. “O Estatuto da Criança e do Adolescente é uma proposta de sociedade, de direito, mas que ainda está longe de estar sendo cumprido”, denuncia.

3. PROPOSIÇÃO

Neste estudo pretende-se:

3.a) avaliar o conhecimento do Pediatra acerca das responsabilidades e condutas éticas, em relação ao indivíduo infantil vítima de maus tratos, por meio de um questionário;

3.b) apresentar uma listagem que facilite o diagnóstico da Síndrome do indivíduo infantil vítima de maus tratos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento sobre o conhecimento do Pediatra acerca de suas responsabilidades e condutas éticas, em relação ao da criança vitima de maus tratos, através do uso de um questionário.

O questionário foi elaborado com questões estruturadas e abertas relativas ao tempo de formação, identificação da faculdade, preparo do profissional, conhecimentos das penalidades e das atitudes a serem tomadas após constatação da violência, dentre outras e devidamente aprovado pelo CEP/FOP/UNICAMP.

Estas informações são importantes na medida em que permitirão avaliar possíveis mudanças de postura dos novos médicos em relação aos mais antigos assim como o preparo do profissional para diagnóstico e tratamento frente à violência infantil. Além disso, avaliar o conhecimento dos médicos quanto às penalidades frente à violência e a atitude correta a ser tomada após o tratamento.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram distribuídos 270 questionários à Pediatras que atuam nas seguintes regiões: Grande Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres.

A partir dos questionários recebidos, as questões foram tabuladas e os resultados estão apresentados a seguir.

Também elaborou-se uma ficha de coleta de dados para os casos de maus tratos infantis.

V. RESULTADOS

No período de julho a dezembro de 2002, foram enviados aos pediatras das regiões da Grande Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres, 270 questionários dos quais retornaram 35,5%, isto é, 96 questionários devidamente respondidos.

Dos 96 questionários, 50 foram respondidos por pediatras do gênero feminino e 46 do gênero masculino.

Dos pediatras consultados 63% dos consultados tinham mais de 10 anos de formado e 37% menos de 10 anos de formado.

Dos pediatras consultados 15% exerciam a profissão em apenas um local de trabalho, enquanto que os outros 85% desenvolviam-na em dois ou mais locais.

Quadro 4 - Local de trabalho

Local de trabalho	Nº de pediatras
Clinica Particular	62
Serviço Público	64
Hospital	72
Serviço Universitário	22

Quando o pediatra foi questionado quanto à oportunidade de atender indvíduos infantis com características de maus tratos, os resultados mostraram que 55% deles já tinha

tido essas oportunidade, enquanto que 41% responderam que nunca haviam atendido indivíduos infantis com características de maus tratos, conforme mostra o Gráfico 1.

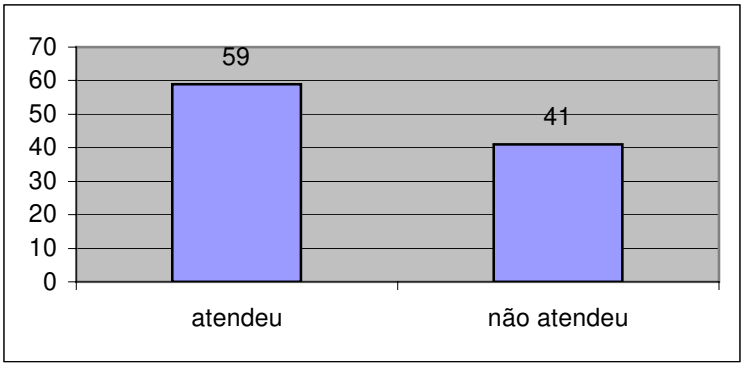


Gráfico 1 – Percentual de pediatras que atenderam ou não, indivíduos infantis com sinais de maus tratos

Dos 53 pediatras que tiveram contato com indivíduos infantis com sinais de maus tratos, apenas uma parte descreveu as características apresentadas por eles tais como: hematomas, sangramento vaginal e anal, tumores, choro, nervosismo, carência afetiva, retraimento, medo, tensão, comportamento e atitudes bizarras, fraturas cuja explicação do acidente não convence, abuso sexual, insegurança, fratura de crânio, timidez, criança sem estrutura familiar, introversão, agressividade, distúrbio do sono, cicatrizes pelo corpo, mau andamento nas atividades escolares, comprometimento nutricional, olhar assustado, temor exagerado das pessoas, pavor, gagueira, constipação intestinal, queimaduras, rejeição materna, crise convulsiva. São características de maus tratos físicos que podem causar problemas psicológicos e emocionais graves.

Em relação ao tempo de formação, pode-se observar que os pediatras que citaram as características de maus tratos, percebidas em seus pacientes, um tinha até 3 anos de formado, 12 até 10 anos de formado, 16 até 15 anos de formado e 24 até 20 anos de formado.

