

Os pediatras e os maus-tratos na infância e na adolescência

The pediatricians and child/adolescent abuse

José Hugo L. Pessoa¹

Reconhecida como um problema de saúde pública, a violência contra a criança permanece como um flagelo, desafiando a sociedade moderna. Coexistem a violência estrutural, decorrente das desigualdades sociais, e a violência que se origina nas relações interpessoais, entre adultos e crianças⁽¹⁾. O ambiente doméstico, que deveria representar segurança para a criança, pode ser palco de várias formas de maus-tratos (físicos, psicológicos, sexual, negligência etc.), muitas vezes com graves sequelas e até risco de morte. Ao longo dos tempos, foi lenta a modificação da sociedade em valorizar a proteção e os direitos das crianças. O reconhecimento dos maus-tratos à criança como uma entidade nosológica, com etiologia, tratamento e prevenção, consolidou-se apenas em meados do século passado⁽²⁾. Só recentemente temos, no Brasil, uma legislação pertinente ao processo de vitimização infantil. Hoje existe a obrigatoriedade de o médico notificar à autoridade competente, Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude os casos de violência infantil confirmados ou suspeitos⁽³⁾.

O pediatra tem uma posição estratégica – da prevenção ao atendimento – na questão dos maus-tratos na infância e na adolescência e deve conhecer sua epidemiologia, suas diferentes expressões e seus possíveis efeitos. A puericultura é uma oportunidade ímpar para promover educação preventiva e identificar crianças em risco. Recomenda-se desencorajar os modos de disciplina e as ações “educativas” violentas, em todas as consultas. Pais que foram vítimas de maus-tratos na infância bem como história de agressões entre os cônjuges são indicadores de risco para abusos dos filhos e precisam de maior atenção⁽⁴⁾. No atendimento,

pode haver uma queixa explícita. No entanto, a suspeita de maus-tratos depende principalmente da atenção do pediatra a achados sugestivos na anamnese e no exame físico. É fundamental estar atento para esses indicadores^(5,6) e sempre incluir essa etiologia no diagnóstico pediátrico diferencial. Com a confirmação ou a suspeita, além da abordagem médica adequada à situação clínica apresentada pelo paciente naquele momento, deve-se notificar o caso, sem atitudes julgadoras, com acolhimento da criança e da família, com intervenção psicoeducativa e pensando em ajudar a atenuar o estresse pós-traumático⁽⁷⁾. A notificação visa proteger a criança e restabelecer o equilíbrio familiar. Já é claramente comprovado que, se uma criança violentada voltar a conviver com o agressor sem uma intervenção adequada, corre um elevado risco de ser vítima de nova agressão, às vezes muito mais grave.

A capacidade de o médico identificar ou suspeitar de violência é fundamental para o atendimento desses pacientes no sistema de saúde⁽⁷⁾. O trabalho de Bannwart e Brino⁽⁸⁾, publicado neste número da Revista Paulista de Pediatria, estuda as dificuldades dos pediatras da rede de saúde de uma cidade de São Paulo em lidar com a criança vitimizada. Dentre elas, chama atenção a formação inexistente ou insuficiente sobre o tema. Essa lacuna na formação do pediatra tem sido relatada em outras publicações^(1,7). A deficiente formação pediátrica nessa área, tanto técnica quanto emocional, vulnera os fatores de proteção das crianças vítimas de maus-tratos e potencia os fatores de risco. Urge modificar essa situação.

¹Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ); Ex-Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência:
José Hugo L. Pessoa
Rua Dr. Diogo de Faria, 1.202, conj. 62 – Vila Clementino
CEP 04037-004 – São Paulo/SP
E-mail: jhlpessoa@terra.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 21/2/2011

Referências bibliográficas

1. Santoro Jr M. Avaliação dos conhecimentos de médicos residentes para o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados [tese de doutorado]. São Paulo (SP): USP; 1999.
2. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child-syndrome. JAMA 1962;181:17-24.
3. Brasil - Congresso Nacional [homepage on the Internet]. Estatuto da Criança e do Adolescente; 1990 [cited 2011 Mar 15]. Available from: www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm
4. Seldes JJ, Ziperovich V, Viota A, Leiva F. Maltrato infantil. Experiencia de um abordaje interdisciplinario. Arch Argent Pediatr 2008;106:499-50.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2nd ed. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/Fiocruz; 2001.
6. Comité de Familia y Salud Mental. Equipo de trabajo en el área de abuso y violencia familiar. Maltrato físico: um problema de salud que nos involucra. Arch Argent Pediatr 2003;101:64-72.
7. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. J Pediatr (Rio J) 2005;81(Supl 5):S173-80.
8. Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. Rev Paul Pediatr 2011;29:138-45.