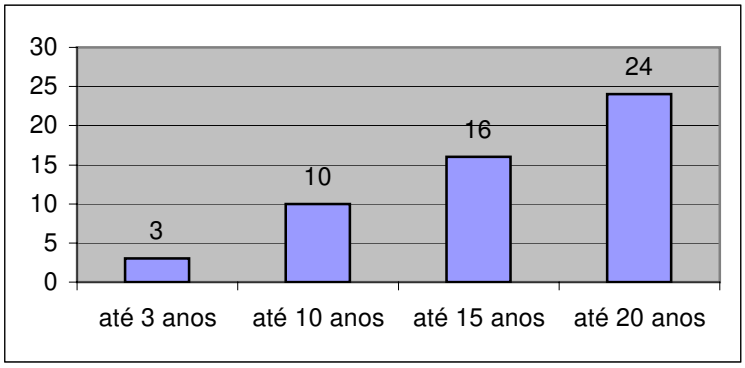
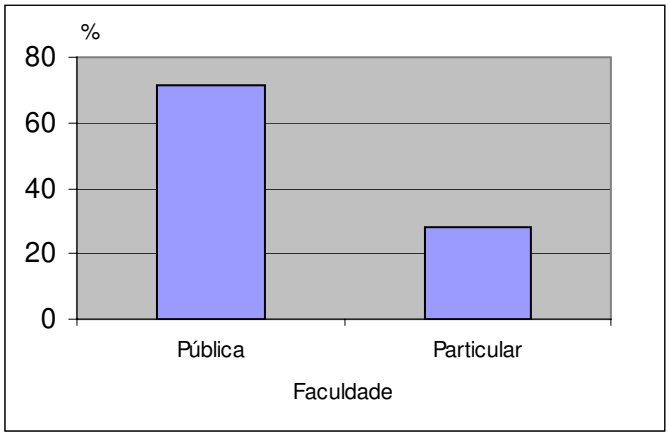


Gráfico 2- Tempo de formação dos pediatras que atenderam indivíduos infantis com sinais de maus tratos.

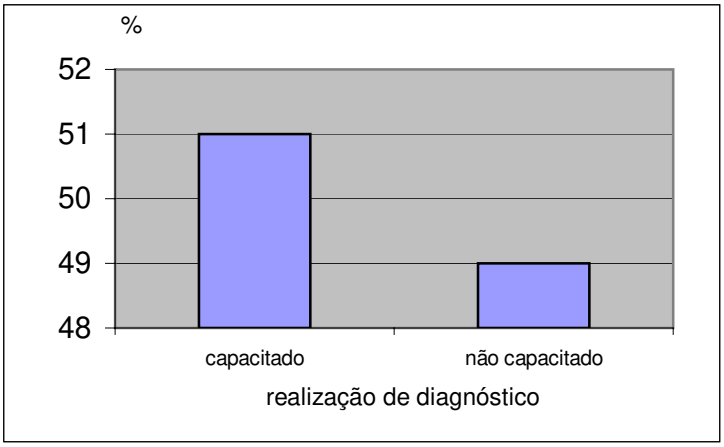
Quanto às faculdades em que se formaram, dos 53 pediatras que já haviam atendido indivíduos infantis vitimas de maus tratos, 38 (71,7%) são advindos de faculdades públicas, enquanto que outros 15 (28,3%) de faculdades particulares.

Gráfico 3- Percentual de pediatras segundo a faculdade pública ou particular, em que se graduou.



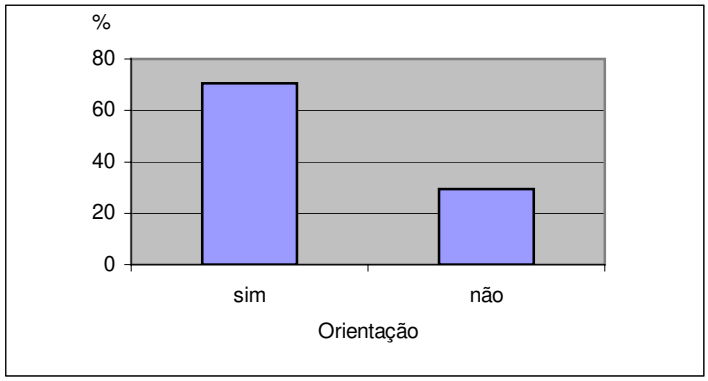
Dos 96 pediatras avaliados, 51% sentem-se capacitados para o diagnóstico de indivíduos infantis maltratados, enquanto que 49% relataram que não.

Gráfico 4- Percentual de pediatras segundo a capacidade de diagnóstico de indivíduos infantis com sinais mau tratos.



Dos 51 pediatras que se sentiam capacitados para o diagnóstico de indivíduos infantis vítimas de mau tratos, 36 (70,6%) já haviam tido orientação na graduação ou pós-graduação e 15 (29,4%) deles se sentiam capacitados, porém sem qualquer orientação acadêmica prévia. Alguns relataram que buscaram em pesquisas de interesse próprio a fim de poderem estar preparados frente à situação.

Gráfico 5- Número de pediatras segundo a orientação recebida ou não em cursos de graduação e pós-graduação, sobre como diagnosticar sinais de maus tratos em indivíduos infantis



Segundo as respostas ao questionário, as disciplinas que mais contribuíram para a divulgação de informações acerca de maus tratos infantis, foram as de Pediatria e Medicina legal.

Quanto à conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos em indivíduos infantis os pediatras entrevistados, 64 (66,7%) relataram que a sua opção seria comunicar o fato às autoridades competentes, outros 20 (20,8%) considera-se que as duas opções, conversar com os pais ou responsáveis e posteriormente comunicar o fato às autoridades competentes seria a melhor solução e ainda outros 11 (11,4%) acharam que orientar os pais, conversar com os pais ou responsáveis e posteriormente comunicar o fato às autoridades competentes seria a melhor solução, e um (1,1%) relatou que o Estatuto da Criança e do Adolescente determina a notificação à autoridade competente e ao Conselho Tutelar.

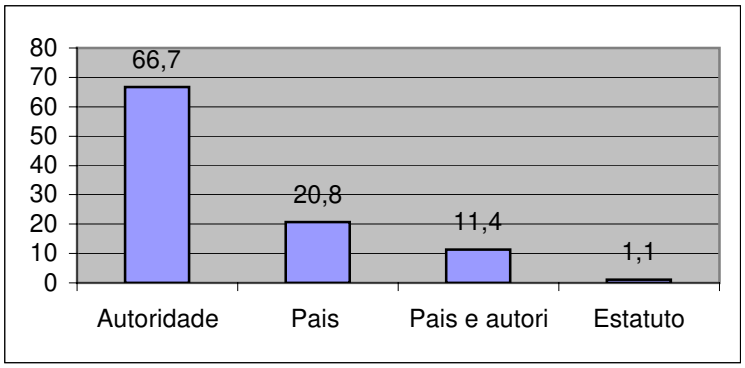
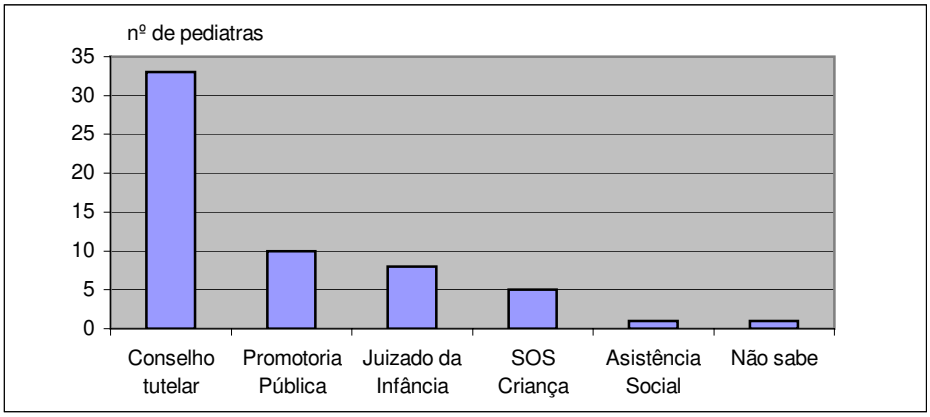


Gráfico 6- Percentual de pediatras segundo a conduta frente ao diagnóstico ou suspeita de maus tratos em indivíduos infantis

Dos 53 pediatras que haviam relatado ter tido orientação quanto ao diagnóstico de indivíduos infantis com suspeita de maus tratos, 66,7 %, optaram Comunicar o fato às autoridades competentes, 20,8 optaram por conversar com os responsáveis pelo indivíduo infantil e posteriormente comunicar o fato às autoridades competentes, outros 11,4 orientar e comunicar, e outros 1,1 deram outras alternativas, conforme gráfico 6.

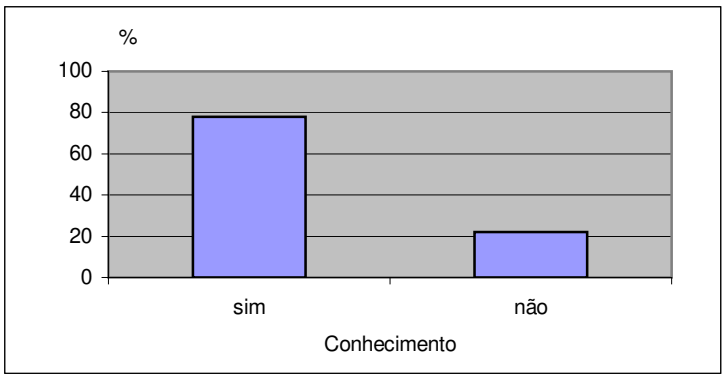
Dos pediatras que optaram pela comunicação às autoridades competentes, 33 comunicariam os casos ao Conselho Tutelar, 10 comunicariam os casos à Promotoria Pública, 8 comunicariam os casos ao Juizado da Infância, 5 comunicariam os casos ao S.O.S. Criança, 1 comunicaria à Assistência Social e 1 relatou que não sabia, conforme gráfico nº 7.

Gráfico 7- Número de pediatras segundo a comunicação às autoridades competentes.



Dos 96 profissionais pesquisados 75 (78,1%) responderam que não sabiam as penalidades para os crimes de maus tratos, enquanto 21 (21,9%) afirmaram que sabiam.

Gráfico 8- Percentual de pediatras que têm conhecimento ou não quanto às penalidades para crimes de maus tratos aos indivíduos infantis



Dos 21 Profissionais que afirmaram saber das penalidades para os crimes de maus tratos, 14 souberam responder quais são essas penalidades.

Quadro 5 - Das Penalidades Relatadas

PENALIDADES
Reclusão
Perda da Guarda
Prestação de Serviços Comunitários
Advertência Pelos Órgãos Competentes

Resultados - Parte 2

Por meio da pesquisa elencou-se os principais sinais e sintomas da violência contra indivíduos infantis e elaborou-se esta tabela que pode funcionar como uma ficha (prontuário) a ser utilizado nas variedades que atendem o da criança. De maneira facilitar o diagnóstico e posterior encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Ficha de coleta de informações para consubstanciar a denúncia junto ao Conselho Tutelar.

Sinais característicos de violência

Nome						
Endereço						
Cidade	MT	CEP	Sexo		Idade	
Tipo de lesão	Cabeça	Cavidade oral	Tronco	Membros Sup	Inf	Região perineal
Ferida cortocontusa						
Ferida cortante						
Hematoma						
Equimose						
Alopecia						
Fraturas						
Escoriações						
Projétil de arma de fogo						
Desnutrição						
Queimadura						
Vulvovaginite						
Fissuras						
Hiperemia vulvar						
Outras lesões						

Sinais característicos de negligência

Tipos de sinais	Presença ou ausência de sinais		Descrição e extensão dos sinais			Observações
	sim	não	Grau leve	Grau moderado	Grau acentuado	
Falta de higiene						
Sinais de desidratação						
Sinais de desnutrição						
Abandono						
Trabalho infantil.						
Ausência de ambiente familiar						
Outras situações						

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A síndrome do indivíduo infantil maltratado, a síndrome do bebê sacudido e a síndrome do bebê espancado, caracterizam-se pela aplicação de forças das mais variadas (físicas, químicas, biológicas, físico-químicas, entre outras), contra indivíduos indefesos que pela sua própria constituição física social e econômica não podem e não reagem à esta atitude.

Quando, quer pelas seqüelas que apresentam ou quer pelo desabafo junto a um profissional da saúde, conseguem exprimir o quanto de violência estão sendo submetidos e não há do profissional uma resposta favorável, acabam por verem seus esforços se diluírem, por que os profissionais por medo e até mesmo por ignorância preferem deixar as coisas como estão, não comunicando o fato às autoridades competentes.

Tal situação dependendo do caso, termina em tragédia e acaba por levar à morte o indivíduo infantil, conforme relatou GOMES (1998).

Conhecer as principais seqüelas, bem como, a forma correta de se registrar o fato, conforme recomendou a SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA (2001), constitui-se em uma das maneiras de se evitar que o crime praticado por um determinado elemento (da família ou não) contra o menor, fique impune. Tal impunidade quando ocorre por falta de notificação do Médico ou de outro profissional da área da saúde, faz com que o mesmo, passe a ser cúmplice do crime cometido.

CUNHA (1998), também rechaça a falta de coragem dos profissionais, pois ao ignorar o problema, permite que as agressões tornem-se mais constantes e de maior gravidade.

Na presente pesquisa verificou-se que 55% dos pediatras pesquisados, atenderam indivíduos infantis vítimas de maus tratos e destes, apenas 51% se julgaram capacitados para estabelecer o diagnóstico de indivíduos infantis vítimas de maus tratos e 49% se consideraram inaptos para tal.

Tal situação revela que a falta de comunicação do fato às autoridades ocorre principalmente por que há um grande desconhecimento do assunto, junto à classe de pediatras, em outras palavras, por ignorância mesmo destes

CHAIM (2001) também chegou às mesmas conclusões quando realizou estudo similar junto aos Cirurgiões-Dentistas.

Tal fato nos leva a acreditar que a maioria dos profissionais da saúde e até mesmo o professor citado no Estatuto da Criança e do Adolescente, desconhece a obrigatoriedade da notificação e por que não dizer, sequer se consideram aptos para estabelecer um diagnóstico de suspeita de maus tratos contra indivíduos infantis e/ou adolescentes. Deve-se ainda ressaltar que o fato de atribuir a um professor do ensino fundamental e médio a obrigação de notificar as autoridades competentes sobre a possibilidade de existência de maus tratos, baseados apenas na observação dos referidos alunos, é uma situação embaraçosa. Se nem mesmo 49% dos pediatras pesquisados, conforme constatado neste estudo, se sentem capacitados para o estabelecimento de um diagnóstico fidedigno de lesões ou maus tratos em indivíduos infantis, o que se verificaria se tal pesquisa fosse extrapolada para os citados professores.

Deve-se ressaltar que não se pretende em hipótese alguma desmerecer a profissão do professor, nem muito menos subestimá-lo. O que se discute aqui é a possibilidade de se punir alguém (professor), que não notificou uma determinada possível

ocorrência de maus tratos, ou mesmo chamá-los de coniventes, se os mesmos não tiveram qualquer contato com este tema.

Da mesma forma, deve-se aqui defender os profissionais da saúde, pois estes na sua grande maioria, não tiveram tal assunto tratado na graduação e/ou mesmo na pós-graduação.

Em nosso estudo verificou-se que dos 51% dos pediatras que se sentiam capacitados para o diagnóstico de indivíduos infantis vítimas de maus tratos, apenas 36% tiveram orientação na graduação e/ou pósgraduação e 15% não tiveram qualquer orientação acadêmica.

Destaca-se que os pediatras informaram que as disciplinas que os informaram sobre este tema foi a de Pediatria e a de Medicina Legal.

Observou-se também que mais de 80% dos pediatras pesquisados não sabiam da existência de penalidades para os crimes de maus tratos.

Dos que afirmaram conhecer as penalidades somente 14 pediatras souberam listar as mesmas.

O fato das disciplinas que informaram os pediatras sobre a existência de tais síndromes ser as de pediatria e de medicina legal, apenas reforça a idéia que tal assunto deve ser incorporado à disciplina de Medicina Legal, Odontologia Legal e demais disciplinas existentes nas profissões da saúde, que venham a possuir conteúdo legal

Para o caso dos professores do ensino fundamental e médio, faz-se necessário que sejam ministrados cursos sem ônus aos mesmos, que os capacitem para tal atividade.

O dado mais impressionante deste estudo, e que comprova o desconhecimento dos pediatras e da maioria dos profissionais da saúde é que 80% aproximadamente dos

pediatras pesquisados não sabiam da existência de penalidades para crimes de maus tratos contra indivíduos infantis e adolescentes. Entenda-se aqui também o fato de que não sabem que no caso da não denúncia de tal fato, passam a ser cúmplices e desta forma, respondem juntamente com o agressor pelas sequelas que deixou.

Tal situação reforça a idéia que se faz necessário que o profissional da saúde, inclusive o pediatra, realize cursos de reciclagem, onde possa atualizar os seus conhecimentos e também se inteirar das novas exigências técnico, administrativas e legais.

O presente estudo, possibilitou uma discussão, embora breve, sobre este tema, tão antigo, pois a agressão contra indivíduos infantis, tem sido relatada há muito tempo (LIPPI, 1983, VANRELL, 1999) e com o advento da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, tão atual. Tal discussão, permitiu, se não esclarecer o assunto, ao menos, tirar do desconhecimento a maioria dos profissionais da saúde, que por ventura venham a tomar conhecimento do mesmo, quando da leitura desta dissertação.

7. CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados encontrados é lícito concluir que:

a) a maioria dos pediatras não apresenta atualmente condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em indivíduos infantis ou adolescentes;

b) o pediatra necessita de mais informações no que tange à conduta legal a ser seguida nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos aos indivíduos infantis ou adolescentes;

c) há a necessidade que sejam oferecidos aos pediatras que exercem a profissão, cursos informativos ou de educação continuada sobre o referido tema, sem ônus aos mesmos. Para os graduandos, deve-se incentivar as Instituições de Ensino Superior, para que incluam tal tema na disciplina de Medicina Legal e efetivamente ministrem o mesmo, preferencialmente com a realização de exames práticos em índivíduos infantis e ou adolescentes vítimas de maus tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS[1]

1. ABRAMOVAY, M., CASTRO, M.G. **Engendrando um novo feminismo**: mulheres líderes de base. [Rio de Janeiro]: UNESCO/CEPIA no prelo.
2. ABRAPIA. Campanha Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil: relatório de abril de 1998 Brasília , D.F: ABRAPIA/Ministério da Saúde, 1998.
3. ADORNO, S. (1988). Violência e educação. São Paulo. (Mimeo)

   ALVES, A. M. S.. Cultura de desigualdades: raça, movimentos feministas e justiça ambiental. **Revista Proposta**, Rio de Janeiro, 1998. Raça e Cultura.
4. ALMEIDA, E. C., 1998. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*. Dissertação de Mestrado em Medicina Social. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (mimeo).
5. ALVES, L.**Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Ed. Perspectivas, 1994.
6. ALVIM, R., VALLADARES, L.. Infância e sociedade no Brasil: uma análise da literatura. In: **Boletim Informativo Bibliográfico em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n° 26, 1990.
7. ARIÈS, P. (1984). História social da infância e da família. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
8. ARTICULAÇÃO de mulheres para Beijing/95. In: Seminário Estadual Violência: tráfico de mulheres e violência contra meninas (os). **Anais...** Pará: [s.n], 1994.

[1] De acordo com a NBR 6023 de ago. 1989, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o Index Medicus.

9. ASSIS, S. G., 1994. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. In: *Cadernos de Saúde Pública*,10(1): 126-134.

10. ASSIS, S. G., SOUZA, E.R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 6, n.° 71, 1995.

11. AZEVEDO, M. A., 1993. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra indivíduo infantils e adolescentes. In: *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento* (M.A. AZEVEDO & V.N.A. GUERRA, orgs), pp.25-47, São Paulo: Cortez. _____, 1995. *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Ed. Robe Editorial.

12. AZEVEDO, M., GUERRA, V. Crianç**as vitimizadas**: a síndrome de pequeno poder. São Paulo: Ed. Iglu, 1989.

13. AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A. (1998). Infância e violência fatal em família. São Paulo: Iglu.

14. AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A. (1998a). Infância e violência doméstica – módulo 1A/B. São Paulo: LACRI (IPUSP).

15. AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (2002) *Palmada já era*. São Paulo: LACRI

16. BANDEIRA, L. M. O que faz da vítima vítma?. In: OLIVEIRA, D. D., GERALDES, E. C. e LIMA, R. B. (Orgs.) **Primavera já partiu** : retrato dos homicídios femininos no Brasil. Brasília, D.F : Editora Vozes/Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

17. BARSTED, L.A. U. **Violência contra a mulher e cidadania**: uma avaliação das políticas públicas. Rio de Janeiro: CEPIA, 1994.

18. BENTO, B. A. M. O acusado: quem é?. In: OLIVEIRA, Dijaci David, GERALDES, Elen Cristina, LIMA, Ricardo Barbosa (Orgs.).**Primavera já partiu - retrato dos homicídios femininos no Brasil**, Brasília, D.F : Editora Vozes/Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

19. BRANDÃO, E.R. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito.**O extermínio de crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília, D. F: a Câmara, 1992.

20. Brasil 1997. *Estatuto da criança e do Adolescente*. Ministério da Justiça, Brasília, 110pp.

21. BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Especial Destinada ao Estudo das Medidas Legislativas que Visem Implementar no Brasil as Decisões da IV Conferência Mundial da Mulher. **Mulher, política e ação**. Brasília, D. F. : a Câmara, 1997.

22. BRASIL. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens no Brasil:** diagnóstico nacional. Brasília, D. F., 1997.

23. BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa nacional de direitos humanos**. Brasília, D.F: o Ministério, 1996.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente**: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: OPAS/OMS, 1997.

25. BRASILEIRO Ana Maria (Org.). **Las mujeres contra la violencia: rompiendo el silencio.** New York: UNIFEM, 1997.

26. BRAZ M & CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência - os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 8(1):91-97, 2000.

27. BRÊTAS, J.R. S. et al. O enfermeiro frente à indivíduo infantil vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, V.7, n.1, p.03-10, jan./ mar. 1994.

28. BROSS, D.C. et al. (2000:9). *World perspectives on child abuse* / The Fourth International Resource Book. Denver: Kempe Children's Center / University of Colorado, School of Medicine.(7) Finkelhor, D. (1999). The science. *Child Abuse and Neglect*, 23(10): 964-74.

29. BRUSCHINI, C., HOLLANDA, H. B. (Org) **Horizontes Plurais**: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 1998.

30. CAMARGO, C.L. de; BURALLI, K.O. *Violência familiar contra criança e adolescentes*. Salvador: Ultragraph Ed., 1998.

31. CAMINHA, R.M. *Maus-tratos: o flagelo da infância*. No prelo, 1997.

32. CARRILLO, R. **Battered dreams**: violence against women as an obstacle to development. New York: UNIFEM, 1992.

33. CASTRO (1992) In: *Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais* (Coord: Cury, Amaral e Silva & Mendez) São Paulo: Malheiros

34. Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo 2000.

35. CHIAROTTI, S., MATUS, V. **Os direitos humanos das mulheres e das meninas**: manual para capacitação. [Buenos Aires]: Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento /União Européia Rosário, 1997.

36. CLAVES- Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde, 1998. *Juventude, cidadania e violência no município do Rio de Janeiro - um estudo comparativo*. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ.

37. CORREA, M. **Morte em família**: representações jurídicas de papeis sexuais. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

38. COSTA, J. F., 1986. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal

39. CRAMI - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância Campinas 2000.

40. CRUZ, R. M. B**.** A Violência Contra criança e Adolescentes. Belo Horizonte.

41. CUNHA, J. M., 1998. *Atendimento às criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios*. Dissertação de Mestrado em Saúde da criança. RJ/IFF-FIOCRUZ

42. DELARONDE S, K. G, Bendel R & Reece R Opinions among mandated reporters toward child maltreatment reporting policies. *Child abuse & neglect* 24(7): 901-910, 2000.

43. DEMUS – Estudios para la Defensa de los Derechos de la Mujer. **Women of the world:** laws ands policies affecting reproductive lives: Latin American and Caribean. Nova York: The center for reproductive law and policy, 1997.

44. DESLANDES SF 1994. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Fiocruz/ENSP/Claves, Rio de Janeiro, 39pp.

45. DESLANDES SF 1999. O atendimento às vítimas de violência na emergência: 'prevenção numa hora dessas? '*Ciência & Saúde Coletiva* 4(1):81-94.
Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV & Moraes SRS 1999. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(1):123-130.

46. DIMENSTEIN, G. **A guerra dos meninos**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990. Apresentação e prefácio.

47. DOMENACH, J.M., 1981. La violencia, In: *La violencia y sus causas*, pp.33-45,Paris:Unesco.

48. DORA, D. D. **Masculino e feminino**: igualdade e diferença na justiça. Porto Alegre: THEMIS *I* Ed. Sulina, 1997.

49. FALEIROS, E., COSTA, O. (Org.). **Políticas públicas e estratégias contra a exploração sexual comercial e o abuso sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes**. Brasília, D.F.: Ministério da Justiça/CECRIA,1998.

50. FARINATTI, F. A criança vitimizada. *Revista Médica da Santa Casa*, Porto Alegre, V.4, n.7, p.684-689, 1992.

51. FARINATTI, F., BIAZUS, D.B. & LEITE, M.B.,1993. P*ediatria social – a criança maltratada*, São Paulo: Medsi, Editora Médica e Científica

52. FINKELHOR D 1993. The main problem is still underreporting, not overreporting, pp. 273-287. In RJ Gelles, DR Loseke (eds.). *Current controversies on family violence.* Sage Publications, Newbury Park.

53. FLORES, R.Z. et. al. Definir e medir: o que são abusos sexuais. In LEAL, M.F.P.; CÉSAR, M.A. *Indicadores de violência intra-familiar e exploração comercial de criança e adolescentes*. Brasília: Ministério da Justiça/ CECRIA/ CESE, cap.39, p.55, 1998.

54. FLORES, R.Z.; CAMINHA, R.M. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, V.16. n.2, p.158-167, maio/ ago. 1994.

55. GALDURÓZ, J. C., NOTO, A. R. e CARLlNI, E.A.. **IV levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus em dez capitais brasileiras**. São Paulo: USP/CEBRID, 1997.

56. GOMES R 1998. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de indivíduo infantils vítimas de violência*. Cadernos de Saúde Pública* 14(2):301-311. Gomes R 2001. A análise de dados em pesquisa qualitativa, pp. 67-80. In MCS Minayo (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Editora Vozes, Petrópolis.

57. GOMES, R.,1997. A violência social em questão: referências para um debate em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.5 (2). GOMES, M. C. T. Mal-estar na civilização – Violência Doméstica e Exploração Sexual da criança e Adolescentes.

58. GONÇALVES HS & Ferreira AL s/d. *A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.* Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/Universidade Federal do Rio de Janeiro [mimeo].

59. GREGORI, M. F. **Cenas e queixas**: um estudo sobre mulheres: relações violentas e Prática feminista. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1993.

60. GUERRA, V.N. de A. *Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

61. GUERRA, V.N.A. (1984/1985). *Violência de pais contra filhos:* procuram-se vítimas. 1ª, 2ª eds. São Paulo: Cortez.

62. GUERRA, V.N.A. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 4ª ed. São Paulo: Cortez (3ª ed.: 1998)

63. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (1988). *Pele de asno não é só história...* um estudo sobre a vitimização sexual de criança e adolescentes em família. São Paulo: Roca.

64. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (1994). *Infância e violência doméstica. Perguntelho* – o que os profissionais querem saber. São Paulo: LACRI.

65. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (1995). *Violência doméstica na infância e adolescência*. São Paulo: Robe.

66. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (1998). *Infância e violência fatal em família: primeiras aproximações ao nível de Brasil*. São Paulo: Iglu.

67. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (2000). *Infância e violência doméstica*: fronteiras do conhecimento. 3ª ed. São Paulo: Cortez.

68. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (2001). *Hitting Mania:* punishment of children and adolescents in Brazil. São Paulo: Iglu / Suécia: Save the Children.

69. GUERRA, V.N.A.; AZEVEDO, M.A. (2001). *Mania de bater*. São Paulo: Iglu.

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

71. GUILLAUMIN, C. Enquanto tivermos mulheres para nos darem filhos: a respeito da raça e do sexo. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro: CIEC/AECO/UFRJ, n° especial, 1994.

72. HEILBORN, M. L.. 0 traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro, In: MADEIRA, Felícia Reicher (Org.). **Quem mandou nascer mulher?**: estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF, 1997.

73. HEISE, L., PITANGUY, J., GERMAIN, A. **Violência contra la mujer**: la carga oculta sobre Ia salud. Washington, D. C.: OPAS/OMS, 1994.

74. HERMANN, J., BARSTED L.A. L. **O judiciário e a violência contra mulher**: a ordem legal e a (des) ordem familiar. Rio de Janeiro: CEPIA, 1995.

75. HMIB, Hospital Materno Infantil de Brasília. 2001

76. IISER. **Lei, justiça e cidadania**: direitos, vitimizacão e cultura política na região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CPDOC-FGV, 1997.

77. INDICADORES sobre crianças e adolescentes Brasil 1991-1996. Brasília, D. F.: UNICEF / IBGE, 1997.

78. ISAACS, A. *Saúde mental e enfermagem psiquiátrica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.9, p.100-110: Violência familiar.

79. ISIS Internacional. **EI mal estar silenciado**: la otra salud mental. Ediciones de Ias Mujeres, Santiago de Chile, n. 14, 1990.

80. JUNQUEIRA, F., 1998. *Do complô do silêncio à estigmatização do discurso: reflexões acerca do abuso sexual e a prática clínica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC/RJ.

81. KAPLAN, H.I. et al. *Compêndio de psiquiatria*: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap.29, p.738-746: Problemas relacionados a abuso ou negligência.

82. KAPLAN, S., 1995. Abuso físico e negligência. In: *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência* (M. Lewis, org) pp, 1022-1031,Porto Alegre: Artes Médicas.

83. KRISTENSEN, C.H. et al. Violência contra criança e adolescentes na Grande Porto Alegre - Parte B: pode piorar? In: RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. *Violência doméstica*. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999. p. 104-117.

84. LACRI (Laboratório de Estudos da criança, da Universidade de São Paulo). 2001

85. LEÃO, E.; CORRÊA, E.J.; VIANNA, M. B.; MOTA, J. A. C. Pediatria Ambulatorial. 3ª ed. Belo Horizonte: Coopmed editora médica, 1998.

86. LIPPI, J.R.S. A indivíduo infantil maltratada e negligenciada. In: CELIA, S.A.H. et al. *A criança e o adolescente da década de 80*: aspectos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. V.1, cap.9, p.117-126.

87. LUCE, C., 1997. *Privação afetiva e violência doméstica na vida das adolescentes infratoras do Rio de Janeiro*. Monografia deEspecialização em Violência e Saúde. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ.(Mimeo)

88. MACHADO, L. Z. Matar e morrer no masculino e no feminino In: OLIVEIRA, D. D., GERALDES, E. C. e LIMA, R. B. (Orgs.). **Primavera já partiu**: retrato dos homicídios femininos no Brasil. Brasília: Editoras Vozes /Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

89. MULHER, população e desenvolvimento: subsídios aos parlamentares na implementação do plano de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Brasília, D. F: CEFMEA, 1996.

90. NELSON, W. E.; BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; ARVIN, A. M**.** Tratado de Pediatria. 15 [a] ed. Rio de Janeiro, RJ. Editora Guanabara Koogan S.A., 1997. V.1, 131-138.

91. OLIVEIRA, M.S.; FLORES, R.Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre - Parte A: apenas boas intenções não bastam. In: RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. *Violência doméstica*. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999. p. 71-86.

92. Participação político-social1988, vol.1 : justiça e vitimizacão. Rio de Janeiro: IBGE/PNAD, 1990.

93. PIMENTEL, Sílvia, SCHRITZMEYER, Ana L. E PANDJIARJIAM, V. **Estupro**: crime ou "cortesia"? São Paulo: Sérgio Fabris, 1998.

94. PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 2ª Ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

95. PIRES, J.M.A. Violência na infância: aspectos clínicos. In: RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. *Violência Doméstica*. Porto Alegre: Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1999. p. 61-70.

96. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap.3, p.41-65: Relatórios de pesquisa: leitura e revisão da literatura científica.

97. PROGRAMA de acción regional para las Mujeres de América Latina e Caribe: 1995-2001. Santiago Chile: CEPAL, 1994.

98. RATNER, C. (1995:5-12; 15-16). ***A psicologia sócio-histórica de Vygotsky*. Aplicações contemporâneas**. Porto Alegre: Artes Médicas.

99. RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa.**Comissão de direitos humanos**: relatório azul, 1996: garantias de violação dos direitos humanos.Porto Alegre: a Assembléia, 1996.

100. SAFFIOTI, H.I.B. (1989). A Síndrome do Pequeno Poder. In AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V.N. A. (1989). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu. Violência contra a criança e o Adolescente (1993). Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, Ministério da Saúde.

101. SAFFIOTTI, H. Exploração sexual da criança In: AZEVEDO, M, GUERRA, V. **Crianças vitimatizadas**: síndrome de pequeno poder. São Paulo: Ed. Iglu, 1989.

102. SAFFIOTTI, H. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual In: MADEIRA, Felícia Reicher (Org.). **Quem mandou nascer mulher**: estudos sobre indivíduo crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos/UNICEF, 1997.

103. SÃO PAULO. Procuradoria Geral do Estado. **Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos:** centro de estudos. São Paulo, 1997.

104. SBP/Fiocruz/MJ 2001 - Sociedade Brasileira de Pediatria/ Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Justiça, s/d. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*, 40pp.

105. SILVA, M. V. **Violência é contra a mulhe**r: quem mete a colher? São Paulo: Ed.Cortez, 1992.

106. SOARES, B. Delegacia de atendimento à mulher: questão de gênero, número e grau In: SOARES, Luiz Eduardo (ORG). **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ISER/Relume Dumará, 1996.

107. SOARES, L. E. et al. (Org.) **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ISER / Relume Dumará, 1996.

108. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro. Autores & Associados. 2001.

109. SOUZA FILHO, R. (Coord.). **Vidas em risco**: assassinato de criaças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: MNMMR : IBASE, 1992.

110. STOUDEMIRE, G.A. Transtornos somatoformes, transtornos factícios e simulação. In: TALBOTT, J. et al. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap.16, p.395-411.

111. TAYLOR, C.M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

112. THOMAS, D. Q**. Injustiça criminal**: a violência contra a mulher no Brasil : um relatório do Americas Watch e do projeto dos Direitos das Mulheres. Nova York: Americas Watch, 1991.

113. TRINDADE, A. A. C.. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. São Paulo: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1997.

114. UNICEF. **Situação do abuso sexual e da prostituição infanto-juvenil no Brasil**. Brasília, D.F., 1997.

115. VALDÉS, T., GOMARIZ, E. (Coord.). **Mulheres latino-americanas em dados**: Brasil. Madrid: Instituto de La Mujer, c1993.

116. VANRELL, J.P. Maus-tratos na infância. *Revista Eletrônica Cérebro e Mente*, nov. 1997. 14 jun. 1999 às 19:38 horas.

117. VANRELL, J.P. *Maus-tratos na infância: aspectos bio-psico-sociais*. 15 jun. 1999 às 20:50 horas.

118. VEJA. São Paulo: Editor Abril, n° 26, jul. 1998

119. VELHO, G. 1996. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: *Cidadania e Violência* (Orgs: Velho e Alvito) pp. 10-24.Rio de Janeiro: UFRJ/FGV.

120. VIOLENCE against women in families. New York: World Health Organization, 1997.http://www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/English/VAW_infopack.htm - In families

121. VIOLENCE against women: rape and sexual assault. New York: World Health Organization, 1997.

122. WAISELFIZ, J. J. (Org.). **Juventude, violência e cidadania**: os jovens de Brasília. Brasília, D. F: Ed. Cortez / UNESCO., 1998.

123. WHALEY, L.F.; WONG, D.L. *Enfermagem pediátrica*: elementos essenciais à intervenção coletiva. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

124. WHAT non-governmental organization are doing. New York: World Health Organization, 1997.

125. WINNICOTT, D. (1978) *Da pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves

126. WINNICOTT, D. (1995) "*Privação e Delinqüência*". São Paulo: Martins Fontes

127. ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

ANEXOS

Questionário
Sexo: masculino ( ) feminino( )
Faculdade _____
Ano de formatura _____
Pós-graduação: Residência( )mestrado( )doutorado( )
Local de trabalho: clínica particular () serviço público () hospital() serviço universitário()
Outros( )
1- Na sua prática diária já esteve frente ao diagnóstico de um caso ou vários casos de criança ou adolescente vítima de maus tratos? Sim( )Não( )
2- Cite algumas características que pode observar nestas crianças.
3-Sente se capacitado para diagnosticar estes casos? Sim( )Não( )
4-Recebeu orientações para o diagnóstico de maus tratos?
( ) No curso de graduação
( ) Nos cursos de pós-graduação
( ) Em pesquisas do seu próprio interesse
( ) Nunca recebeu orientação
( ) Outros
5- Caso tenha recebido orientações para o diagnóstico durante a graduação, qual foi a disciplina que citou o assunto.
6-Participou de curso de pós-graduação? Cite o curso e a instituição
7 – Qual deve ser a conduta do pediatra frente à vítima de maus tratos?
( ) Isentar-se do problema, pois é uma questão social e de segurança e não de saúde;
( ) Conversar com os responsáveis pela criança;
( ) Orientar os responsáveis pela criança;
( ) Repreender os responsáveis pela criança;
( ) Comunicar às autoridades competentes.
( )Outra atitude, especifique
8- Qual é o Órgão competente para ser comunicado do fato?
9- Sabe quais as penalidades para o crime de maus tratos? Sim()Não()
10 – Cite as penalidades
11- Já fez algum tipo de denúncia? Sim ( )Não ( )
12-Deseja acrescentar algum dado à esta pesquisa?

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do projeto: Conduta Ética do Pediatra frente à criança vítima de maus tratos
Justificativa
É muito freqüente serem encontrado Pediatras com dificuldades em conduzir os casos de maus tratos após os cuidados terapêuticos.
Objetivos:

Propor soluções que possam beneficiar estes pediatras de forma a orientar a conduta a ser seguida após o tratamento.
Procedimentos: Aplicação de questionários
Desconfortos e riscos possíveis: Por se tratar da aplicação de um questionário não haverá desconfortos ou riscos para os voluntários(pediatras pesquisados)
Benefícios esperados: Com o desenvolvimento da pesquisa pretende-se que o problema possa ser melhor discutido, promovendo um melhor preparo do profissional Pediatra para o atendimento à criança maltratada tanto na graduação como na pós- graduação, com a adoção de uma postura mais correta em relação à conduta a ser seguida posteriormente à medicação adequada.
Indicação da forma de acompanhamento e assistência e seus responsáveis: No presente estudo não se faz necessário o acompanhamento e assistência por se tratar da aplicação de um questionário.
Garantia de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa: Todos os voluntários têm a garantia de receberem todos os esclarecimentos que se fizerem necessários antes e durante a pesquisa.
Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: Não aplicável ao presente estudo.
Liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar o seu consentimento. Todos os voluntários serão esclarecidos quanto a possibilidade de se recusarem a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento sem qualquer ônus ou prejuízo de qualquer natureza.
Garantia de sigilo. Todos os voluntários tem assegurado o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais.
Formas de ressarcimento. Não está prevista forma de ressarcimento, pois, a aplicação do questionário não deverá acarretar qualquer despesa aos voluntários.
Formas de indenização. Não está prevista forma de indenização por se tratar da aplicação de um questionário.
Tendo recebido todos os esclarecimentos necessários, autorizo a utilização das informações contidas no questionário para desenvolvimento da pesquisa:

Nome do pediatra _____
Assinatura _____
Documento: CRM:

AVISO: Em caso de dúvidas entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP