

VOLUME 27 - Nº 2 - 2025



# PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

Ciclo XXVII



## MÓDULOS DE RECICLAGEM

ISSN 2318-3969







# SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

VOLUME 27 - Nº 2 - 2025



## PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

ISSN 2318-3969



# PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

## PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MÓDULO DE RECICLAGEM

VOLUME 27 - Nº 2 - 2025

- Acidentes domésticos: tipos, frequência e prevenção
- Critérios diagnósticos para a violência física contra crianças e adolescentes
- Apresentações da violência sexual no atendimento pediátrico

Revisão Técnica:

Dra. Luci Pfeiffer

Médica Pediatra.

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR.

Pós Graduada em Saúde do Adolescente pela PUC-PR.

Pós Graduada em Psicologia com abordagem Psicanalítica.

Formação em Psicanálise de Crianças e Adolescentes  
pela Associação Psicanalítica de Curitiba.

Coordenadora do Programa DEDICA – Defesa dos Direitos  
da Criança e do Adolescente – Curitiba.

Presidente do Departamento de Prevenção e Enfrentamento da Violência da SPP.

ISSN 2318-3969



# SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

## DIRETORIA 2022 - 2024

### **Presidente:**

Clóvis Francisco Constantino (SP)

### **1º Vice-Presidente:**

Edson Ferreira Liberal (RJ)

### **2º Vice-Presidente:**

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

### **Secretário Geral:**

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

### **1º Secretário:**

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

### **2º Secretário:**

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

### **3º Secretário:**

Claudio Hoineff (RJ)

### **Diretor Financeiro:**

Sidnei Ferreira (RJ)

### **1º Diretor Financeiro:**

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

### **2º Diretor Financeiro:**

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

### **DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL**

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

### **COORDENADORES REGIONAIS**

#### **Norte:**

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

#### **Nordeste:**

Marynea Silva do Vale (MA)

#### **Sudeste:**

Marisa Lages Ribeiro (MG)

#### **Sul:**

Cristina Targa Ferreira (RS)

#### **Centro-Oeste:**

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

### **COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**

#### **Titulares:**

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Marynea Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

#### **Suplentes:**

Analia Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

### **CONSELHO FISCAL**

#### **Titulares:**

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia Maria Moreira (BA)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

#### **Suplentes:**

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

### **ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:**

#### **Coordenação:**

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

#### **Membros:**

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias

Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

### **DIRETORIA E COORDENAÇÕES**

#### **DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

#### **COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO**

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Tanigushi Abagge (PR)

#### **COORDENAÇÃO DO CEXTEP**

#### **(COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)**

#### **Coordenação:**

Hélcio Villaça Simões (RJ)

#### **Coordenação Adjunta:**

Ricardo do Rego Barros (RJ)

#### **Membros:**

Clovis Francisco Constantino (SP) -  
Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho  
Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

### **COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA**

#### **Coordenação:**

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

#### **Membros:**

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

### **DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

### **REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA**

Ricardo do Rego Barros (RJ)

### **INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA**

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

### **DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA**

#### **Diretor:**

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

#### **Diretoria Adjunta:**

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

#### **Membros:**

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Carlindo de Souza Machado e Silva  
Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

### **DIRETORIA CIENTÍFICA**

#### **Diretor:**

Dirceu Solé (SP)

#### **DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA**

Luciana Rodrigues Silva (BA)

### **DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:**

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)



# SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

## DIRETORIA 2022 - 2024

### MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Rosana Alves (ES)  
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

### PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

#### PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceraglioli Oliveira (SP)  
Tulio Konstantyner (SP)  
Cláudia Bezerra Almeida (SP)

#### NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibelmann Procianny (RS)  
Clea Rodrigues Leone (SP)

#### TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED

Werther Bronow de Carvalho (SP)

#### TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)  
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

#### EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)  
Gilberto Pascolat (PR)

#### DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)  
Dirceu Solé (SP)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)

### PUBLICAÇÕES

#### TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

#### OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)  
Dirceu Solé (SP)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)

#### DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

##### Diretora:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

##### Membros:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)  
Paulo César Guimarães (RJ)  
Cléa Rodrigues Leone (SP)  
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

#### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)  
Ruth Guinsburg (SP)

#### COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)  
Kátia Laureano dos Santos (PB)

#### COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

#### COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

#### PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

##### Coordenação Geral:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

##### Coordenação Operacional:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)  
Renata Dejtiar Waksman (SP)

##### Membros:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)  
Márcia de Freitas (SP)  
Nelson Grisard (SC)  
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

#### PORTAL SBP

Clovis Francisco Constantino (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)  
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)  
Cláudio Hoineff (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)  
Donizetti Dimer Giambbernardino (PR)

#### PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)  
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)  
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)  
Luiz Anderson Lopes (SP)  
Sílvia Regina Marques (SP)

#### DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

#### EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)  
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)  
Mariana Tschöpke Aires (RJ)

#### EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

##### Coordenação:

Renato Soibelmann Procianny (RS)

##### Membros:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)  
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)  
João Guilherme Bezerra Alves (PE)  
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)  
Magda Lahorgue Nunes (RS)  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Dirceu Solé (SP)  
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

#### EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

##### Editores Científicos:

Clémex Couto Sant'Anna (RJ)  
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

##### Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

##### Conselho Editorial Executivo:

Sidnei Ferreira (RJ)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Mariana Tschöpke Aires (RJ)  
Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)  
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)  
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)  
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

##### Consultoria Editorial

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Fábio Ancona Lopez (SP)  
Dirceu Solé (SP)  
Angélica Maria Bicudo (SP)

##### Editores Associados:

Danilo Blank (RS)  
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)  
Renata Dejtiar Waksman (SP)

#### DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angela Maria Bicudo (SP)

#### Coordenação de Pesquisa

Cláudio Leone (SP)

#### COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

##### Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

##### Membros:

Rosana Alves (ES)  
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)  
Angélica Maria Bicudo (SP)  
Suzy Santana Cavalcante (BA)  
Ana Lucia Ferreira (RJ)



# SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(continuação)

## DIRETORIA 2022 - 2024

Silvia Wanick Sarinho (PE)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

### COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

#### Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

#### Membros:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)  
Victor Horácio da Costa Junior (PR)  
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)  
Tânia Denise Resener (RS)  
Délia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
Sérgio Luis Amantêa (RS)  
Susana Maciel Wuillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)  
Sílvia Regina Marques (SP)  
Claudio Barsanti (SP)  
Maryneia Silva do Vale (MA)  
Liana de Paula Medeiros de A.  
Cavalcante (PE)

### COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

#### Coordenador:

Lelia Cardamone Gouveia (SP)

#### Membros:

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)  
Luiz Anderson Lopes (SP)  
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)  
Adelma Alves de Figueiredo (RR)  
André Luis Santos Carmo (PR)  
Maryneia Silva do Vale (MA)  
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

### MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

#### Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

#### Membros:

Mario Santoro Junior (SP)  
José Hugo de Lins Pessoa (SP)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Jeferson Pedro Piva (RS)

### DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

#### Coordenação:

Claudio Barsanti (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

### REDE DE PEDIATRIA

AC - SOC. ACREANA DE PEDIATRIA  
Ana Isabel Coelho Montero  
AL - SOC. ALAGOANA DE PEDIATRIA  
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOC. AMAZONENSE DE PEDIATRIA  
Adriana Távora de Albuquerque Taveira  
AP - SOC. AMAPAENSE DE PEDIATRIA  
Camila dos Santos Salomão  
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA  
Ana Luiza Velloso da Paz Matos  
CE - SOC. CEARENSE DE PEDIATRIA  
João Cândido de Souza Borges  
DF - SOC. DE PEDIATRIA DO DISTRITO  
FEDERAL  
Luciana de Freitas Velloso Monte  
ES - SOC. ESPIRITOSANTENSE DE  
PEDIATRIA  
Carolina Strauss Estevez Gadelha  
GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA  
Valéria Granieri de Oliveira Araújo  
MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E  
PEDIATRIA DO MARANHÃO  
Maryneia Silva do Vale  
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA  
Raquel Gomes de Carvalho Pinto  
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO  
MATO GROSSO DO SUL  
Ivan Akucevikius  
MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE  
PEDIATRIA  
Paula Helena de Almeida Gattass Bumli  
PA - SOC. PARAENSE DE PEDIATRIA  
Vilma Francisca Hutim Gondim de  
Souza  
PB - SOC. PARAIBANA DE PEDIATRIA  
Maria do Socorro Ferreira Martins  
PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE  
PERNAMBUCO  
Alexsandra Ferreira da Costa Coelho  
PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ  
Ramon Nunes Santos  
PR - SOC. PARANAENSE DE PEDIATRIA  
Victor Horácio de Souza Costa Junior  
RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Anna Tereza Miranda Soares de Moura  
RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO  
GRANDE DO NORTE  
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda  
RO - SOC. DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA  
Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin  
RR - SOC. RORAIMENSE DE PEDIATRIA  
Erica Patricia Cavalcante Barbalho  
RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO  
GRANDE DO SUL  
Jose Paulo Vasconcellos Ferreira  
SC - SOC. CATARINENSE DE PEDIATRIA  
Nilza Maria Medeiros Perin  
SE - SOC. SERGIPANA DE PEDIATRIA  
Ana Jovina Barreto Bispo  
SP - SOC. DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO  
Renata Dejtar Waksman  
TO - SOC. TOCANTINENSE DE PEDIATRIA  
José Maria Sinimbu de Lima Filho

### DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infetologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolv. e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

### GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Insuficiência intestinal
- Jovens pediatras
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa
- Políticas públicas para neonatologia
- Povos originários do Brasil
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde digital
- Saúde mental
- Saúde oral
- Transtorno do espectro alcoólico fetal



# FUNDAÇÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

## Diretoria e Conselhos 2022 - 2024

### DIRETORIA EXECUTIVA

#### Diretor Presidente

Clóvis Francisco Constantino

#### Diretor Vice-Presidente

Edson Ferreira Liberal

#### Diretor Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zollner

#### Diretor Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

### Conselho Curador

#### Presidente

João Coriolano Rego Barros

José Hugo de Lins Pessoa

Reinaldo Ayer de Oliveira

José Luiz Setubal

Nelson Grisard

Katia Correia Lima

Mário Santoro Júnior

Sérgio Augusto Cabral

Gunnar Alexei Riediger

Gilnei Rodrigues

Tamara Lazarini

### Conselho Fiscal

Sérgio Antônio Bastos Sarrubo

Cláudio Leone

Joel Alves Lamounier

Gilda Porta (suplente)

Maria Fernanda Branco de

Almeida (suplente)



# PRONAP

Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria

### Coordenadores

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Tulio Konstantyner

Claudia Bezerra de Almeida

### Conselho Editorial

Abelardo Bastos Pinto Junior

Alda Elizabeth B Iglesias Azevedo

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Antonio Condino Neto

Carlos Augusto Mello da Silva

Clóvis Artur Almeida da Silva

Crésio de Aragão Dantas Alves

Cristina Helena Targa Ferreira

Denise Bousfield da Silva

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gilda Porta

Gustavo Antonio Moreira

Herberto José Chong Neto

Jandreí Rogério Markus

Jorge Yusséf Afiune

José Roberto Fioretto

Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Lícia Maria Oliveira Moreira

Liubiana Arantes de Souza

Luci Yara Pfeiffer

Magda Lahorgue Nunes

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi

Maria de Fátima Bazhuni Pombo

Sant'anna

Nilzete Liberato Bresolin

Renata Cantisani di Francesco

Renato de Ávila Kfourí

Rossiclei de Souza Pinheiro

Rubens Feferbaum

Salmo Raskin

Sérgio Luís Amantéa

Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Tadeu Fernando Fernandes

### Revisão Ortográfica e Gramatical

Jorge Alves de Lima

A Revista PRONAP é uma publicação da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria, Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 - 5º andar - Jardim Paulista - São Paulo - SP - CEP 01420-002. A Revista PRONAP é distribuída aos participantes do Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. As matérias publicadas terão seus direitos autorais resguardados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos.

Tiragem desta edição: 4.500 exemplares.

### Produção e projeto gráfico de

Jotacê Desenhos Gráficos S/C Ltda.

Rua Dr. Cesário Mota Jr., 369 - 7º and.

CEP 01221-020 - São Paulo - SP.

### PRONAP/SBP – SP

Fone: (0xx11) 3068-8595 - Fax: (0xx11) 3081-6892

e-mail: [pronap@sbp.com.br](mailto:pronap@sbp.com.br) ou [fsbp@sbp.com.br](mailto:fsbp@sbp.com.br)

GERENCIAMENTO: SBP



# Saudações

**Colegas pediatras,  
Meus melhores cumprimentos.**

Venho apresentar a vocês neste PRONAP CICLO XXVII - 2025, mais um fascículo de grande importância científica, social, ética e prática: **Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência.**

Os fascículos do PRONAP, como este, tratam de estratégias para atualização com a finalidade de produzir grande avanço em seu desempenho profissional como pediatras competentes e agentes públicos.

Este tema, especificamente, num país de desigualdades sociais evidentes, traz a nós, pediatras, a exata noção de nossa responsabilidade social que inclui a participação de formulação de políticas públicas para além da essencial atividade na assistência.

Tenho certeza de que, com mais estes exercícios de progressão e upgrade, o sentimento de melhor segurança na assistência de suas crianças e adolescentes, trará grande sensação de conforto.

Desfrutem e podem contar sempre com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

**Clóvis Francisco Constantino**  
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria





# Apresentação

## **Caros Pediatras!**

A violência em faixa etária pediátrica deve ser precocemente detectada. Neste fascículo, os temas escolhidos foram acidentes domésticos, violência física e sexual. A coordenação dos temas foi realizada pela Dra. Luci Pfeiffer. A rotina do trabalho do pediatra abrange uma variedade imensa de temas, mas a capacidade do pediatra de suspeitar de violência ainda necessita de referências científicas e auxílio judicial para que o processo de proteção à faixa pediátrica seja realizado.

Boa leitura!

**Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira**  
**Tulio Konstantyner**  
**Cláudia Bezerra de Almeida**  
Coordenadores do PRONAP



# Índice

Instruções .....	15
<b>Acidentes domésticos: tipos, frequência e prevenção .....</b>	<b>17</b>
Pré-teste .....	18
1. Introdução .....	20
2. Epidemiologia .....	21
3. Fatores de risco .....	22
4. Prevenção .....	24
4.1. Quedas .....	25
4.2. Aspiração / sufocação .....	29
4.3. Afogamento .....	31
4.4. Queimaduras e choque elétrico .....	32
4.5. Intoxicações e envenenamentos .....	35
4.6. Outros traumas e ferimentos .....	37
5. Comentários finais .....	40
6. Referências .....	40
Pós-teste .....	43
<b>Critérios diagnósticos para a violência física contra crianças e adolescentes .....</b>	<b>45</b>
Pré-teste .....	46
1. Conceitos e definições .....	48

2. Epidemiologia .....	51
3. Apresentações da violência física .....	53
3.1. Violência física direta ou explícita .....	53
3.2. Violência física indireta .....	55
4. Apresentações da violência psíquica, nomeada classicamente como violência psicológica e moral .....	56
5. Critérios diagnósticos da violência física .....	58
6. Critérios diagnósticos para a violência física .....	60
6.1. Sinais de alerta para trauma intencional na anamnese .....	60
7. Lesões internas na violência física .....	63
7.1. Lesões osteoarticulares e lesões crânio encefálicas .....	63
7.2. Lesões de órgãos internos clássicas de violência física, encontradas em exames de Imagens .....	64
7.2.1. Lesões de Abdome .....	65
7.2.2. Lesões de Tórax .....	65
8. Síndromes na violência física na infância e adolescência .....	65
Síndrome do bebê sacudido crônica .....	66
Síndrome da criança espancada aguda .....	66
Síndrome da criança espancada crônica .....	66
9. Conduta e obrigações legais .....	67
I. Em situações de flagrante .....	67
II. Em situações agudas .....	67
III. Em situações crônicas ou sem sinais atuais de trauma .....	68
IV. Telefones de contato nacionais para denúncia .....	68
10. Referências .....	68
Pós-teste .....	70

**Apresentações da violência sexual no atendimento pediátrico .....** 73

Pré-teste .....	74
-----------------	----

<b>Parte I. No mundo real</b> .....	76
1. Introdução .....	76
2. Conceito de violência .....	77
3. Conceito de violência sexual .....	78
4. Fatores de risco para violência sexual .....	79
5. Formas de apresentação .....	79
6. Diagnóstico .....	80
6.1. Anamnese .....	80
6.2. Exame físico .....	81
6.3. Sintomatologia .....	82
7. Conduta .....	82
7.1. Quando há o relato da vítima .....	82
7.2. Quando há suspeita de violência sexual, sem o relato da vítima .....	84
8. Tratamento .....	84
9. Prognóstico .....	85
<b>Parte II. Violência sexual no mundo virtual</b> .....	85
1. Contextualização .....	85
2. Comportamentos que podem facilitar a violência sexual pela internet .....	86
3. Principais tipos de violência sexual no mundo virtual .....	88
4. Responsabilidade legal .....	90
5. Sinais e sintomas psíquicos e de comportamento na violência sexual no mundo virtual .....	93
6. Sinais e sintomas influenciados pelos atos sexuais .....	93
7. Tratamento .....	93
8. Prevenção .....	94
9. Conclusão .....	94
Referências .....	96
Pós-teste .....	99

**Em caso de mudança de endereço comunique-se  
imediatamente com a Secretaria do PRONAP.**

**Secretaria do PRONAP**

Alameda Jaú, 1742 - cj. 51 – 5º andar – Bairro: Jardim Paulista  
CEP 01420-002 – São Paulo – SP  
Fone: (0xx11) 3068-8595 – Fax: (0xx11) 3081-6892  
E-mail: [pronap@sbp.com.br](mailto:pronap@sbp.com.br) ou [fsbp@sbp.com.br](mailto:fsbp@sbp.com.br)  
Home-Page: [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br) – (Educação Médica Continuada)  
Projeto Residente: Fone/Fax: (0xx31) 3241-1128  
E-mail: [projeto.residente@sbp.com.br](mailto:projeto.residente@sbp.com.br)

---

# Instruções

Este é um módulo de auto-instrução, abordando temas vinculados à sua prática pediátrica do dia-a-dia. Cada tema é apresentado da seguinte forma:

- uma parte inicial, com testes e perguntas sobre o tema, para que você realize um pré-teste de seus conhecimentos;
- um texto sobre o tema, cujos pontos mais importantes estão grifados de modo a chamar sua atenção para eles;
- uma parte final, com testes e perguntas de conteúdo correspondente ao inicial, para que você faça nova auto-avaliação.

Para que o rendimento de seu estudo seja o melhor possível (afinal você está investindo seu precioso tempo nessa tarefa), siga rigorosamente estas instruções:

1. Responda o pré-teste antes de estudar o tema, pois assim você perceberá melhor seus pontos fracos sobre eles. Assinale a resposta no próprio pré-teste de maneira bem legível (ao terminar o estudo do tema você deverá voltar e rever o pré-teste).
2. Terminado o pré-teste, leia atentamente o texto base duas vezes: a primeira, de maneira corrida, sem interrupções, e a segunda, detendo-se com mais atenção nas partes destacadas e/ou que lhe parecem ser correspondentes ao que foi perguntado no pré-teste. Atenção, não volte a folhear o pré-teste antes de ter completado as duas leituras do texto.
3. Antes de rever o pré-teste responda ao pós-teste. É melhor que você o faça logo após terminar a leitura; seu aprendizado terá maior rendimento do que se você deixar para fazê-lo em uma ocasião posterior.
4. A seguir, compare as respostas dos dois testes (pré e pós), buscando, se necessário, a resposta certa no texto. Procure com calma, ela estará sempre presente no texto.
5. Estude de maneira completa apenas um tema de cada vez. Complete sempre todo o ciclo, do item 1 ao 4, antes de iniciar o estudo do tema seguinte. Não importa se você irá estudá-lo no mesmo dia ou não.
6. Lembrete importante: sempre que possível complete o ciclo de estudos, dos itens 1 a 4 de cada tema, de uma só vez, na mesma ocasião, procurando não interromper o tema e deixar parte de seu estudo para outro momento; deste modo o seu rendimento será maior.
7. Completando o tema, deixe passar alguns dias e retome seu estudo, relendo-o de maneira completa, pré e pós-testes inclusive, de forma a sedimentar seus conhecimentos e rever seus erros e acertos.
8. No número seguinte você receberá as respostas corretas para os testes dos temas do número anterior. Compare-as com as suas, do pré e pós-teste, pois esta é uma forma de reestudar o assunto e realizar a revisão de seus conhecimentos.

9. Caso, após esta correção final, persista alguma dúvida, tal como resposta dúbia ou, na sua opinião, incorreta, ou ainda se você encontrar partes dos textos confusas, etc., escreva-nos, explicando de maneira completa e detalhada qual a sua dúvida, fazendo com que possamos tentar esclarecê-la. Nosso endereço você já tem.

Observação Importante: o material é preparado para ser estudado individualmente. Recomendamos que não o utilize de modo coletivo antes de completar o ciclo de estudos de cada módulo. Se quiser fazê-lo, faça cópias e, depois de seu estudo individual, repita-o com outros colegas. Lembre-se de que, embora eles também estejam aprendendo, se não forem assinantes não farão a prova final e, portanto, não farão jus ao diploma de educação continuada.

Concentre-se, siga atentamente estas informações; temos certeza de que você terá um bom aproveitamento.

Bom estudo.

## Correção dos testes do número anterior

- Abaixo estão as respostas dos testes do primeiro número do ciclo XXVII.
- Faça a correção antes de iniciar o estudo dos temas deste número.

<b>Tema 1:</b> Fluidoterapia em Pediatria: solução de manutenção isotônica ou hipotônica?		
01 = V	06 = V	11 = V
02 = F	07 = F	12 = V
03 = V	08 = F	13 = F
04 = V	09 = V	14 = V
05 = F	10 = V	15 = V

<b>Tema 2:</b> Tubulopatias: O que o pediatra precisa saber		
01 = V	06 = F	11 = V
02 = F	07 = F	12 = V
03 = V	08 = V	13 = F
04 = F	09 = F	14 = V
05 = V	10 = F	15 = V

<b>Tema 3:</b> Hematúrias na Infância		
01 = F	06 = V	11 = V
02 = F	07 = F	12 = F
03 = V	08 = V	13 = V
04 = F	09 = V	14 = V
05 = V	10 = V	15 = F



**PRONAP-SBP**  
CICLO XXVII - NÚMERO 2

# TEMA 1

## Acidentes domésticos: tipos, frequência e prevenção

Texto Base:  
Adriana Rocha Brito<sup>1</sup>  
Sarah Saul<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professora Associada de Pediatria da Universidade Federal Fluminense.  
Neurologista Pediátrica.  
Membro do Departamento Científico (DC) de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência e do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria.  
Membro do DC de Espiritualidade e do GT de Segurança e Prevenção da Violência da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Membro do Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP)  
Membro do Departamento de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na infância e adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

# Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

## Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Os acidentes, uma causa externa de morbidade e mortalidade, representam atualmente a principal causa de óbitos de um a 14 anos de idade no Brasil.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
02. O saber das etapas do desenvolvimento e a avaliação deste desenvolvimento na criança são o primeiro e mais importante passo para a identificação dos potenciais riscos de acidentes na infância.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
03. O uso de andadores é altamente indicado para ajudar no desenvolvimento motor dos lactentes.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
04. Entre sete e 12 meses, a capacidade motora se desenvolve rapidamente, favorecendo o deslocamento independente no ambiente, seja pelo engatinhar ou pela marcha, junto com a habilidade de formação de pinça com os dedos, por volta do 9º mês de vida, o que torna a criança capaz de segurar pequenos objetos e colocá-los na boca ou no nariz, podendo aspirar e causar sufocação.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
05. Não se deve deixar uma criança brincando na cozinha enquanto se prepara a comida. Devem ser usados portões de segurança para impedir a entrada da criança, uma vez que é o ambiente onde mais ocorrem as queimaduras.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
06. Não há evidências que o compartilhamento de camas ou poltronas, especialmente com crianças, aumente o risco de mortes relacionadas ao sono.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]

- 
07. Para crianças que já sabem nadar, não é necessário manter a utilização de coletes salva-vidas no brincar e na prática de esportes em ambientes aquáticos.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
08. A criança pré-escolar apresenta pensamento mágico, com percepção egocêntrica do seu ambiente. É comum ela achar que pode voar como os super-heróis ou cair de certa altura sem se machucar; portanto, é fundamental a vigilância constante das brincadeiras.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
09. Na adolescência, como já há a capacidade de julgamento crítico, não é mais necessária a supervisão; portanto, os adolescentes já podem assumir a responsabilidade do controle e do uso de seus próprios medicamentos.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
10. O álcool 70% é produto altamente inflamável, responsável por queimaduras graves, intoxicação e incêndios.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
11. Deve-se avaliar se o brinquedo oferecido para a criança está indicado à sua idade e se ele é seguro, independentemente do nível de desenvolvimento da criança.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
12. Manter supervisão constante e ativa, por um adulto responsável, garantindo que a criança, usando colete salva-vidas, permaneça a um braço de distância em ambientes aquáticos, além de utilizar barreiras físicas para restringir o acesso à piscina são medidas para prevenir afogamentos.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
13. O uso de equipamentos de segurança, como o capacete, no andar de bicicleta, não precisa ser obrigatório – em áreas de pouco tráfego ou em casa e parques fechados.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
14. A posição prona protege contra aspiração.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
15. É importante o pediatra alertar os responsáveis a respeito da poderosa influência dos seus exemplos sobre os filhos. Crianças aprendem imitando o comportamento dos pais e dos adultos de referência.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
-

# Acidentes domésticos: tipos, frequência e prevenção

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as causas externas de morbidade e mortalidade, que incluem os acidentes (injúrias não intencionais) e, também, as violências (lesões deliberadamente infligidas), constituem um grave problema de saúde pública e representam a principal causa de morte entre crianças e adolescentes (de 1 a 19 anos de idade).<sup>1-6</sup>

De acordo com os dados mais recentes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, somente os acidentes foram a razão de 6.381 óbitos na faixa etária de 0-19 anos, no ano de 2023, sendo também responsáveis pela hospitalização na rede pública de saúde de 176.757 crianças e adolescentes, em 2023, e de 180.448, no ano de 2024.<sup>5,6</sup>

Os traumas acidentais ocorrem sempre de forma não intencional e podem ser decorrentes de queda, do contato com pessoa, animal, planta ou objeto que resulte em lesão, de afogamento, de uma ameaça à respiração, de queimadura, de choque elétrico, de exposição a efeitos nocivos de medicamentos (ou outras substâncias) ou de acidentes de transporte.<sup>1-4</sup>

As consequências podem ser gravíssimas, inclusive com evolução para o óbito. Muitos pacientes apresentam dor, necessidade de hospitalização e/ou tratamento prolongado, com possibilidade de sequelas – como cicatrizes e problemas estéticos, com repercussões na autoestima e comprometimento da saúde mental, mas também sequelas funcionais, com incapacidade física de longo prazo, além de potencial alto impacto emocional também nos pais, familiares e amigos.<sup>1,2</sup>

Na infância e em parte da adolescência, as injúrias não intencionais ocorrem mais frequentemente no ambiente doméstico, ou seja, no próprio domicílio ou em seu entorno.<sup>1,2,4</sup> A princípio, as crianças deveriam ter – sempre sob o cuidado atento de um adulto responsável – liberdade para circular, brincar e se desenvolver de forma saudável e segura.<sup>3,4</sup>

O pediatra tem a responsabilidade ética de garantir o bem-estar de crianças e adolescentes; portanto, os esclarecimentos sobre os riscos inerentes a cada etapa

alcançada do desenvolvimento e as orientações para a prevenção de acidentes devem ser prioridade nas consultas pediátricas.<sup>1-4,7</sup>

## 2. EPIDEMIOLOGIA

Os acidentes representam a principal causa de óbitos entre um e 14 anos de idade em nosso país. Eles acontecem com maior frequência no próprio local de moradia, mas também ocorrem em espaços sociais frequentados por crianças e adolescentes, como em áreas de esporte e lazer, nas creches e escolas e no trânsito.<sup>1,3,4</sup>

Muitos traumas não chegam a receber atendimento médico ou são atendidos em emergências e liberados para tratamento em casa. No entanto, os de maior gravidade exigem hospitalização.

Nas Tabelas 1 e 2, são apresentados os dados brasileiros mais atuais sobre mortes e internações no SUS resultantes de traumas não intencionais.<sup>5,6</sup> Estes dados são ainda mais impactantes ao se ter ciência de que mais de 90% desses eventos poderiam ter sido evitados com medidas simples de prevenção.<sup>3</sup>

**Tabela 1.** Óbitos de crianças e adolescentes por acidentes no Brasil, em 2023.

ANO – 2023	< 1 ano	1 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos
Total de óbitos por acidentes	906	1.085	608	792	2.990
Acidentes de transporte (CID 10: V01-V99)	57	246	236	382	2.085
Quedas (CID 10: W00-W19)	33	44	29	34	58
Sufocação (CID 10: W75-W84)	752	169	52	41	53
Afogamento (CID 10: W65-W74)	22	471	162	222	520
Queimadura (CID 10: X00-X19)	7	35	21	16	37
Choque elétrico (CID 10: W85-W87)	8	29	22	33	77
Intoxicação (CID 10: X40-X49)	3	10	5	5	43

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - Óbitos p/Ocorrências por Categoria CID-10 e Faixa Etária; 2023.<sup>5</sup>

**Tabela 2.** Internações de crianças e adolescentes no SUS por acidentes no Brasil, em 2024.

ANO – 2024	< 1 ano	1 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos
Internações por acidentes - total	5.858	27.034	40.041	41.567	65.948
Acidentes de transporte (CID 10: V01-V99)	436	2.257	4.662	6.882	24.405
Quedas (CID 10: W00-W19)	2.920	11.131	20.159	19.669	20.845
Sufocação (CID 10: W75-W84)	44	276	185	61	44
Afogamento (CID 10: W65-W74)	14	164	41	30	24
Queimadura (CID 10: X00-X19)	379	2.818	1.102	697	550
Choque elétrico (CID 10: W85-W87)	25	149	109	76	110
Intoxicação (CID 10: X40-X49)	58	422	148	104	178

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS por local de internação por Grupo CID-10 e Faixa Etária; 2024.<sup>6</sup>

Abaixo de um ano, a asfixia ocupa a principal causa de óbito por causas externas; entre um e quatro anos, o afogamento passa para a primeira posição; e, entre a cinco e 19 anos, os acidentes de transporte passam a liderar o *ranking*, conforme mostra a Tabela 1.

As quedas representam a principal causa de internação hospitalar em menores de 14 anos de idade, sendo ultrapassadas pelos acidentes de transporte, dos 15 aos 19 anos, como se observa na Tabela 2.

### 3. FATORES DE RISCO

Os acidentes são provocados por traumas provenientes dos meios ambientes em que as crianças e adolescentes, na maioria das vezes, com a presença de cuidador. Assim, essencial conhecer os principais fatores de risco e atuar em medidas de prevenção.<sup>1,3,4</sup>

---

Algumas características próprias de cada etapa podem contribuir para o aumento da chance de ocorrer um agravamento. O primeiro passo para evitar um agravamento deve ser a avaliação minuciosa do desenvolvimento da criança, para o reconhecimento dos potenciais riscos que predisõem aos acidentes, de acordo com o estágio do desenvolvimento alcançado.<sup>1,4</sup>

Recém-nascidos e lactentes (até por volta dos seis a oito meses de idade) apresentam as habilidades motoras muito limitadas, mantendo-se totalmente dependentes de um cuidador e, desse modo, vulneráveis a riscos atribuídos ao seu descuido. Dos quatro aos 12 meses, surgem novas habilidades, como o rolar, o se arrastar, o engatinhar e a marcha – o que possibilita o deslocamento livre pelo ambiente. Por volta dos nove meses, domina-se a habilidade da pega em pinça com os dedos polegar e indicador, tornando-se capaz de pegar pequenos objetos e levá-los à boca ou ao nariz, podendo causar engasgo e aspiração. Quedas e asfixias são acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida.<sup>1,4,7</sup> Pela dependência total do adulto, as medidas de prevenção dos acidentes precisam ser passivas e ativas; retirando do entorno do bebê todas as situações de risco.

No segundo ano de vida, os lactentes são muito ativos, curiosos e conquistaram a capacidade de se deslocar de forma independente, somado a comportamentos próprios dessa idade, como teimosia e birra, em que buscam expressar suas vontades e testar os limites dos responsáveis – pode ampliar os contextos perigosos. Os responsáveis precisam saber que crianças pequenas exigem vigilância constante e rigorosa, além da garantia permanente de um ambiente seguro.<sup>1,4,7</sup>

A partir dos dois anos há a conquista de habilidades cada vez mais complexas, com aumento progressivo da autonomia e do interesse em explorar ambientes, decorrente de sua natureza curiosa. Também é a fase dos questionamentos (dos “porquês”), do pensamento mágico e de imitação dos adultos, também vale destacar que as crianças aprendem muito pela observação do comportamento dos adultos. Podem se ferir ao tentar imitar suas ações, sendo indispensável que o pediatra alerte os pais de que eles são exemplos para seus filhos, podendo exercer influência positiva ou desfavorável. Ademais, a criança demora a entender as relações de causa e efeito, muitas vezes repetindo os atos de risco, por não entenderem que foram suas atitudes que lhe provocaram dor e sofrimento.<sup>1,4,7</sup>

Uma das causas mais importantes da ocorrência de acidentes é a falta da proteção passiva que deve existir desde o nascimento, para garantir um ambiente seguro e sem riscos. A falta de supervisão eficiente e protetora por parte de um adulto responsável.<sup>6,9,11,12</sup> Supervisionar crianças é uma tarefa da maior importância, que requer atenção constante, sendo incompatível com se distanciar do menor – o desvio da atenção, por exemplo, ao se envolver com celular, com conversas presenciais ou outras atividades que levem à perda do olhar de proteção e bom estímulo para a criança (distração).<sup>1,4,7,8</sup>

Na fase escolar, emerge progressivamente a habilidade de pensar de forma lógica, passando a criança, na pré-adolescência, a estabelecer mais claramente as fronteiras

entre a realidade e a fantasia. A criança começa a compreender noções de segurança – desde que explicadas suas razões. Por outro lado, a criança está exposta à influência de colegas e da mídia, estimulando desafios e situações de risco, como se fossem formas de provar maturidade e coragem. Os pais devem manter a supervisão atenta e conquistar uma comunicação saudável com seus filhos, ajudando-os a reconhecer situações de riscos e os estimulando a começarem a assumir alguma responsabilidade pela própria segurança.<sup>1,4,7</sup>

O adolescente já possui uma compreensão mais ampla e um pensamento mais organizado, mas vive um período de turbulência emocional e de comportamento impulsivo – nem sempre controlado pela razão. São particularidades dessa etapa: a dificuldade em avaliar os perigos de certas situações; a dificuldade em pensar nas consequências das ações; e a vulnerabilidade às influências dos pares, ficando submetido às pressões sociais e da mídia que, associadas ao sentimento de onipotência e à impulsividade, típicos dessa fase, frequentemente levam o adolescente a muitos riscos – de forma consciente ou não.<sup>1,4,7</sup> Nessa etapa, é imprescindível que os pais permaneçam presentes e que forneçam apoio e limites flexíveis, por meio do diálogo respeitoso.

Diversos outros fatores também influenciam no aumento do risco para acidentes, como a presença de problemas no desenvolvimento psicomotor, nas alterações emocionais, nos comportamentos de risco, nos transtornos mentais, nas deficiências física ou intelectual; assim como aspectos ambientais: a falta de adequação da moradia ou mesmo os fatores sociais, escassez de recursos financeiros para a aquisição de elementos de proteção e adequações necessárias, além de não esquecer de mencionar os comportamentos e os hábitos culturais.<sup>1,4,7</sup>

Por outro lado, também em situações socioeconômicas privilegiadas, a busca do novo ou do diferente, até mesmo da ostentação, que sem indicação para a idade ou sem garantias da segurança no uso, tem sujeitado as crianças e os adolescentes a novas situações de risco de grande potencial de danos.

## 4. PREVENÇÃO

As orientações de medidas preventivas são essenciais para mitigar a exposição a potenciais riscos e devem ser fornecidas pelo pediatra de acordo com cada faixa etária de seu paciente, com clareza e em linguagem acessível a todos os responsáveis – mãe, pai, babá, tios, avós etc. Da mesma forma, promover a inclusão da educação e da orientação da criança e do adolescente nos quesitos “riscos e auto-proteção” – com formas de comunicação compreensíveis, levando-se em conta seu nível de entendimento – é de extremo valor no sentido de alerta. No entanto, deve-se

---

saber que não se pode ter a certeza de que essas orientações serão suficientes para impedir os atos impulsivos, a necessidade de descoberta e a criatividade da infância e adolescência.<sup>1,2,4</sup>

As intervenções preventivas das injúrias não intencionais podem ser ativas e/ou passivas. As estratégias de proteção ativa exigem determinada ação sempre que a vítima em potencial precise de proteção; por exemplo: afivelar o cinto de segurança ao andar num automóvel. As estratégias de proteção passiva não dependem de mudança de comportamento para serem eficazes. Exemplos são os medicamentos com tampas de segurança ou as redes e grades nas janelas. Há ainda estratégias de proteção mista, as quais não se enquadram exclusivamente em ativas ou passivas. A grade instalada seria a proteção passiva, mas a providência e as despesas de instalação são medidas ativas.<sup>4</sup>

A seguir, serão apresentadas as principais orientações para a prevenção de acidentes passíveis de ocorrer no ambiente doméstico e no seu entorno.

As recomendações foram divididas didaticamente por faixa etária, levando em conta que o desenvolvimento se encontra dentro do padrão de normalidade esperado. Por outro lado, nos casos em que há atraso nos marcos do desenvolvimento ou na presença de alguma deficiência, as orientações são baseadas no estágio do desenvolvimento alcançado e de acordo com o tipo e o grau de comprometimento e não por meio da idade cronológica.

Importante ressaltar que conforme se avança na idade e no desenvolvimento, e acrescenta-se novas orientações e medidas preventivas da faixa etária anterior, que se ainda pertinentes, devem ser mantidas e reforçadas.<sup>1,4</sup>

## 4.1. QUEDAS

As quedas são a principal causa de presença em atendimento de emergência entre as lesões não intencionais na faixa etária de 0 a 19 anos, que resultam em hospitalizações por lesões não fatais.<sup>9,10</sup>

Os fatores de risco associados à maior incidência ou gravidade de lesões por quedas em crianças estão relacionados com idade, sexo, altura da queda, tipo de superfície, mecanismo de queda, ambiente (domicílio ou escola) e situação socioeconômica.<sup>9,10</sup>

Nos pré-escolares, as habilidades motoras ainda imaturas, associadas à curiosidade e à falta de discernimento na avaliação de perigo, tornam esta faixa etária particularmente suscetível a quedas. Mais de 80% das quedas em crianças de até quatro anos ocorrem em casa; portanto, medidas de prevenção de queda no domicílio são muito importantes nesta faixa etária. Menores de um ano sofrem quedas dos braços dos cuidadores, da cama e de móveis (por exemplo: trocador).<sup>9,10</sup>

Entre os problemas causados pelas quedas, pode-se destacar traumatismo craniano, lesões ortopédicas, torácicas e abdominais. Em relação aos traumatismos cranianos, existem registros de que a maior parte dos casos foram descritos como se a criança tivesse caído dos braços de seus cuidadores, de forma rotineira, deve desencadear a avaliação de se estar diante de um trauma intencional – sendo esta a maior causa de morte por violência nos primeiros anos de vida.

Em relação a outros registros de traumas não intencionais, as quedas que ocorrem mais frequentemente são as da cama e da escada nos primeiros anos de vida. Em lactentes, o risco de lesões intracranianas é maior do que em outras faixas etárias, pois sua massa encefálica é maior em relação ao resto do corpo, de modo que as quedas nessa faixa de idade são a causa mais comum de lesões graves e fatais – ainda que a altura da queda não seja grande. À medida que a criança cresce, a força na região superior aumenta e ela é capaz de suportar a queda com as extremidades superiores, ocorrendo então uma proporção maior de lesões em membros superiores.<sup>9,10</sup>

De grande importância para a orientação do pediatra são os vários estudos que mostram o grande número de crianças com lesões graves e até morte em decorrência do uso de andadores infantis móveis. Atualmente, não há um claro benefício em seu uso, sendo totalmente contraindicado. O uso dos andadores está relacionado a atraso nos passos do desenvolvimento neuropsicomotor, que deve se iniciar com o rolar, seguido pelo engatinhar, para, então, atingir uma marcha segura e funcional.<sup>11</sup>

### Quadro 1. Medidas preventivas contra quedas

Faixa etária	Orientações para prevenção
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não deixe um bebê sozinho em lugares de onde ele possa cair, como a cama, o trocador de fraldas etc.</li><li>• Não permita que uma criança carregue um bebê no colo.</li><li>• Assim que o bebê for capaz de se sentar, baixar o estrado e o colchão do berço. As grades devem ser resistentes e a lateral do berço deve estar sempre mais alta que a altura do bebê (até sua axila).</li><li>• Bebês pequenos não devem dormir em redes.</li><li>• Usar trava de segurança no carrinho do bebê e em todos os equipamentos para carregar o bebê. Travar sempre a alça do bebê-conforto e as cadeirinhas de transporte.</li><li>• Muito cuidado com pisos molhados enquanto carregar uma criança</li></ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O cadeirão de alimentação deve sempre ser usado com o cinto de segurança e a tira entre as pernas.</li> <li>• Bloquear o acesso a escadas, instalando portões de segurança, tanto na parte superior, quanto na inferior.</li> <li>• Instalar redes, telas ou grades de proteção nas janelas, nas varandas e nos vãos de escada, mantendo inspeções periódicas.</li> <li>• Janelas basculantes devem ter abertura limitada a 10 cm, mantidas com correntes ou outro equipamento de segurança.</li> <li>• Manter cadeiras e sofás distantes dos móveis e das janelas, para não servirem de degraus para lugares mais altos e com maior risco.</li> <li>• Fixar armários e outros utensílios, como televisores, na parede, para que não caiam sobre a criança.</li> <li>• Proteger as quinas dos móveis com protetor específico antitraumas.</li> <li>• Todos os móveis, os carrinhos, as cadeirinhas para bebê – do carro e de alimentação – devem ter o selo do Inmetro atestando-os como equipamentos seguros contra acidentes, como atóxicos e como ergonomicamente adequados à idade. O uso de andador é contraindicado em qualquer idade.</li> </ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não permitir que uma criança carregue outra criança.</li> <li>• Quando a criança for para uma cama, manter protetores nas laterais e nunca a colocar para dormir em camas altas, como beliches.</li> <li>• Evitar deixar dormir e brincar em redes.</li> <li>• Colocar a criança na cadeira de alimentação sempre com o cinto de segurança e a tira entre as pernas, que deve manter sua estabilidade, mesmo quando a criança subir nele sozinha ou tentar ficar em pé no assento (selo do Inmetro).</li> <li>• Verificar e respeitar o peso da criança suportado pela cadeira de alimentação.</li> <li>• Verificar a fixação correta dos assentos de alimentação a serem presos à mesa, bem como o tamanho e o peso da criança suportado por eles.</li> <li>• Evitar deambulação em pisos molhados enquanto carregar a criança ou onde ela utilizar.</li> </ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não delegar a criança ou adolescente o cuidado de outra criança.</li> <li>• Quando a criança passar a dormir em uma cama, manter protetores nas laterais e nunca a colocar para dormir em camas altas, como beliches.</li> <li>• Evitar que crianças brinquem em redes e parquinhos domésticos sem a observação direta de um adulto.</li> <li>• Proibir acesso a lajes, escadas e locais altos sem proteção.</li> <li>• As bicicletas e outros brinquedos de movimento, como skate, patins e patinetes, devem ter tamanho apropriado à idade e à altura da criança. Devem ser usados sempre com equipamentos de segurança adequado a cada um – como capacete, cotoveleiras e joelheiras</li> <li>• Verificar sempre o bom estado e funcionamento dos brinquedos, como os freios e os pneus na bicicleta.</li> </ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca deixar crianças sozinhas sem supervisão de adulto responsável.</li> <li>• Supervisionar de perto o uso de brinquedos ou as brincadeiras de atividade física mais intensa, como subir em árvores, em locais elevados e em parquinhos.</li> </ul>
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um adolescente não pode ser responsável por cuidar de outra criança.</li> <li>• O capacete e os outros itens de proteção são itens de uso obrigatório nas atividades com veículos não motorizados, como bicicletas, patinetes, patins e skate; eles devem ser adequados ao tamanho e à idade do adolescente e à atividade ou ao esporte.</li> <li>• Evitar atividades e jogos em pisos molhados.</li> <li>• As camas devem ser adequadas ao tamanho do adolescente. No caso de usar beliches, estes não devem ter grande altura e as grades de proteção laterais continuam a ser indispensáveis.</li> <li>• Orientar e impedir o uso do celular e outras telas quando em outras atividades, especialmente de movimento ou em lugares de risco.</li> <li>• Orientar, supervisionar e impedir o uso de substâncias psicoativas antes e durante a prática de atividades físicas e esportes.</li> <li>• Orientar, supervisionar e impedir a participação do adolescente nos desafios e supostos jogos <i>on-line</i> que estimulam atividades agressivas ou de outros riscos.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020;<sup>4</sup> Saul, 2025;<sup>9</sup> Waksman et al, 2022;<sup>10</sup> Issa e Sgambatti, 2025.<sup>11</sup>

## 4.2. ASPIRAÇÃO / SUFOCAÇÃO

Crianças são seres curiosos, especialmente os lactentes e pré-escolares. Com a conquista gradual de habilidades motoras – que permitem explorar o ambiente ao mesmo tempo em que elas desbravam e conhecem o próprio corpo –, as crianças tornam-se mais propensas a colocar objetos no nariz ou no ouvido ou levá-los à boca, o que aumenta muito o risco de aspiração.<sup>10,12,13</sup>

A maioria dos acidentes com corpos estranhos envolve aqueles que estão presentes no universo habitual das crianças, como alimentos, pequenas partes de objetos e até brinquedos. São comumente encontrados nas vias aéreas:<sup>10,13</sup>

- Alimentos: amendoins, castanhas, nozes, leguminosas, pipoca, alimentos com caroços ou sementes etc.
- Objetos usuais da casa ou partes deles, como: pilhas, baterias, ímãs, peças afiadas ou pontiagudas, componentes de um eletrodoméstico, fragmentos de um móvel, pequenos pedaços de utensílio doméstico etc.
- Objetos de uso pessoal, como: bijuterias ou partes delas, botões, moedas, tampas de caneta, latas de talco etc.
- Brinquedos (pequenos) ou pequenas partes deles, balões e bexigas de látex ou pedaços deles, bolinhas de gude, brinquedos de ímãs de efeitos duplos (cubos magnéticos).

Ainda neste quesito, destaca-se a necessidade de se adotarem as novas recomendações para um sono seguro, com o objetivo de redução do risco de morte relacionada ao sono.<sup>14</sup>

### Quadro 2. Medidas preventivas contra sufocação

Faixa etária	Orientações para prevenção
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não devem ser fornecidos alimentos em pedaços duros ou grandes para um bebê.</li> <li>• Crianças menores de um ano devem ser colocadas na posição supina em cada sono, inclusive as prematuras e com refluxo gastroesofágico, uma vez que a anatomia das vias aéreas e os mecanismos de proteção, como o reflexo de vômito, protegem o lactente contra a aspiração. Os prematuros hospitalizados já devem ser colocados na posição supina a partir da 32ª semana de idade gestacional corrigida.</li> <li>• O bebê deve ser colocado para dormir em uma superfície plana, rígida e não inclinada, sem espaço entre o colchão e as laterais. As roupas de cama devem ter o tamanho do berço com elástico, para que a criança não se enrolle nelas. Não usar cobertores, naninhas, travesseiros ou objetos soltos na cama; dar preferência para cobertores vestíveis ou camadas de roupa.</li> </ul>

*continua...*

... *continuação*

Faixa etária	Orientações para prevenção
0 – 6 meses ( <i>continuação</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deixar objetos ou brinquedos no berço.</li> <li>• O berço deve ser certificado pelo Inmetro, devendo ter grades de material resistente, com intervalos pequenos de no máximo 6 cm entre suas barras, para que o bebê não introduza e prenda a cabeça</li> <li>• Não colocar correntes ou cordões de chupeta em torno do pescoço de um bebê, se for oferecer a chupeta. Neste caso, utilizar cordão preso à roupa do bebê, nunca maior que 15 cm.</li> <li>• Se precisar usar, escolher chupetas ou mamadeiras que não soltem seus componentes.</li> <li>• Nunca compartilhar cama ou poltronas com o bebê. Orientar dormir na posição supina no berço, no quarto dos pais, até pelo menos seis meses.</li> </ul>
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não dar alimentos com caroços ou sementes ou grãos, como amendoim, castanhas, pipoca e outras sementes, até por volta dos quatro anos – época que completa a dentição.</li> <li>• Nunca deixar objetos pequenos ou brinquedos com partes pequenas ao alcance de uma criança que já é capaz de fazer a pinça.</li> <li>• Não deixar ao alcance sacos plásticos, cordões e fios.</li> <li>• Não usar e não deixar brincar com lata de talco ou outros produtos em pó.</li> <li>• Dormir na posição supina a cada sono.</li> </ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deixar ao alcance da criança sacos ou embalagens plásticas, cordões e fios, nem bexigas de látex – ou pedaços destes.</li> <li>• Atenção às brincadeiras, estar sempre por perto e atento às crianças, pois elas podem tentar se esconder e ficar presas em armários ou lugares com pouca ventilação.</li> </ul>
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a supervisão constante em dias de festas e reuniões com outras crianças, com especial cuidado na escolha dos brinquedos e brincadeiras. Nunca deixar brincar com pedaços de bexigas de látex.</li> </ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter as recomendações anteriores.</li> </ul>
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar se alimentar durante atividades com exercícios e esportes.</li> <li>• Ter cuidado com produtos com caroços e sementes, com balas e com a tentativa de deglutição de alimentos em pedaços grandes ou duros</li> <li>• Orientar, supervisionar e impedir o acesso do adolescente a conteúdos na internet de “desafios” ou “jogos mortais” que estimulam aspiração de substâncias (como canela, pimenta, desodorante) ou mesmo objetos que levam à sufocação e à lesão dos pulmões.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020;<sup>4</sup> Waksman et al, 2022;<sup>10</sup> Moon, Bittencourt, Moura e Bitencourt, 2025;<sup>12</sup> Carlin e Hand, 2022.<sup>14</sup>

### 4.3. AFOGAMENTO

Afogamento é definido como o processo de vivenciar um comprometimento respiratório devido à submersão (quando as vias aéreas superiores estão abaixo da superfície da água) ou imersão em um líquido (quando as vias aéreas superiores estão acima da superfície líquida).<sup>10,15,16</sup>

Considera-se a criança ou o adolescente afogado aquele que passou por um estresse aquático ou evento de angústia com aspiração de líquido, independentemente do seu resultado.<sup>16</sup>

Trata-se de um evento trágico justamente porque na grande maioria das vezes ocorre durante atividades recreativas, em momentos dedicados à diversão.

#### Quadro 3. Medidas preventivas contra afogamento

Faixa etária	Orientações para prevenção
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca deixar um bebê sozinho na banheira ou em locais com água, como piscinas e coleções de águas, bacias, baldes, mesmo quando ele já conseguir se sentar sem apoio.</li> </ul>
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloquear o acesso com barreiras físicas, a áreas de risco – como o banheiro e a lavanderia.</li> <li>• Manter as tampas dos vasos sanitários fechadas com trava de segurança.</li> <li>• Utensílios de armazenamento ou uso com água devem ficar vazios, com a boca virada para baixo e, quando em uso, em lugares inacessíveis à criança.</li> <li>• A máquina de lavar roupas deve ficar travada e desligada da tomada</li> <li>• Instalar grades que permitam visualização das piscinas, com no mínimo 1,5m de altura e estrutura (que não favoreça que sejam escaladas) e portões de trava automática, mantidos sempre fechados.</li> <li>• Utilizar sempre um sistema anti-aspiração de cabelo e corpo nas piscinas, mantendo desligados os motores de aspiração de filtros durante o uso da piscina.</li> <li>• Somente entrar com o bebê em ambientes aquáticos próprios para o lazer.</li> <li>• Nunca utilizar boias circulares ou de braço.</li> </ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças pequenas nunca podem ficar sem a vigilância cuidadosa de um adulto responsável.</li> <li>• Usar coletes de modelo salva-vidas em ambientes aquáticos.</li> </ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deixar crianças próximas de piscinas, tanques, poços de água, cisternas ou espelhos d'água.</li> <li>• Observação constante de adulto durante banhos e brincadeiras em ambientes aquáticos, mantendo-se a um braço de distância.</li> <li>• Usar coletes salva-vidas certificado pelo Inmetro, de tamanho adequado à idade e ao peso.</li> <li>• Iniciar aulas de natação com profissional qualificado a partir dos quatro anos, porém estar consciente de que saber nadar não é garantia de proteção suficiente contra afogamentos.</li> </ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em ambientes aquáticos, próprios para o uso, manter supervisão ativa, próxima e constante por responsável que saiba nadar.</li> <li>• Manter a utilização de coletes salva-vidas para a criança no brincar e na prática de esportes em ambientes aquáticos.</li> <li>• Não utilizar brinquedos infláveis e vestimentas que impeçam a movimentação livre da criança, como “caudas de sereia”.</li> <li>• Não permitir saltos de trampolim para crianças não aptas e em locais desconhecidos ou de baixa profundidade.</li> <li>• Contratar serviço de salva-vidas para festas domésticas em locais que tenham piscina, crianças e adolescentes.</li> <li>• Estimular aulas de natação, que devem ser realizadas com profissional capacitado e em ambientes seguros.</li> </ul>
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de coletes salva-vidas certificados, próprios para adolescente, durante a prática de esportes em ambientes aquáticos.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020;<sup>4</sup> Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Segurança; 2020;<sup>8</sup> Waksman et al, 2022;<sup>10</sup> Zamataro, 2025;<sup>15</sup> Szpilman et al, 2021.<sup>16</sup>

#### 4.4. QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO

Queimaduras são feridas traumáticas na pele ou em outros tecidos orgânicos, causadas pela exposição ao calor, às substâncias químicas ou à eletricidade.<sup>17</sup>

São divididas em térmicas, químicas e elétricas, dependendo da natureza do agente agressor:<sup>17</sup>

- **Queimaduras térmicas:** ocasionadas pelo contato com fogo e chama, escaldadura provocada por líquidos superaquecidos, contato com objetos quentes e pela exposição aos raios solares.

- **Queimaduras químicas:** causadas pela exposição a substâncias químicas, como, por exemplo, produtos de limpeza, soda cáustica, pilhas, baterias, venenos etc. Muitas vezes, causadas pelo contato acidental com produtos domésticos.
- **Queimaduras elétricas:** produzidas pela exposição a uma fonte de energia elétrica, podendo ser de baixa voltagem, alta tensão ou causada por raio. As lesões variam de leves a graves – quanto maior a intensidade da corrente elétrica maior é a gravidade da lesão –, podendo ser fatais. A etiologia de baixa voltagem é a mais frequente em crianças e ocorre devido à inserção de objetos metálicos ou dedos em tomadas, fios desencapados e extensões elétricas.

As queimaduras térmicas são as mais frequentes na faixa etária pediátrica.

A maior parte das queimaduras acontece em ambiente doméstico, sendo a cozinha o cômodo de maior risco.

#### Quadro 4. Medidas preventivas contra queimaduras

Faixa etária	Orientações para prevenção
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não segurar nem manusear nada quente com um bebê no colo.</li> <li>• Testar a temperatura da água do banho com o cotovelo antes de colocar o bebê na água, colocando sempre a água fria primeiro.</li> <li>• Nunca manipular alimentos ou materiais quentes com o bebê no colo ou próximo.</li> <li>• Manter o bebê longe de fontes de fogo ou calor, como aquecedores, lamparinas, lâmpões, fogões, ferros de passar roupas, churrasqueiras e lareiras.</li> <li>• Não ter álcool 70% líquido em casa nem o utilizar para nenhum fim, pois é altamente inflamável, com risco de queimaduras gravíssimas e de incêndio.</li> <li>• Nunca usar álcool gel perto de fontes de fogo.</li> <li>• Cigarros e similares devem ser proibidos em ambientes com crianças, bem como seu uso com o bebê ao colo ou próximo.</li> </ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentos e utensílios quentes devem ser colocados no centro da mesa e nunca na extremidade, pois a criança pode puxá-los para cima de si.</li><li>• Usar toalhas na dimensão do tampo da mesa e que não pendam nas laterais, para impedir que a criança puxe a toalha sobre si e o que tem sobre ela.</li><li>• Colocar protetores em todas as tomadas que não estão sendo usadas.</li><li>• Nunca usar fios desencapados ou sem o plugue para encaixe na tomada.</li><li>• Se possível, encostar os móveis, escondendo as tomadas e os fios.</li><li>• Não usar extensões ao alcance das crianças.</li><li>• Manter aparelhos elétricos desligados quando sem uso e sempre fora do alcance das crianças.</li></ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter as recomendações anteriores</li></ul>
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não permitir a entrada desassistida de crianças na cozinha nem o uso de fogão ou micro-ondas.</li><li>• Dar preferência para o preparo dos alimentos nas bocas de trás do fogão, mantendo os cabos das panelas virados para a parte de trás.</li><li>• O uso de álcool gel só deve ser feito com a supervisão de um adulto e quando não for possível o acesso à água e sabão para higienização das mãos.</li><li>• Guardar fósforos, isqueiro e substâncias inflamáveis protegidos do alcance da criança.</li><li>• Não se deve permitir que crianças brinquem com fogo ou fontes de calor.</li><li>• Não permitir brincadeiras próximas à rede elétrica.</li><li>• Não deixar aparelhos elétricos acessíveis à criança próximos a banheiras, piscinas e outras coleções de água.</li></ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não deixar adaptadores de equipamentos elétricos livres plugados na tomada e sem estar conectados a um aparelho</li><li>• Não permitir brincadeiras com pipas perto de rede elétrica e não deixar que a criança retire as linhas enroscadas em fios elétricos.</li><li>• Não permitir o uso de cerol nas linhas de pipas.</li></ul>

continua...

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar e ensinar o uso seguro da cozinha e de preparo de alguns alimentos.</li> <li>• Ensinar e exigir o cumprimento das normas de segurança para o uso do fogão e de objetos cortantes, como facas e eletrodomésticos.</li> <li>• Continuar a cozinhar os alimentos nas bocas de trás do fogão, especialmente frituras e líquidos ferventes, mantendo sempre os cabos das panelas virados para a parte de trás do fogão, como norma de segurança para todos.</li> <li>• Manter fósforos, isqueiro e substâncias inflamáveis protegidos do alcance direto e não supervisionado do adolescente.</li> <li>• Orientar o uso de álcool gel longe de qualquer fonte de fogo e somente quando não for possível o acesso à água e ao sabão para higienizar mãos e utensílios.</li> <li>• Não permitir brincadeiras com substâncias inflamáveis, como álcool, querosene e outros, nem com fogo ou fogos de artifício.</li> <li>• Acompanhar e supervisionar qualquer tarefa escolar ou experimento que inclua substâncias químicas ou fontes de calor.</li> <li>• Orientar, supervisionar e nunca fazer uso de fios desencapados ou sem o plugue para encaixe na tomada.</li> <li>• Orientar, supervisionar e jamais fazer o uso de extensões improvisadas ou sobrecarregamento de tomadas.</li> <li>• Orientar, supervisionar e ensinar o uso dos aparelhos elétricos da casa, bem como das normas de segurança.</li> <li>• Não deixar adaptadores de equipamentos elétricos livres plugados na tomada e sem estar conectados a um aparelho.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020;<sup>4</sup> Brito, 2025.<sup>17</sup>

## 4.5. INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

As intoxicações exógenas são agravos de notificação compulsória e constituem causa importante de morbimortalidade pediátrica. Ocorrem em consequência de exposição, ingestão, inalação ou contato de substâncias com a pele.

As principais causas na faixa etária pediátrica são produtos de limpeza, inseticidas, cosméticos, produtos de higiene pessoal e medicamentos, sendo importante chamar a atenção para o fato de que o acidente pode estar relacionado

ao aspecto visual das embalagens dos produtos, atraindo o interesse da criança, bem como em função da ausência de Embalagem Especial de Proteção à Criança. Os produtos de uso doméstico devem sempre ser mantidos em suas embalagens originais, para evitar confusões sobre o conteúdo e erro em seu uso, como a ingestão de produto tóxico pela criança que entendeu se tratar de um refrigerante.

#### Quadro 5. Medidas preventivas contra intoxicações

Faixa etária	<b>Orientações para prevenção, a serem acrescentadas às das faixas etárias anteriores</b>
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar (com atenção) dose, horário e vias de administração dos medicamentos antes de serem dados ao bebê. Procure organizar horários para que a administração não seja na madrugada.</li> <li>• Nunca dar remédios ao bebê que não tenham sido prescritos por médico – mesmo aqueles considerados naturais.</li> <li>• Evitar o uso de utensílios – para alimentação ou guarda de alimentos, ou brinquedos plásticos – que contenham policarbonato, feitos com a substância bisfenol, produto tóxico. Esses materiais não devem ser colocados no micro-ondas.</li> <li>• Garantir que os brinquedos sejam de material resistente e atóxico e nunca utilizar brinquedos que contenham ímãs, pilhas e baterias acessíveis que possam ser ingeridos pelo bebê.</li> <li>• Não ter em casa plantas tóxicas ou venenosas.</li> </ul>
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ter soda cáustica ou outros produtos cáusticos em casa ou em ambientes onde a criança frequente.</li> <li>• Inseticidas, pesticidas e outras substâncias tóxicas nunca podem ser deixadas ao chão ou em tomadas baixas, ao alcance da criança. Não usar raticidas nem os armazenar em casa. As ratoeiras e outras armadilhas para animais nocivos à saúde devem ser deixadas completamente fora do alcance da criança.</li> </ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deixar bolsas e sacolas que contenham remédios, balas e outros produtos não seguros acessíveis à criança.</li> <li>• Cuidado com os dispersores de álcool gel e hipoclorito de sódio para que não sejam acessíveis à criança.</li> <li>• Manter higienizadores, produtos de limpeza e qualquer produto tóxico fora do alcance, em lugares altos e trancados. Dar preferência a produtos com tampa de segurança à prova de abertura por crianças.</li> </ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção, a serem acrescentadas às das faixas etárias anteriores
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter os remédios fora do alcance e do conhecimento da criança, em lugares altos e trancados, evitando fazer uso deles sob o olhar da criança, que pode querer imitar o adulto neste ato também. Não deixar bolsas e sacolas que contenham remédios e outros produtos não seguros para crianças acessíveis a elas.</li> <li>• Nunca transferir produtos tóxicos para garrafas de outros produtos, como de refrigerante, mantendo-os sempre em suas embalagens originais.</li> <li>• Fornecer à criança material escolar que atenda aos requisitos de segurança.</li> </ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a criança e verificar com ela a necessidade de atenção à dose e à via de administração dos medicamentos prescritos por médicos.</li> <li>• Orientar sobre os riscos e impedir o acesso a substâncias tóxicas e nocivas ao organismo, inclusive sobre aquelas substâncias estimuladas pela internet.</li> </ul>
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar e verificar junto ao adolescente sobre a dose e as vias de administração dos medicamentos prescritos por médicos. Procurar evitar horários de medicação na madrugada.</li> <li>• Nunca administrar ao adolescente remédios que não tenham sido prescritos por médico. Não deixar para o adolescente a responsabilidade do controle e do uso de sua medicação.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020.<sup>4</sup>

## 4.6. OUTROS TRAUMAS E FERIMENTOS

Crianças e adolescentes também estão sujeitos a ferimentos e traumas advindos de exposição a forças mecânicas inanimadas (objetos, equipamentos esportivos, utensílios cortantes, arma de fogo etc.) e animadas (colisão com outra pessoa, mordedura ou golpe provocado por animais, contato com espinhos de plantas etc.).

**Quadro 6.** Medidas preventivas contra outras injúrias não intencionais

<b>Faixa etária</b>	<b>Orientações para prevenção, a serem acrescentadas às das faixas etárias anteriores</b>
0 – 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se os móveis lúdicos do berço ou do carrinho estão sempre bem fixados e distantes o suficiente para não se chocarem com o corpo do bebê na movimentação.</li> <li>• Oferecer sempre brinquedos com selo do Inmetro, que sejam macios, atóxicos, sem arestas ou pontas e que não quebrem facilmente, deixando partes cortantes.</li> <li>• Garantir brinquedos que possam ser levados à boca e que não soltem peças, como os apitos dos bichinhos de borracha ou olhos e nariz de bonecos de tecido.</li> <li>• Manter objetos cortantes ou pontiagudos longe do alcance da criança.</li> <li>• Não manter em casa animais agressivos ou que não tenham controle.</li> <li>• Não permitir que o lactente acaricie animais estranhos e que aproxime-se de animais que estejam comendo ou dormindo ou que estejam com seus filhotes.</li> <li>• Manter os animais de casa vacinados.</li> <li>• Nunca deixar o bebê sozinho no automóvel, nem na garagem de casa.</li> </ul>
7 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O “cercadinho”, se utilizado, deve ter malha bem apertada, com buracos menores de 2 cm, para impedir que o bebê escale suas laterais. Há que se ter, com o cercadinho, os mesmos cuidados do berço.</li> <li>• Fixar televisores e móveis mais leves na parede, para que não tombem sobre a criança.</li> <li>• Bloquear o acesso à cozinha, ao banheiro e à lavanderia.</li> <li>• Na alimentação, usar pratos, copos e talheres de plástico atóxico, que não formem lascas cortantes se quebrados.</li> <li>• Ventiladores e outros equipamentos eletrodomésticos devem estar desligados, quando fora de uso, e fora do acesso da criança, quando em uso.</li> </ul>
1 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar objetos pesados ou que podem quebrar do alcance da criança.</li> <li>• Objetos cortantes ou pontiagudos devem estar guardados fora do alcance da criança.</li> <li>• As portas e as gavetas devem ter sistemas de travas ou de proteção para evitar esmagamentos de dedos e partes do corpo.</li> <li>• Estar atento aos locais de entrada e saída de veículos.</li> <li>• Nunca deixar a criança brincar próximo ao portão da garagem ou dentro dela.</li> </ul>

*continua...*

... continuação

Faixa etária	Orientações para prevenção, a serem acrescentadas às das faixas etárias anteriores
2 – 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer revisão periódica dos brinquedos, para garantir a segurança de seu uso.</li> <li>• Tanques de lavar roupas precisam ter a fixação adequada para que não caiam sobre a criança quando ela tentar escalá-los.</li> <li>• Colocar sinalização colorida em portas e janelas baixas de vidro na altura da criança.</li> <li>• Utilizar sapatos fechados para andar de bicicleta, skate, patinete ou afins, de preferência sem cadarços – ou com estes mantidos bem amarrados.</li> <li>• Não permitir que a criança entre ou permaneça desacompanhada em um veículo automotor, mesmo que no domicílio. A chave do automóvel deve estar fora do seu alcance. Garagens e proximidades de seus portões não são locais seguros para a criança brincar.</li> <li>• Ao manobrar um veículo, certifique-se que não há crianças por perto.</li> <li>• Armas de fogo, se for parte do ofício dos responsáveis, devem ser guardadas travadas e descarregadas, fora da possibilidade de acesso, com a munição armazenada separadamente. Impedir acesso a armas brancas.</li> </ul>
6 – 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar normas e cuidados de segurança à criança, bem como suas razões, com paciência e persistência.</li> <li>• Impedir brincadeiras em pisos próximos a piscinas.</li> <li>• Manter monitoramento constante para qualquer prática esportiva, com utilização de equipamentos de segurança.</li> </ul>
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar e manter supervisão adequada para a prática esportiva, sempre com utilização de equipamentos de segurança.</li> <li>• Não utilizar cachecóis, lenços de pescoço ou artefatos que possam ser presos nas rodas dos veículos motorizados e não motorizados utilizados para esporte ou lazer, mesmo em ambiente doméstico.</li> </ul>

Fonte: Brito, Saul e Pfeiffer, 2025;<sup>1</sup> Brito e Pfeiffer, 2023;<sup>3</sup> Pfeiffer, 2020;<sup>4</sup> Zamataro, 2025.<sup>18</sup>

Embora os ambientes que apresentem maior risco na residência sejam, em ordem decrescente, a cozinha (lugar mais perigoso da casa e onde acontecem os acidentes mais graves, como, por exemplo, as queimaduras), a lavanderia, o banheiro, o corredor e a escada, todos os cômodos devem ser examinados e todas as intervenções devem ser adotadas para a redução de risco.<sup>3</sup>

## 5. COMENTÁRIOS FINAIS

É comum perceber que muitos pais desconhecem os riscos que permeiam o cotidiano dos filhos, principalmente no próprio lar. Assim, quando o acidente acontece, os pais costumam se sentir culpados por não terem tomado as precauções necessárias.

A maioria dos traumas não intencionais é evitável com medidas simples de prevenção – basta tomar consciência e adotar providências antes que os acidentes aconteçam.<sup>1,4,7,8</sup> Nesse sentido, o pediatra tem a missão e a obrigação profissional de orientar e ajudar os pais a identificarem potenciais ameaças para seus filhos e orientá-los em relação às estratégias que deverão ser adotadas.<sup>2,7</sup> Da mesma forma, os responsáveis devem ser orientados a exigir ambientes seguros dos locais de permanência de seus filhos, como residências de familiares, unidades de educação infantil, escolas, parques, clubes e áreas de lazer. Adolescentes em condições de assumir alguma responsabilidade pela própria segurança também devem receber orientações, de acordo com seu nível de entendimento, bem como as crianças – estas, como forma de educação, mas não de certeza de autocuidado.<sup>2</sup>

A consulta pediátrica é um local privilegiado para abordar o cuidado e para promover a prevenção de uma das maiores causas de morte na infância e na adolescência, onde sua palavra e sua orientação terão o valor inigualável de poder evitar danos irreparáveis ao paciente. É fundamental aproveitar cada oportunidade de contato com os pacientes, os cuidadores e os familiares para conscientizá-los e reforçar as recomendações, visando a prevenção de acidentes – não só na infância e na adolescência, mas ao longo da vida.

## 6. REFERÊNCIAS

01. Brito AR, Saul S, Pfeiffer L. Normas de segurança por faixa etária – no domicílio. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 398-406.
02. Gama MAC, Ferreira AL, Waksman RD. Morbidade e mortalidade dos traumas não intencionais na infância e na adolescência. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 363-367.
03. Pfeiffer L, Gama MAC. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6ª Ed. V.1. Barueri: Manole; 2025. p. 363-536.
04. Pfeiffer LY. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência. Os acidentes são evitáveis e, na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa! Manual de Orientação. Nº 4, Rio de Janeiro: SBP 2020.

- 
05. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 24/02/2025.
  06. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2025.
  07. Waksman RD, Blank D. Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. *Resid Pediatr*. 2014; 4(3 Supl. 1): S36-S44.
  08. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Segurança. Crianças pequenas não podem ficar sem supervisão de um adulto, principalmente em piscinas e outros ambientes aquáticos. [Nota especial]. SBP; 2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22732c-NEsp - Crc\\_peq\\_nao\\_podem\\_ficar\\_sem\\_supervisao\\_em\\_piscina.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22732c-NEsp - Crc_peq_nao_podem_ficar_sem_supervisao_em_piscina.pdf). Acesso em 12 de junho de 2025.
  09. Saul S. Quedas e outros acidentes comuns. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 394-397.
  10. Waksman RD, Blank D, Saul S, Zamataro TMR, Bittencourt PFS, Moura CB, Bittencourt MM, Gama MAC. Semiologia dos acidentes. In: Silva LR, Solé D. *Diagnóstico em Pediatria*. 2ª ed. Vol. 2. Barueri: Manole; 2022. p. 288-325.
  11. Issa LJ, Sgambatti BSS. Quedas. In: Zamataro TMR, Waksman RD. *Lesões Não Intencionais em Crianças e Adolescentes: causas, consequências e Prevenção*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2025. p. 47-54.
  12. Bittencourt PFS, Moura CB, Bitencourt MM. Asfixia e aspiração. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 380-388.
  13. Lubianca Neto JF, Drummond RL, Silva CS, Ferreira CT. Acidentes com corpo estranho: via aérea e trato gastrointestinal. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Vol. I. Barueri: Manole; 2025. p. 153-164.
  14. Moon RY, Carlin RF, Hand I; Task force on sudden infant death syndrome and the committee on fetus and newborn. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. *Pediatrics*. 2022; 150(1):e2022057991.

15. Zamataro TMR. Acidentes por submersão. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 375-379.
16. Szpilman D, Palacios Aguilar J, Barcala-Furelos R, Baker S, Dunne C, Peden AE. et al. Drowning and aquatic injuries dictionary. Resusc Plus. 2021; 5:100072.
17. Brito AR. Queimaduras. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 389-393.
18. Zamataro TMR. Segurança dos brinquedos e atividades de lazer. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 411-415.

---

## Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

### Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. Os acidentes, uma causa externa de morbidade e mortalidade, representam atualmente a principal causa de óbitos de 1 a 14 anos de idade no Brasil.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
  
02. O saber das etapas do desenvolvimento e a avaliação deste desenvolvimento na criança são o primeiro e mais importante passo para a identificação dos potenciais riscos de acidentes na infância.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
  
03. O uso de andadores é altamente indicado para ajudar no desenvolvimento motor dos lactentes.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
  
04. Entre sete e 12 meses, a capacidade motora se desenvolve rapidamente, favorecendo o deslocamento independente no ambiente, seja pelo engatinhar ou pela marcha, junto com a habilidade de formação de pinça com os dedos, por volta do 9º mês de vida, o que torna a criança capaz de segurar pequenos objetos e colocá-los na boca ou no nariz, podendo aspirar e causar sufocação.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
  
05. Não se deve deixar uma criança brincando na cozinha enquanto se prepara a comida. Devem ser usados portões de segurança para impedir a entrada da criança, uma vez que é o ambiente onde mais ocorrem as queimaduras.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
  
06. Não há evidências que o compartilhamento de camas ou poltronas, especialmente com crianças, aumente o risco de mortes relacionadas ao sono.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]

07. Para crianças que já sabem nadar, não é necessário manter a utilização de coletes salva-vidas no brincar e na prática de esportes em ambientes aquáticos.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
08. A criança pré-escolar apresenta pensamento mágico, com percepção egocêntrica do seu ambiente. É comum ela achar que pode voar como os super-heróis ou cair de certa altura sem se machucar; portanto, é fundamental a vigilância constante das brincadeiras.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
09. Na adolescência, como já há a capacidade de julgamento crítico, não é mais necessária a supervisão; portanto, os adolescentes já podem assumir a responsabilidade do controle e do uso de seus próprios medicamentos.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
10. O álcool 70% é produto altamente inflamável, responsável por queimaduras graves, intoxicação e incêndios.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
11. Deve-se avaliar se o brinquedo oferecido para a criança está indicado à sua idade e se ele é seguro, independentemente do nível de desenvolvimento da criança.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
12. Manter supervisão constante e ativa, por um adulto responsável, garantindo que a criança, usando colete salva-vidas, permaneça a um braço de distância em ambientes aquáticos, além de utilizar barreiras físicas para restringir o acesso à piscina são medidas para prevenir afogamentos.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
13. O uso de equipamentos de segurança, como o capacete, no andar de bicicleta, não precisa ser obrigatório – em áreas de pouco tráfego ou em casa e parques fechados.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
14. A posição prona protege contra aspiração.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
15. É importante o pediatra alertar os responsáveis a respeito da poderosa influência dos seus exemplos sobre os filhos. Crianças aprendem imitando o comportamento dos pais e dos adultos de referência.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]



**PRONAP-SBP**  
CICLO XXVII - NÚMERO 2

## **TEMA 2**

# Critérios diagnósticos para a violência física contra crianças e adolescentes

Texto Base:  
Luci Pfeiffer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médica Pediatra  
Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR.  
Pós Graduada em Saúde do Adolescente pela PUC-PR.  
Pós Graduada em Psicologia com abordagem Psicanalítica.  
Formação em Psicanálise de Crianças e Adolescentes pela Associação Psicanalítica de Curitiba.  
Coordenadora do Programa DEDICA – Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – Curitiba.  
Presidente do Departamento de Prevenção e Enfrentamento da Violência da SPP.

## Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

### Assinale se as questões abaixo são verdadeiras (V) ou falsas (F):

01. A violência contra crianças e adolescentes sempre existiu na espécie humana e faz parte da falta de cultura e condição socioeducacional, cabendo aos governos voltarem seus esforços para diminuir a pobreza e, com isso, reduzir os números de vítimas.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
02. Os agressores mais frequentes são homens com desequilíbrios mentais e sem cultura, condições que os impedem de viver em sociedade, e que batem nas crianças e nos adolescentes porque não suportam desobediência.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
03. As mães sempre tentam proteger seus filhos contra os companheiros agressores.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
04. Os laços de parentesco e de sangue não impedem a violência contra a criança e o adolescente.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
05. O encontro de fraturas em diferentes estágios de consolidação, em mais de um segmento do corpo, e a presença de hematomas em face e membros superiores, sem descrição de trauma não intencional de grande impacto, como atropelamentos, fecham o diagnóstico de Síndrome da Criança Espancada.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
06. A obesidade em criança de dois anos de idade, que frequenta regularmente a unidade de saúde, sem doença de base que a justifique, deve ser interpretada como violência física.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
07. Deve-se sempre acreditar na fala da genitora, especialmente quando ela solicita medicação psicoativa com insistência, dizendo que o filho de cinco anos tem Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH e autismo, porque não vai bem na escola e no prédio em que moram ele não tem muitos amigos.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]

- 
08. Lesões internas como laceração de vísceras maciças (fígado e baço), hemorragias intra-abdominais em crianças de 10 anos e hematomas em parede abdominal anterior e histórico de ter caído da cama, indica diagnóstico provável de espancamento.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
09. Quadro agudo de dor no peito intensa, com diagnóstico de hemorragia de timo, sem nenhum sintoma anterior, em adolescente de 14 anos de idade, pode ser causado por impacto de uma bola de futebol que sofreu há dois dias.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
10. Fratura em alça de balde em ossos longos pode ser causada por de triciclo em criança de três anos.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
11. Para serem consideradas violências físicas, deve haver a presença de fraturas ósseas.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
12. As brigas entre os adolescentes na escola são as mais frequentes causas de fraturas.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
13. Avó traz o neto de quatro anos para a unidade de educação infantil e ele dorme a manhã toda, como na maioria dos dias da semana. Chamada à escola, a avó que tem a guarda do neto explica que ele tem estado muito agitado e ela resolveu dar algumas colheres do remédio que tem para dormir, no dia anterior, como faz quando está muito cansada. O médico deve chamar o Conselho Tutelar e fazer notificação para o Ministério Público, por prática de violência, neste caso química, com risco de morte.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
14. O encontro de hemorragia cerebral difusa em hemisfério direito e na retina em crianças de 11 meses, sem sinais de trauma de face de grande impacto, indica o diagnóstico de Síndrome da Criança Sacudida.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
15. A autoagressão por cortes nos braços e pernas, em adolescente de treze anos de idade, é uma forma comum de chamar a atenção dos pais  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
-

# Critérios diagnósticos para a violência física contra crianças e adolescentes

## 1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

As agressões contra crianças e adolescentes sempre fizeram parte da história da humanidade e continuam nos tempos atuais – um tempo em que não seria admissível se falar do não saber sobre os danos físicos e psíquicos que a violência pode deixar em um ser em tempo único e irrecuperável de desenvolvimento.

Com maior gravidade, tem-se que, da concepção até os 14 anos de idade, a grande maioria dos casos de violência, seja ela física, psíquica ou sexual, acontece na casa das crianças e dos adolescentes, sendo os genitores – ou os que ocupam este lugar de supostos responsáveis – seus violadores mais frequentes.

De forma universal, a violência intrafamiliar e doméstica na infância e adolescência é uma doença crônica, contagiosa e progressiva, que passa de geração a geração, se não impedida e tratada, acontecendo em todas as classes socioculturais, etnias e credos.

Está estabelecida sob a égide do mais forte a dominar o mais fraco, por meio da força do corpo, da palavra ou mesmo das atitudes, quando o adulto (ou o adolescente) com maturidade biopsicosssexual mais adiantada impõe às crianças e aos adolescentes a razão e o resultado de seus descontroles, sua agressividade, seus desvios de comportamento e sua covardia.

É preciso que o pediatra sempre leve em conta, frente a uma situação suspeita de violência, que – ao contrário do que a cultura geral e os costumes populares em nosso país sustentam – o laço de sangue não é suficiente para impedir a agressividade do mundo adulto para com seus descendentes ou ascendentes.

Tal crença e tal conceito têm prejudicado o diagnóstico desta doença e impedido a tomada de decisões, em tempo hábil, assim como a oferta de tratamento, cuidado e proteção das vítimas – preconceitos que não encontram lastro na epidemiologia ou na prática médica diária.

Os registros do DATASUS e de outros observatórios da infância e adolescência comprovam que a maior parte dos casos de violência contra crianças e adolescentes é praticada por pessoas da família nuclear e extensa ou por conviventes, independentemente da existência de laços de sangue, de dependência, coabitação ou proximidade entre vítimas e agressores e agressoras.

Esta origem da violência tem efeito devastador no desenvolvimento não apenas do corpo que sofre, mas – e especialmente – na formação psíquica da vítima e na estruturação de sua personalidade.

São danos potencializados pela relação de dependência física e psíquica da vítima com seus agressores – tanto pelo dano direto, como pela destruição dos laços de bom afeto, proteção e confiança com o mundo adulto. A minimização dos atos violentos seja de atos, atitudes ou palavra que, pela culpabilização imposta à vítima são entendidos pela criança e pelo adolescente como resultado de suas ações e, portanto, são normais e merecidos.

De forma clássica, caracteriza-se por violência física e psíquica na infância e na adolescência toda ação, atitude e ou omissão por parte de pessoa com maturidade biopsicossocial mais adiantada, contra uma criança ou um adolescente, com o intuito, mesmo que velado, de causar dor e sofrimento às vítimas, independentemente dos danos que venha a lhes causar, temporários ou permanentes, sendo o seu grau máximo a morte, direta pelas heteroagressões a ou pela desistência da vida nas autoagressões.

Quando esta violência acontece na infância e na adolescência e é exercida por parte de adulto ou adolescente na qualidade de responsável, permanente ou temporário, que mantenha com a vítima um laço de parentesco, ou dependência, classifica-se como **Violência Intrafamiliar**. Quando o acesso à vítima se dá por relação de coabitação ou convivência próxima, classifica-se como **Violência Doméstica**.

Em ambas as situações, as vítimas são reféns permanentes de seus agressores – sejam eles do sexo feminino ou masculino<sup>1</sup>.

Na prática pediátrica, toda ação ou atitude que leve a danos à saúde física e, consequentemente, mental de uma criança ou um adolescente – desde os tapas, os beliscões, as surras até os espancamentos e as tentativas de homicídio – constitui-se em violência. Este é um diagnóstico de doença que acomete a infância e adolescência a ser feito pelo médico, em especial, pelo pediatra.

É possível definir a Violência Psíquica, na infância e na adolescência, como uma forma de agressão por atitudes, atos e palavras, praticada por pessoa de maturidade física e psíquica mais adiantada, a causar sofrimento às suas vítimas. Abrange a violência psicológica, mas também a possibilidade de provocar danos – por vezes permanentes, se não identificada e tratada precocemente – à estruturação da personalidade que se desenvolve desde o nascimento até o final da adolescência, dos valores de si mesmo e do outro e na formação de instrumentos psíquicos necessários para o bem escolher e enfrentar a luta por uma vida digna.

A **Violência Psíquica** pode ser praticada tanto de forma isolada, quanto pode estar presente em todas as outras formas de violência. Sua importância se dá, muitas vezes, pois seus sintomas são os primeiros indicativos de se estar frente a uma situação ao menos grave, senão gravíssima, de maus-tratos da criança ou do adolescente.

Quanto mais precoce e quanto maiores os vínculos de dependência e afetividade – como com os genitores ou os responsáveis –, mais deletérios serão seus efeitos, pois irá atingir a formação do arcabouço mental da vítima, sem possibilidades de entendimento e elaboração de seu sofrimento.

Em todas as formas de violência na infância e no início da adolescência, são os pais ou responsáveis os mais frequentes agressores. Assim, por meio da falta de interesse e estímulo adequado à criança e ao adolescente, por relacionamento baseado na indiferença, na crítica e na desvalorização e pela prática de atos e atitudes (humilhações, desprezo, lugar do erro, incômodo) não terá a vítima nenhum bom lugar ou bom estímulo para se desenvolver.

O entendimento criado na vítima, convencida que é a causa das violências que sofre, de sua culpa em não satisfazer o que seria esperado dela por seus genitores e pela família extensa, sendo esta, na maioria das vezes, a matriz da violência, é uma das grandes causas da autoagressão em todas as suas apresentações, chegando à busca da desistência da vida – de uma vida que a vítima entende que nunca deveria ter existido.

Como doença reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, as violências estão categorizadas na Classificação Internacional de Doenças, com CID específico, de acordo às suas apresentações e formas, ressaltando-se os códigos para violência física e psíquica. **Os principais códigos da CID-10 para violência física e psíquica são:**<sup>2</sup>

- Y04: Agressão por força corporal.
- X99: Agressão por objeto cortante ou penetrante.
- X98: Agressão por vapor de água, gases ou objetos quentes.
- Y05: Agressão sexual por força física.

- Y00: Agressão com um objeto contundente.
- X85.X91: Agressão com drogas, medicamentos e substâncias biológicas; Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação.
- Y04 - Agressão por força corporal:
  - Y049 - Agressão por força corporal – local não específico.
- Y09: Agressão por meios não especificados.
- T74: Síndromes de maus-tratos:
  - T74.0: Abandono
  - T74.1: Sevícias físicas, como a Síndrome da Criança Espancada
  - T74.2: Abuso Sexual
  - T74.3: Abuso Psicológico

Esta identificação diagnóstica deve ser colocada em Notificação Obrigatória junto ao relatório médico da situação de suspeita ou de violência confirmada, bem como e além do solicitado, para maior entendimento, é de extremo valor acrescentar-se ao relatório a descrição dos achados de anamnese, exame físico, laboratorial e de imagens, a serem encaminhados aos órgãos de segurança, justiça e proteção da criança.

## 2. EPIDEMIOLOGIA

Na Tabela 01 estão apresentados os registros de atendimentos a crianças e adolescentes pelo sistema SUS, em razão de lesões que foram identificadas como tendo sido provocadas por traumas intencionais, que necessitaram atenção médica em 2023. Há que se notar a alta frequência de traumas intencionalmente provocados em crianças abaixo de 04 anos de idade, completamente dependentes de um adulto cuidador, que somam 9.097 casos. No total, foram registrados 71.598 atendimentos pelo sistema SUS de crianças e adolescentes vítimas de violências, que correspondem a 23,2 % do total em todas as idades<sup>3</sup>.

**Tabela 1.** Violência Física por Faixa Etária, Sinan 2023<sup>3</sup>

<b>Violência Física por Faixa Etária</b>	<b>N</b>
Idade ignorada/Em branco	4
<1 Ano	<b>3.313</b>
01 - 04 anos	<b>5.784</b>

*continua...*

... continuação

<b>Violência Física por Faixa Etária</b>	<b>N</b>
05 - 09 anos	<b>8.370</b>
10 -14 anos	<b>18.280</b>
15 -19 anos	<b>35.851</b>
20 - 29 anos	82.042
30 - 39 anos	67.380
40 - 49 anos	47.235
50 – 59 anos	20.942
60 anos e mais	19.469
<b>Total</b>	<b>308.670</b>

Fonte: Sinan, 2023<sup>3</sup>

Estes são os registros de criança e adolescentes que foram levados para atendimento após o trauma a um serviço de saúde. Tem-se mais de nove mil registros de vítimas com até quatro anos de idade. Segundo a UNICEF, dos os últimos dados disponíveis, a nível mundial, tem-se que a cada quatro minutos, em algum lugar do mundo, um menino ou menina morre em decorrência de um ato de violência, quase 90 milhões de meninos e meninas vivos já sofreram episódios de violência sexual<sup>4</sup>.

Muitas que sofrerão novas violências, neste ano de 2025, irão chegar à frente do médico e, especialmente do pediatra, esperando que as razões de seu sofrimento sejam entendidas, que a violência seja diagnosticada, interrompida e tratada.

Com a falta de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da vítima pelo médico e pelos equipamentos da Rede de Proteção e Justiça, haverá grande chance de novas agressões, não se podendo prever qual a gravidade da próxima – como indicam os números que seguem. Em 2023, dos dados do DATASUS, tem-se que a **Violência Física de Repetição** foi registrada em 79.202 crianças e adolescentes.<sup>4</sup>

Do total de 240.325 pacientes atendidos por violência de repetição, a faixa etária de 0 a 19 anos correspondeu a 33 % do total de vítimas de **violência física** direta – em todas as outras faixas etárias.<sup>4</sup>

Da **violência psíquica**, identificada pelo DATASUS como Violência Psicológica e Moral, do total de casos assim registrado, tem-se 32.728 de 0 até 19 anos de idade, que correspondem a 27% dos identificados como tendo sofrido violências psicoló-

gicas e ou moral em todas as faixas etária. Em crianças com idade até quatro anos, este diagnóstico costuma ser bastante raro: porém foram registradas 3.915 crianças nesta faixa etária em nosso país no ano de 2023.<sup>5</sup> (Tabela 2)

**Tabela 2.** Frequência por faixa etária segundo Violência Psicológica/Moral

Idade	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 e >	Total
<b>N</b>	1.093	2.822	6.178	10.833	11.802	27.821	25.282	18.706	8.614	8.279	121.430

Fonte: Sinan, 2023<sup>5</sup>

Há que se considerar que os casos assim registrados, embora numerosos, foram apenas os diagnosticados como Violência Psicológica/Moral isolada. Não foram contemplados na Tabela 2 os números das situações de violência psíquica ou psicológica que acompanham as outras formas de violência atendidas como a tortura nesta faixa etária.<sup>6</sup>

### 3. APRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA FÍSICA

A violência física contra a criança e o adolescente pode se dar de forma direta, nas agressões com o uso da força do próprio corpo contra a vítima ou com o uso de instrumentos, nos tapas, socos, pontapés, beliscões, puxões de orelhas, arrancamento de cabelos, estrangulamentos, espancamentos com objetos e outros.

Porém, é possível causar dano físico e, conseqüentemente psíquico, de forma indireta a uma criança ou a um adolescente, quando das omissões do cuidar, que levam aos traumas tidos como não intencionais, a falta de alimentação adequada, levando a distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor e ao crescimento, como na desnutrição e obesidade, sem doença de base.

Da mesma forma, tem-se uma gama de ações e atitudes que vão levar a prejuízos ao organismo da vítima, que, por estar em situação única de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, poderá levar estes danos para toda sua vida.

#### 3.1. VIOLÊNCIA FÍSICA DIRETA OU EXPLÍCITA

São de mais fácil reconhecimento e diagnóstico as lesões externas diretas ao corpo de uma criança ou um adolescente, lembrando que podem levar a repercussões internas, quando provocadas intencionalmente por um outro, e vão apresentar características próprias que as diferenciam do resultante dos traumas não intencionais.

Alguns atos de provocar dor, repetitivos, mesmo que de descrição minimizada, como os puxões de orelhas e os beliscões, podem se transformar em ações de tortura, por serem sofrimentos pré-estabelecidos e esperados a acontecer – frente a qualquer ato considerado um deslize da criança ou frente a qualquer desequilíbrio do agressor.

Muitas vezes, as crianças e adolescentes são submetidos aos espancamentos com os mais variados instrumentos, muitas vezes deixados à exposição da criança ou do adolescente como ameaça constante, ou a atos impensáveis de crueldade, como as queimaduras com cigarro, com objetos pré-aquecidos e líquidos ferventes.

Ainda, em meio às agressões diretas, tem-se a submissão da criança ou do adolescente a meios de contenção, como por amarras de cordas ou similares, os “castigos”, quando podem ser exigidos atitudes, atos e humilhações a causar dor e medo nas suas vítimas, bem como as formas de anular a presença, assim como o manter isolado horas a fio.

Da mesma forma, de incidência crescente, tem-se o uso de medicação psicoativa, muitas vezes, prescritas para as crianças frente apenas às queixas trazidas pelos adultos responsáveis e, algumas vezes, pelas escolas, em função de sinais e sintomas que poderiam se assemelhar a transtornos mentais na infância e na adolescência.

No entanto, antes desta prescrição, pela própria epidemiologia, o profissional tem o dever de fazer o diagnóstico diferencial com a doença – **Violência**. Estaria a vítima a apresentar, em seu comportamento, os sinais e os sintomas deste sofrimento, como a incapacidade ou o bloqueio de aprender e o deslocamento de sua atenção, a agressividade, a tristeza e as formas variadas de autoagressão, como consequência das violências que sofre, possível em qualquer classe sociocultural, ou seriam estes, realmente, sintomas de transtornos mentais ou comportamentais?

Na apresentação dos sintomas de sofrimento por violência, habitualmente, os que incomodam o mundo adulto e acabam na obrigatoriedade de uma avaliação mais criteriosa, por encaminhamentos da escola, ou da própria Saúde, referem-se à solicitação insistente dos responsáveis pela prescrição de medicação psicoativa, a qual pode ser apenas mais uma arma de controle, como amarras invisíveis, dentro de um viés da Violência Física – que é nomeada como Violência Química.<sup>7</sup>

Assim, estarão os agressores, com a participação ingênua do profissional médico, levando ao impedimento do desenvolvimento normal, conduzindo à anulação das atividades próprias da idade, ao abafamento dos pedidos de ajuda da vítima e à anulação de seus desejos e metas.

O rótulo dado – ser a criança ou o adolescente portador de um transtorno mental que justificaria seus sintomas – traz para a vítima mais uma culpa, não apenas de ser insuficiente para o amor de seus pais, mas também um inconveniente e ser destinado ao fracasso para seu entorno.

Com o diagnóstico e o tratamento, resta para a vítima o convencimento de sua incapacidade para a vida e, especialmente, de conquistar o amor e a satisfação dos pais

---

por sua existência, a depender de algo que vem de fora, a medicação, para controlar seus sintomas de sofrimento.

Assim, a administração de remédios obtidos por outras fontes – que não a indicação médica específica (medicações dos genitores ou cuidadores, por exemplo), ou pelo excesso de tratamentos necessários a outras doenças, seja pela indicação obtida por falsa queixa, simulação ou produção de sintomas, com medicações de efeito em sistema nervoso central, cujos efeitos colaterais se misturarão aos seus sintomas – tem sido uma apresentação crescente de Violência Física gravíssima e permanente.

Também a asfixia, a sufocação, as intoxicações, os envenenamentos e outros ataques ao organismo da vítima se constituem em Violência Física direta, gravíssima, com risco de morte, a anular o indivíduo e a sua existência, havendo que ser classificadas como tentativas de homicídio.

### 3.2. VIOLÊNCIA FÍSICA INDIRETA

Pouco diagnosticada ou pouco reconhecida como uma forma de violência contra o outro, dependente, ou encoberta sobre a distorcida e clássica nomenclatura de “negligência”, que ignora os danos físicos e psíquicos que pais, responsáveis ou outros cuidadores possam causar a uma criança ou a um adolescente, pela ausência ou omissão do cuidar, classificando-os como atos e atitudes sem intenção de dolo, tem-se as formas indiretas de violência física.

São muitas as formas indiretas de violentar fisicamente crianças e adolescentes e provocar-lhes danos de todas as espécies ao seu organismo, podendo levar as vítimas até a morte. Como apresentações da Violência Física Indireta, tem-se a oferta de alimentação não adequada às necessidades da fase do desenvolvimento da criança ou do adolescente ou o oferecimento de alimentos de baixa qualidade ou, ainda, em excesso, sem fator socioeconômico e de cultura que justifique, causando à vítima os atrasos de desenvolvimento pondero-estatural e neurológico, a desnutrição e, no outro extremo, a obesidade.

Não se pode classificar a omissão ou os desvios dos cuidados físicos e mentais – necessários a garantir o desenvolvimento saudável da criança e que se mantém mesmo após a devida orientação do pediatra ou médico responsável – como simples atos de negligência, não intencionais.

Isto não é verdadeiro e não se pode aceitar o dano progressivo que estão a causar ao corpo e ao desenvolvimento global de seus dependentes. É necessário reconhecer nestes comportamentos uma forma de violência grave, talvez aceita por muitos, e praticada sob o olhar dos profissionais assistentes, dos meios de saúde, educação e ação social, que vai levar a prejuízos irreparáveis para a criança ou para o adolescente.

Da mesma forma, devem ser interpretadas, como formas de Violência Física e Psíquica, a demora ou a falta de busca de atendimento médico e tratamento em situações de doenças, sejam estas agudas ou crônicas, ou de lesões provocadas por traumas, nos sintomas de angústia e outras alterações de comportamento ou em outros desequilíbrios físicos e ou psíquicos.

É preciso levar em conta que o não seguimento do indicado em doenças agudas – ou, e em especial, que exigem supervisão e medicação contínua, sob risco de morte na falta do tratamento adequado, como a diabetes – pode provocar perdas estruturais e funcionais progressivas em várias áreas do corpo. Muitas dessas perdas serão irreversíveis, como as lesões renais, cardíacas e visuais, com a perda crescente da qualidade de vida da criança ou do adolescente, diminuindo sua possibilidade de sobrevida e levando a risco de morte.

A repetição deste tipo de conduta pelos responsáveis, na diabetes e outras situações de doenças crônicas, mesmo depois de orientações, supervisões e fornecimento da medicação necessária, pode estar escondendo um desejo de morte para o paciente e precisa ser notificado aos órgãos de proteção e justiça, como uma forma de violência gravíssima, com o risco de dano permanente e de morte.

O termo “negligência” tem sido aceito por muitos profissionais da saúde e da justiça como uma incapacidade do cuidar, mas não é disto que se trata quando esta incapacidade resulta em prejuízos físicos e psíquicos para a criança e para o adolescente. É dever do médico, da sociedade e do Estado a garantia de oferta das melhores condições de desenvolvimento. O resultado desta garantia deve ser prioridade absoluta, para qualquer classe socioeconômica e cultural.

Qualquer conduta que venha a prejudicar ou colocar em risco a saúde física e ou mental de uma criança ou um adolescente, por parte dos genitores ou responsáveis, ou por parte do Estado, deve ser denunciada pelo seu efeito – **Violência Física e Psíquica**.

Em todas as apresentações de violência indireta, quando, mesmo frente ao empenho do médico e dos tratamentos possíveis, estes não são seguidos, as medidas de denúncia da violência que está sendo praticada, definida pelos danos à criança e ao adolescente, a solicitação de intervenção dos meios de proteção, defesa e justiça precisa ser efetivada.

#### 4. APRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA PSÍQUICA, NOMEADA CLASSICAMENTE COMO VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA E MORAL

Durante a gravidez, é possível identificar a gravidade da falta de lugar na vida dos pais para uma criança já concebida, como o desejo de abortar, de abandonar o bebê

---

para a adoção, de forma velada; é possível entender os sinais e sintomas de angústia e sofrimento de uma gestação não desejada. São sinais preditores de que o vínculo que deveria existir entre pai e filho não está a se construir. Presentifica-se o caminho para o abandono – real ou a se manifestar pelo resto da vida da criança, pela rejeição, pela indiferença e pela terceirização do cuidar – sendo construído.

Das apresentações da Violência Psíquica, tem-se a mais precoce, praticada por muitos homens, que é o abandono do filho e, pior, a não assunção com seu nome na filiação. Pela lei brasileira, o abandono de incapaz é crime. Não há como se imaginar um ser mais incapaz que o recém-nascido ou mesmo a criança nos primeiros anos de vida.

No entanto, para tal, a Justiça deve ser acionada e, em muitos casos, a criança fica convencida que ela não foi suficiente para despertar o interesse do pai, sendo esta a segunda grande violência psíquica. Cresce sem o sobrenome e, muitas vezes, sem sequer o nome de quem a gerou, passando esta vítima do abandono primordial, a vida a tentar reconhecer, nos rostos que encontra, alguma semelhança com quem pudesse se identificar, para se apresentar finalmente como filho.

Esta certidão de nascimento falha, que a criança carregará para o resto de sua vida, vai colocá-la no lugar de menor valor, pois nem o pai a quis...

Certamente, o desamparo e a rejeição dos genitores são violências psíquicas desestruturantes da formação da personalidade, que tanto pode acontecer ao nascimento, como, pelo seu tempo de desenvolvimento, também do lado materno. Não é raro que a mãe transfira para o filho ou a filha a decepção e a raiva, talvez o ódio, sendo a criança o resto, o que sobrou da relação fracassada.

Este alerta para o dano a ser causado pelo desrespeito de um dos direitos fundamentais da criança (de ter o registro do nome dos pais em sua certidão de nascimento) deveria ser dado pelo médico pediatra sempre ao genitor que assumiu a criança. No caso de configuração de abandono paterno ou materno, a notificação desta violência também deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e ao Ministério Público.

A terceirização do cuidar da criança e ao deixar o adolescente por sua própria conta e escolhas são formas veladas e progressivas de abandono, que pode se tornar uma maneira distorcida de relacionamento e distanciamento, que transformará pais e filhos em estranhos.

Na Violência Psíquica grave e gravíssima – seja pela rejeição, seja pela indiferença, seja pelas ofensas, deprecições, culpabilização pelos fracassos de seus responsáveis, ou manutenção em ambientes violentos e de grandes desajustes conjugais ou, ainda, pelo sofrimento causado pelas violências físicas e ou sexuais – os sintomas deste sofrimento vão se fazer presente.

## 5. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA

Da Violência Física, aguda ou crônica, direta ou indireta, é possível identificar um conjunto de sinais e sintomas para o diagnóstico clínico, que podem incluir a necessidade de exames laboratoriais e de imagem específicos, quando indicados. Como doença que envolve o diagnóstico, a identificação de nível de gravidade, o tratamento e o desencadeamento de medidas de notificação e proteção legal, cabe ao médico estas definições.

Acrescido a este dever profissional e ético, a doença violência tem um agente causal que também deve ser avaliado e controlado, devendo ser eliminadas suas ações danosas contra a criança ou o adolescente, na maioria das vezes, intrafamiliar, sendo esta uma competência da Rede de Proteção, dos meios de segurança e justiça.

Porém, ainda da parte médica, resta um diagnóstico fundamental, que é o saber dos agressores. Saber se eles apresentam Transtornos Mentais ou de Comportamento, em função dos quais a possibilidade de continuidade e progressão da violência seja alta, bem como, por outro lado, se existe possibilidade de tratamento nos casos nos quais este risco não está esclarecido ou não foi afastado.

O sucesso do tratamento do paciente vitimado pela violência vai depender diretamente do diagnóstico precoce e correto da doença, da interrupção da ação lesiva dessa violência, bem como do controle dos riscos de sua repetição, de alta incidência, como visto no capítulo da epidemiologia.

Em todos os atendimentos de suspeita ou diagnóstico de violência, seria importante poder contar com apoio de equipe interdisciplinar, incluindo especialista em saúde mental, especialmente nos casos graves e gravíssimos, bem como de rede de proteção estruturada, com os órgãos e as instituições voltadas à assistência da infância e adolescência do município.

Do trabalho conjunto com estes equipamentos poderão se obter maiores subsídios para avaliação da família e seu histórico, bem como da situação geral de violência que envolve a criança e o adolescente, além de melhor embasamento para encaminhar o caso para as áreas de proteção, segurança e justiça.

Certamente, as violências físicas diretas, como os espancamentos, podem deixar maiores evidências externas das agressões sofridas, tendo critérios diagnósticos muito claros para estes atos, como serão colocados neste texto, sendo a **Síndrome da Criança Sacudida**<sup>8</sup>, especialmente nos primeiros anos de vida, e a **Síndrome da Criança Espancada**<sup>9</sup>, em suas formas agudas, as mais graves e com risco de levar à morte.

Dos chamados, pelos leigos, de castigos físicos ou “castigos educativos”, que podem não deixar marcas tão evidentes, como os puxões de orelha que se repetem, a ponto de destruir a estrutura de cartilagem do pavilhão auditivo, o ficar de joelhos em pedrinhas, até sangrar, não oferecer alimento ou obrigar a comer em excesso, entre

---

outras, são formas de violências que caracterizam tortura e, por isto, cada vez mais dolorosas, a ponto de a simples ameaça poder paralisar a criança.

Nas violências físicas indiretas já mencionadas, são a percepção e o registro sequencial das atitudes e omissões frente às necessidades de cuidado da criança ou do adolescente que vão comprovar as agressões. O histórico dos atendimentos, das orientações e das prescrições não cumpridas e os danos, se já existentes, vão consolidar o diagnóstico.

O médico em geral e, especialmente o pediatra, precisa ter o diagnóstico da violência física como possibilidade frente a qualquer quadro de lesão física atual ou que deixou sequelas, que não combine com a idade, o desenvolvimento psicomotor da criança ou com a história do trauma.

Estes sinais indicam a necessidade de que seja avaliada a situação intrafamiliar e doméstica do paciente e que medidas para diagnóstico, de tratamento, denúncia e proteção da possível vítima sejam desencadeadas, mesmo frente a uma simples suspeita. Este é o preceito da lei, contido no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), especificado em seus artigos de números 13 e 245:<sup>10</sup>

**Art. 13.** Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (Redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014).

**Art. 245.** Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

Cabe aos médicos que atuam na área da infância e da adolescência – especialmente o pediatra, o emergencista, o intensivista, o ortopedista, o radiologista, dentre outros – permanecer atentos aos sinais físicos, psíquicos, radiológicos e de imagens desta doença e fazer o diagnóstico. Deste diagnóstico virá a garantia do tratamento e das medidas de proteção, para que não haja nenhum próximo episódio de agressão – que poderá deixar suas marcas para toda a vida da criança e do adolescente ou ser fatal.

Com esta preocupação, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por meio do seu Departamento Científico de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas e do Grupo de Trabalho de Radiologia e Exames de Imagens, iniciou, em outubro de 2024, uma campanha na qual estão sendo divulgados os Critérios para o Diagnóstico da Violência Física contra Crianças e Adolescentes – iniciativa que conta com o apoio do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR).

Estes critérios foram publicados de forma resumida em Nota de Alerta colocada no *site* da SBP e do CBR e serão apresentados neste texto mais detalhadamente. O propósito da campanha para apresentação dos **Critérios Diagnóstico para Violência Física**<sup>11</sup> é de oferecer subsídios ao pediatra, ao radiologista e outros médicos que atuam na área da infância e da adolescência, para que façam este diagnóstico e se sintam seguros na defesa do parecer desta doença.

Nos textos e quadros que seguem, serão mostrados os critérios clínicos, radiológicos e de exames de imagem para o diagnóstico das lesões internas e externas que são específicos dos traumas intencionais, os frequentes e os sugestivos. O conjunto de avaliações que vão definir a situação de Violência Física, que sempre será acompanhada da psíquica, e seus níveis de gravidade.

Este diagnóstico deverá embasar de forma direta e compreensível – por notificação ou denúncia, ao Conselho Tutelar, à Delegacia de Polícia, ao Ministério Público e às Varas de Proteção à Infância e Adolescência – as medidas de investigação e apuração da existência ou não do crime. A lei é muito clara de que a denúncia e a notificação obrigatória devem ser feitas mesmo nos casos de simples suspeita.

Nas situações de flagrante, em que a vítima chega para atendimento em sala de emergência pelas lesões sofridas, ou quando do encontro de lesões suspeitas ou características de terem sido causadas por atos violentos recentes, a denúncia deve ser feita de forma imediata com o acionamento da delegacia de polícia. Cabe à polícia vir ao estabelecimento de saúde para tomada de medidas legais cabíveis ao caso, com o seu registro em Boletim de Ocorrência e a chamada de perito do Instituto Médico Legal, para avaliação técnica das lesões e da vítima.

## 6. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA A VIOLÊNCIA FÍSICA

### 6.1. SINAIS DE ALERTA PARA TRAUMA INTENCIONAL NA ANAMNESE<sup>12</sup>

A avaliação de atendimento médico a situação de trauma na infância e adolescência pode trazer os relatos e posicionamentos clássicos já desde a anamnese, que levam à alta possibilidade de terem sido as lesões encontradas provocadas por traumas intencionais e indicam continuidade da investigação por este viés.

Em casos de dúvidas e suspeitas, o internamento hospitalar para melhor avaliação do paciente, com sua escuta separada dos responsáveis, a busca por outras lesões e o levantamento, na Rede de Proteção, sobre o histórico do paciente e acompanhamento familiar, pode propiciar o diagnóstico e indicar o tratamento e a necessidade ou não de medidas de proteção imediatas.

Das respostas dadas pelos responsáveis, para as questões referentes à descrição do mecanismo do trauma, do meio familiar e das condições do cuidar da criança ou do adolescente, é possível indicar os sinais de alerta – conforme dispostos no Quadro 1.

**Quadro 1.** Sinais de alerta para a Violência Física na anamnese de atendimento à situação de trauma na infância e na adolescência

1. Descrições do trauma discordantes entre os genitores, os responsáveis ou os cuidadores – ou entre estes e a criança/o adolescente.
2. Relatos do mecanismo do trauma que se ampliam ou se modificam com os questionamentos do profissional ou entendimento dos responsáveis que existem dúvidas quanto à origem das lesões.
3. Atraso inexplicável entre o “acidente” e a procura de tratamento médico.
4. Histórico de traumas frequentes, afastadas outras causas, como déficits motores, auditivos ou visuais.
5. Descrição do mecanismo de produção do trauma não condizente com a idade e/ou o desenvolvimento psicomotor da criança.

Fontes: Bustelo D., Pfeiffer L., 2004.<sup>11</sup>

Adaptado de Bustelo D., Pfeiffer L., 2004.<sup>13</sup>

Avaliados o tipo e o mecanismo do trauma, que levou ao comprometimento físico, e afastadas as vítimas de politraumatismo, por acidentes de trânsito e similares, por meio das características das lesões e das partes do corpo comprometidas, de acordo à idade, é possível diagnosticar a origem ou a causa das lesões e identificar o quadro clínico da criança ou do adolescente como de alta suspeição de ter sido causado por trauma intencional.

Quando há observação de lesões, como as detalhadas no Quadro 2, o diagnóstico a ser colocado no prontuário e na denúncia deve ser claro e direto, como descrição das lesões provocadas por Violência Física ou Trauma Intencional.

**Quadro 2.** Características clínicas das lesões externas clássicas de trauma intencional

1. Localização, número e/ou intensidade de lesões (que não correspondem ao trauma relatado) como muito mais intensas do que o “acidente” poderia ter provocado.
2. Lesões que envolvem partes usualmente protegidas ou cobertas do corpo, como laterais de tronco, região interna de membros, pescoço, mamas ou genitália.
3. Eritemas, lacerações e hematomas em pele ou mucosas, bilaterais, simétricas ou em mais de um segmento do corpo.
4. Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura, indicando traumas sucessivos, desde que sem outra doença orgânica ou psíquica que as justifique.
5. Lesões que apresentam forma e aspecto definidos, indicando o instrumento agressor – como mão, unhas, chinelo, varas, fios elétricos, tira ou fivela de cinto, chicotes, arcada dentária.
6. Lesões em face, com comprometimento bilateral ou de mais de um local, como região dos olhos, ouvidos, cavidade oral e ou arcada dentária.
7. Marcas circulares em pulsos ou tornozelos, indicando contenção por amarras.
8. Eritemas, lacerações ou hematomas de forma semicirculares em pescoço, por tentativa de esganadura ou enforcamento.
9. Queimaduras por líquidos quentes que não obedecem a lei da gravidade.
10. Queimaduras por cigarro, arredondadas, de maior profundidade central, que indicam tortura.
11. Queimaduras em luva, em meia ou em região de períneo, de limites mais precisos, indicando a imersão desta parte do corpo em líquido quente.
12. Lacerações, hematomas em região de mamas e ou pescoço, em parte interna de coxas, de períneo e ou perianal.

Fontes: Pfeiffer L, Bustelo D., 2024.<sup>11</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2024.<sup>12</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2004.<sup>13</sup>

Nos casos agudos de trauma na infância e na adolescência, o diagnóstico diferencial entre o intencional e o não intencional é papel e dever do médico, especialmente do pediatra, que pode ter nos exames laboratoriais e nos de imagem a definição de sua suspeita – a comprová-la ou não.

## 7. LESÕES INTERNAS NA VIOLÊNCIA FÍSICA<sup>9,11,12,13,14</sup>

O conjunto formado pelo mecanismo de produção do trauma, pelos danos causados e pelas sequelas possíveis constitui os sinais específicos de traumas físicos intencionais, que possibilitam o diagnóstico de Violência Física.

As lesões de ossos e tecidos moles adjacentes são as manifestações radiológicas mais comuns, na violência contra crianças e adolescentes; sendo as segundas em frequência, de maneira geral, observando as lesões de pele.

Fraturas estão presentes em mais de um terço dos pacientes vitimados de violência física, ressaltando-se que fraturas em crianças menores de dois anos sempre devem ser consideradas suspeitas de serem intencionais, como também as luxações, as entorses e as lesões de órgãos internos são consequências frequentes dos espancamentos.

Os **Exames de Diagnóstico por Imagem** (o Raio-X, a Ultrassonografia, a Tomografia Computadorizada, a Ressonância Magnética e a Cintilografia Óssea) são essenciais para a avaliação de casos suspeitos de trauma intencional, sendo, muitas vezes, fundamentais para a definição da necessidade não apenas de tratamento, mas de proteção de crianças e adolescentes.

Além dos sinais gerais do histórico do trauma e das características das lesões externas, os achados radiográficos podem contribuir para a definição da origem das lesões como consequentes a: Traumas Não Intencionais, Traumas de alta suspeita de Traumas Intencionais e Trauma Intencional ou Violência Física – como indicado no Quadro 3 e no Quadro 4.

### 7.1. LESÕES OSTEOARTICULARES E LESÕES CRÂNIO ENCEFÁLICAS

**Quadro 3.** Lesões osteoarticulares e crânio encefálicas clássicas de trauma intencional

- Fraturas múltiplas, bilaterais ou em diversos segmentos do corpo.
- Fraturas em diferentes estágios de evolução.
- Fratura metafisária com arrancamento em nível de cartilagem de crescimento – “**em alça de balde**”.
- Fratura metafisária por avulsão de pequenos fragmentos de ângulo nas extremidades ósseas – “**de canto – fratura de Caffey**”.
- Fraturas escalonadas de arcos costais, especialmente posteriores.

*continua...*

... *continuação*

- Fratura de escápula.
- Fratura de apófises espinhosas.
- Fratura de esterno.
- Fraturas complexas de crânio.
- Fratura linear de crânio que ultrapassa sutura.
- Afundamento de ossos do crânio – em “bola de pingue-pongue” em recém-nascidos e lactentes.
- Hemorragia subdural ou encefálica em diversos estágios de evolução.

Fontes: Adaptado de Caffey, 1972.<sup>9</sup>

Pfeiffer L, Bustelo D., 2024.<sup>11</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2024.<sup>12</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2004.<sup>13</sup>

Adaptado de Caffey, 1946.<sup>14</sup>

#### **Quadro 4.** Lesões Ósseas e de Tecidos Moles Sugestivas de Trauma Intencional

- Fratura diafisária “**em espiral**”.
- Fratura de extremo distal da clavícula.
- Fratura em corpos vertebrais.
- Fratura em ossos da mão.
- Afastamento de epífises.

Fontes: Adaptado de Caffey, 1972.<sup>9</sup>

Pfeiffer L, Bustelo D., 2024.<sup>11</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2024.<sup>12</sup>

Adaptado de Pfeiffer L., 2004.<sup>13</sup>

Adaptado de Caffey, 1946<sup>14</sup>

## **7.2. LESÕES DE ÓRGÃOS INTERNOS CLÁSSICAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, ENCONTRADAS EM EXAMES DE IMAGENS<sup>11-13</sup>**

Afastados os grandes politraumatismos em acidentes de trânsito e outros de grande impacto, comprovados como tal, o encontro de lesões internas nos exames de imagem deve levar à forte suspeita de trauma intencional e à necessidade de maior

---

avaliação clínica, avaliação interdisciplinar da criança e responsáveis e de avaliação do histórico familiar.

### 7.2.1. LESÕES DE ABDOME

- Laceração de vísceras maciças, como fígado e baço, com hemorragias intra-abdominais.
- Quadro de obstrução intestinal por hematoma de parede do intestino delgado, especialmente de duodeno.
- Lacerações de intestino delgado.
- Lesões vasculares de mesentério; hemorragias em pâncreas levando a quadro de pancreatite e diabetes Tipo 1.

### 7.2.2. LESÕES DE TÓRAX

- Hemorragias de timo.
- Lacerações pulmonares e cardíacas.
- Pneumotórax.
- Hemotórax.

O encontro de lesões clássicas ou de alta especificidade nos exames de imagens autoriza o diagnóstico de traumas intencionais. Imagens sugestivas de trauma intencional, se associadas a sinais de alerta na anamnese e ou a clínicos para a violência, da mesma forma, completam o diagnóstico.

É preciso lembrar que nem sempre, em todos os casos de violência física, acontecerão lesões internas – o que não afasta o diagnóstico, que se baseará nos sinais de alerta da anamnese, nos relatos da criança ou do adolescente e nos encontros de sinais clínicos indicativos de violência.

## 8. SÍNDROMES NA VIOLÊNCIA FÍSICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

No universo das consequências dos traumas intencionais, destacam-se duas síndromes clássicas: a **Síndrome do Bebê Sacudido**<sup>8</sup> (“**Shaken Baby**”) e a **Síndrome da Criança Espancada**<sup>9</sup> (“**Battered Child**”).

A Síndrome do Bebê Sacudido, descrita por John Cafey, em 1972, como “Shaken Baby Syndrome”, é causada por “chacoalhar” o bebê no ar ou contra uma superfície. Ela provoca o cisalhamento de estruturas neuronais e de vasos sanguíneos, que leva

a sinais e sintomas de comprometimento neurológico de aparecimento súbito, na forma aguda, ou progressivo, na forma crônica, não compatíveis com doença infecciosa.<sup>8</sup>

Os exames de imagem específicos, como Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, estão indicados, havendo de ser lembrado que o Raio X simples de crânio normal não afasta a possibilidade de lesão encefálica. O encontro de hemorragias intracranianas (variadas em localização e níveis de gravidade), associado à hemorragia de retina confirmam o diagnóstico (Quadro 6).

#### **Quadro 6.** Critérios Diagnósticos da Síndrome do Bebê Sacudido Aguda

- Hematoma subdural ou hemorragia encefálica de intensidades variadas.
  - Quadro neurológico agudo em diferentes níveis de gravidade, sem sinais infecciosos.
  - Hemorragia de retina, sem traumatismo facial que a justifique.
- \* Pode ser acompanhada de fraturas de arcos costais, frequentemente e posteriores, e fratura de ossos do crânio.

Fonte: Kempe CH, Silverman et al., 1962<sup>8</sup>

## SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO CRÔNICA

A repetição da violência com o sacudir a criança, na qual o ato de chacoalhar é utilizado pelos responsáveis ou cuidadores como forma repetitiva de violência, leva a lesões encefálicas repetitivas e causa sequelas físicas, neurológicas e psíquicas progressivas, com os mesmos achados da Síndrome Aguda, acrescidos das suas sequelas.

## SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA AGUDA

A Síndrome da Criança Espancada, **Battered-Child**, descrita por Kempel e colaboradores em 1962, dificilmente deixa dúvidas diagnósticas, quando se está frente a um quadro exuberante de lesões em vários segmentos e órgãos do corpo, sempre na pele e muitas vezes acompanhadas de fraturas e, por vezes, de lesões de órgãos internos.<sup>8</sup>

## SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA CRÔNICA

Pela falta de diagnóstico e denúncia, muitas crianças e adolescentes permanecem reféns dos atos violentos de seus agressores, fazendo com que os espancamentos

---

se repetam e podendo levar a lesões progressivas no Sistema Nervoso Central e em todo o corpo – o que pode tornar a vida diária insuportável para a criança ou para o adolescente, também pela violência psíquica desestruturante.

## 9. CONDOTA E OBRIGAÇÕES LEGAIS

Nas situações de violência contra crianças e adolescentes, a clínica é soberana e o médico deve seguir os passos para o diagnóstico diferencial entre os traumas intencionais e não intencionais. No caso de suspeita ou confirmação diagnóstica, a notificação e a denúncia aos órgãos de segurança, como as delegacias, e de proteção e justiça, como o Conselho Tutelar, as Varas de Infância e Juventude e o Ministério Público, devem ser feitas de imediato, conforme o compromisso profissional e ético e o dever legal – dado pela Constituição Brasileira, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 13 e 245, e pela Lei n. 14.334/2022<sup>6</sup>.

**Frente à suspeita de trauma intencional que constitua a violência física**, que será sempre acompanhada da psíquica, contra uma criança ou um adolescente, o médico e o estabelecimento de saúde devem:

### I. EM SITUAÇÕES DE FLAGRANTE

- Acionar a Polícia (telefone 190) e o Conselho Tutelar.
- Promover o internamento hospitalar e seguir as medidas de atendimento emergencial.

### II. EM SITUAÇÕES AGUDAS

- Promover o internamento hospitalar.
- Aplicar o tratamento das lesões e do trauma psíquico, de preferência com equipe multidisciplinar.
- Promover a avaliação intrafamiliar.
- Convocar a presença do Conselho Tutelar, para a definição das condutas de proteção de forma imediata.
- Registrar um Boletim de Ocorrência com o diagnóstico da violência ou de suspeita, em delegacia (pode ser *on-line*), para avaliação pericial imediata pelo Instituto Médico Legal.
- Efetivar a Notificação Obrigatória, com relatório detalhado do diagnóstico ou da suspeita.

- Encaminhar a notificação para o Conselho Tutelar e o Ministério Público ou para as Varas de Proteção à Infância e à Adolescência.
- Acompanhar o caso até sua resolução e cura.

### III. EM SITUAÇÕES CRÔNICAS OU SEM SINAIS ATUAIS DE TRAUMA

- Proceder à anamnese dirigida e à avaliação clínica e radiológica da criança ou do adolescente.
- Avaliar a situação intrafamiliar e o risco de repetição da violência.
- Promover o tratamento e acompanhamento interdisciplinar da vítima e dos responsáveis.
- Preencher e encaminhar a Notificação Obrigatória, com relatório detalhado do diagnóstico ou da suspeita em situações graves e gravíssimas.
- Encaminhar a notificação para o Conselho Tutelar e, em situações de maior gravidade, também para a delegacia de polícia e para o Ministério Público ou as Varas de Proteção à Infância e à Adolescência.
- Tratar a vítima e acompanhar o caso até sua resolução e cura.

### IV. TELEFONES DE CONTATO NACIONAIS PARA DENÚNCIA

100 – Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos

181 – Disque Denúncia (Segurança Pública)

## 10. REFERÊNCIAS

01. Pfeiffer L. Violência na Infância e Adolescência – uma doença com várias apresentações, diagnósticos e tratamento. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 423-434.
02. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Violência Física e Psicológica Classificação Internacional. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2024-oms>. Acesso em: 26 de março de 2025.
03. Brasil. Ministério da Saúde. Frequência de Violência Física por Faixa Etária: SINAN 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 26 de março de 2025.

- 
04. Brasil. Ministério da Saúde. Frequência por faixa etária segundo violência física de repetição: SINAN 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 26 de março de 2025.
  05. Brasil. Ministério da Saúde. Frequência por faixa etária segundo violência psicológica/moral: SINAN 2023. Brasília. Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 26 de março de 2025.
  06. Brasil. Ministério da Saúde. Frequência por faixa etária: tortura: SINAN 2023. Brasília. Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 26 de março de 2025.
  07. Pfeiffer L. Violência Química: Violência contemporânea que envolve o pediatra. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 6ª ed. Vol. 1. Barueri [SP]: Manole; 2025. p. 476-481.
  08. Kempe, CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA.1962; 181(1): 17-21.
  09. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Am J Dis Child. 1972 Aug;124(2):161-169.
  10. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Artigos 13, 245. Lei 8.069/1990, redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-aco-es-para-fortalecer-o-eca/ECA2021\\_Digital.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-aco-es-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf). Acesso em: 26 de março de 2025.
  11. Pfeiffer L, Bustelo D. Critérios diagnósticos da Violência Física ou trauma intencional contra criança e adolescentes. [Nota de alerta]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2024. Disponível: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/24708c-NA-Criterios\\_diagnosticos\\_da\\_viol\\_fisica\\_ou\\_trauma\\_intencional\\_contra\\_crc\\_e\\_adl.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24708c-NA-Criterios_diagnosticos_da_viol_fisica_ou_trauma_intencional_contra_crc_e_adl.pdf). Acesso em: 17 de junho de 2025.
  12. Adaptado de Pfeiffer L. Sinais de Alerta na anamnese para violência física. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria.; 6ª ed. Vol. I. Barueri [SP]: Manole; 2025. p. 428-434.
  13. Adaptado de Pfeiffer Violência Física. In: Campos GW, organizador. Segurança da criança e do adolescente. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Nestlé; 2004. p 206-212.
  14. Caffey J. Multiples fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol Radium Ther. 1946;56(2):161-169.

## Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

**Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):**

01. A violência contra crianças e adolescentes sempre existiu na espécie humana e faz parte da falta de cultura e condição socioeducacional, cabendo aos governos voltarem seus esforços para diminuir a pobreza e, com isso, reduzir os números de vítimas.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
02. Os agressores mais frequentes são homens com desequilíbrios mentais e sem cultura, condições que os impedem de viver em sociedade, e que batem nas crianças e nos adolescentes porque não suportam desobediência.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
03. As mães sempre tentam proteger seus filhos contra os companheiros agressores.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
04. Os laços de parentesco e de sangue não impedem a violência contra a criança e o adolescente.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
05. O encontro de fraturas em diferentes estágios de consolidação, em mais de um segmento do corpo, e a presença de hematomas em face e membros superiores, sem descrição de trauma não intencional de grande impacto, como atropelamentos, fecham o diagnóstico de Síndrome da Criança Espancada.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
06. A obesidade em criança de dois anos de idade, que frequenta regularmente a unidade de saúde, sem doença de base que a justifique, deve ser interpretada como violência física.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]
07. Deve-se sempre acreditar na fala da genitora, especialmente quando ela solicita medicação psicoativa com insistência, dizendo que o filho de cinco anos tem Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH e autismo, porque não vai bem na escola e no prédio em que moram ele não tem muitos amigos.  
Verdadeira [  ]                      Falsa [  ]                      Não sei [  ]

- 
08. Lesões internas como laceração de vísceras maciças (fígado e baço), hemorragias intra-abdominais em crianças de 10 anos e hematomas em parede abdominal anterior e histórico de ter caído da cama, indica diagnóstico provável de espancamento.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
09. Quadro agudo de dor no peito intensa, com diagnóstico de hemorragia de timo, sem nenhum sintoma anterior, em adolescente de 14 anos de idade, pode ser causado por impacto de uma bola de futebol que sofreu há dois dias.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
10. Fratura em alça de balde em ossos longos pode ser causada por de triciclo em criança de três anos.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
11. Para serem consideradas violências físicas, deve haver a presença de fraturas ósseas.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
12. As brigas entre os adolescentes na escola são as mais frequentes causas de fraturas.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
13. Avó traz o neto de quatro anos para a unidade de educação infantil e ele dorme a manhã toda, como na maioria dos dias da semana. Chamada à escola, a avó que tem a guarda do neto explica que ele tem estado muito agitado e ela resolveu dar algumas colheres do remédio que tem para dormir, no dia anterior, como faz quando está muito cansada. O médico deve chamar o Conselho Tutelar e fazer notificação para o Ministério Público, por prática de violência, neste caso química, com risco de morte.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
14. O encontro de hemorragia cerebral difusa em hemisfério direito e na retina em crianças de 11 meses, sem sinais de trauma de face de grande impacto, indica o diagnóstico de Síndrome da Criança Sacudida.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
15. A autoagressão por cortes nos braços e pernas, em adolescente de treze anos de idade, é uma forma comum de chamar a atenção dos pais  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]





**PRONAP-SBP**  
CICLO XXVII - NÚMERO 2

## **TEMA 3**

# Apresentações da Violência Sexual no Atendimento Pediátrico

Texto Base:

Maria de Fátima Fernandes Géa<sup>1</sup>

Marco Antônio Chaves Gama<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médica Pediatra.

Membro do Departamento de Prevenção e Enfrentamento às Causas Externas da SBP.  
Coordenadora do Centro de Referência ao Atendimento de Vítimas de Violência Sexual –  
CRAI/SMS/POA/RS.

Membro do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes –  
CEEVSCA/RS.

<sup>2</sup> Médico Pediatra e Hebiatra.

Pós-graduação em Saúde Mental da Infância e Adolescência.  
Acadêmico da Academia Mineira de Pediatria.

Membro do Departamento Científico de Prevenção e enfrentamento das causas externas na infância  
e adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Membro do Grupo de Trabalho Saúde Digital da Sociedade Brasileira de Pediatria.

## Questionário Pré-teste

Responda com o que sabe.

Não se preocupe em acertar tudo antes de estudar o texto.

Também não se preocupe com o tempo que levará para respondê-lo. Não é uma prova com duração definida.

O mais importante é identificar onde você tem maior dificuldade. Isto o ajudará no estudo do tema.

**Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):**

01. Pode-se afirmar que a violência sexual é um fenômeno complexo e multifatorial, que pode ocorrer com qualquer indivíduo, independentemente de sua condição socioeconômica?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
02. Os jogos sexuais entre uma criança e um adulto são a pior forma de violência sexual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
03. A tipificação do crime de violência sexual como Estupro de Vulnerável ocorre quando a vítima é uma criança ou adolescente menor de 14 anos?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
04. É correto dizer que crianças e adolescentes que sofreram violência sexual na infância nunca reproduzirão a violência na vida adulta?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
05. No atendimento pediátrico, quando se depara com um caso de violência sexual, é correto interrogar a vítima detalhadamente sobre tudo o que aconteceu?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
06. Pode-se afirmar que, para realizar o diagnóstico de violência sexual, é necessário que a vítima apresente uma lesão na região genital ou anal?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
07. Deve-se comunicar ao Conselho Tutelar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]

- 
08. O preenchimento da ficha SINAN de notificação das violências, nos casos suspeitos ou confirmados de violência sexual, é obrigatório para os profissionais da saúde que atenderem o caso?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
09. Crianças e adolescentes com pouco ou nenhum vínculo saudável com os pais podem ser vítimas mais fáceis dos agressores da *internet*?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
10. A prática de *selfies* em poses sensuais, o envio de nudes, o uso de *Snapchat* e a exposição sexual de crianças e adolescentes podem facilitar a ocorrência de violência sexual no mundo virtual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
11. Quando um agressor tem imagens íntimas e sexuais de crianças e adolescentes, ele usa estes dados para somente ter prazer pessoal?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
12. Os principais sinais e sintomas psíquicos causados pela violência sexual na criança e adolescente são: ansiedade exagerada, angústia, irritabilidade, alteração de sono, queda de rendimento escolar, isolamento social, excesso de uso de telas com portas fechada, inclusive no horário da madrugada, escolhas ou busca de roupas íntimas eróticas e autoagressão.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
13. A violência sexual pela *internet*, contra crianças e adolescentes, pode levar a algumas alterações comportamentais e clínicas nas vítimas, como erotização precoce, solicitação atípica de roupas íntimas, maquiagem exagerada, curiosidades sobre assuntos sexuais, masturbação compulsiva, infecções urinárias de repetição e lesões anais sem causa orgânica.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
14. O estupro virtual tem como característica o prazer distorcido do agressor em meio virtual apenas para extorsão financeira?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
15. O Código Penal Brasileiro não apresenta um suporte de leis para condenação do agressor que comete Estupro Virtual contra suas vítimas?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]

# Apresentações da Violência Sexual no Atendimento Pediátrico

## PARTE I: NO MUNDO REAL

*Maria de Fátima Fernandes Géa*

### 1. INTRODUÇÃO

Atender vítimas de violência sexual é um grande desafio para qualquer profissional, uma vez que, para acolhermos com empatia, devemos enfrentar dificuldades pessoais e profissionais. Pessoais, porque precisamos nos libertar dos nossos próprios tabus, para podermos falar sobre o assunto abertamente, sem preconceitos ou medos. Profissionais, porque ainda existem muitas dificuldades na elaboração de políticas públicas e fluxos para este tipo de atendimento, uma vez que muitos gestores continuam acreditando que violência é apenas uma questão de polícia, quando na verdade é um sério agravo em saúde. Além disso, há carência de profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que queiram trabalhar com essa temática.

Ao pensarmos em violência, devemos lembrar que este agravo existe na sociedade desde os seus primórdios. Além das questões de cunho socioeconômico, o ambiente, a cultura e os valores, passados de uma geração a outra, também influenciam positiva ou negativamente na maneira como o indivíduo reconhece o outro, com respeito, sem violar seus direitos mais básicos – como o direito à liberdade de expressão, à segurança, à educação, à família, entre outros. Conseqüentemente, devemos entender a violência como um fenômeno que perpassa características de crença, cultura ou condição social, podendo atingir qualquer pessoa a qualquer momento. Cabe ressaltar que as violências intrafamiliares não dependem de situação sociocultural, credos ou etnias, podendo estar presentes nos atendimentos pediátricos nas emergências, nos ambulatórios e nos consultórios particulares.

A violência é um fenômeno muito presente no cotidiano, segundo o DATASUS.<sup>1</sup> Em 2023, foram notificados 78.537 casos de violência sexual no Brasil. Destes,

10.249 ocorreram com crianças de 1 a 4 anos; 13.148, de 5 e 9 anos; 23.615, de 10 e 14 anos; e 9.665, de 15 a 19 anos. A faixa etária mais atingida é a de 10 a 14 anos, porém se observa que a violência vem acometendo cada vez mais crianças em idades menores. Quanto ao sexo, o feminino correspondeu a maioria dos casos, com 70.039 notificações. Outro dado significativo é a gestação entre adolescentes. Foram registrados 2 casos em gestantes menores de 10 anos, 13.939 casos, entre 10 e 14 anos, e 289.340, em idades entre 15 e 19 anos. Este dado é muito relevante, uma vez que a gestação entre adolescentes oferece mais riscos para a vida da mãe e do bebê. Além disso, muitas meninas abandonam a escola por falta de suporte familiar.

De forma geral, em serviços especializados que atendem violências, como o Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil (CRAI), que recebe crianças e adolescentes vítimas deste crime, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observam-se duas grandes subpopulações entre as vítimas, com perfis diferentes, sendo um grupo de agredidas por um conhecido, correspondendo a maioria dos casos, e um grupo de agredidas por um desconhecido. No primeiro grupo, nota-se que predomina a violência intrafamiliar, com início dos atos mais cedo na infância e, portanto, atingindo uma faixa etária mais jovem. Por consequência, ocorre maior número de violências praticadas, além de menor taxa de procura pelos serviços de saúde, assistência e polícia. Fato esse explicado pelo vínculo afetivo entre a vítima e o agressor e pelas relações familiares presentes. No segundo grupo, evidenciam-se vítimas de faixa etária mais elevada, maior associação com agressão física e maior procura por auxílio em todas as áreas, principalmente a denúncias nas delegacias de polícia. O fato de não haver vínculo com o agressor “facilita” a denúncia.

## 2. CONCEITO DE VIOLÊNCIA

Para diagnosticarmos uma situação de violência no atendimento pediátrico, é necessário entendermos o contexto e o significado desse fenômeno. A violência é classificada de duas formas: quanto a sua tipologia e quanto a sua natureza. Quanto à tipologia, ela pode se apresentar como uma violência autoprovocada ou autoinfligida (violência contra si próprio); violência intrafamiliar, doméstica ou comunitária (também chamada de interpessoal); e violência coletiva, causada por grupos políticos, organizações terroristas, milícias, entre outros.<sup>2,3</sup> Quanto a sua natureza, a violência pode ser dividida em maus-tratos ou em violência física, sexual, psicológica ou moral; negligência ou abandono; financeira e econômica; tráfico de pessoas; intervenção legal; tortura e homofóbicas; contra homens e mulheres em todas as idades.<sup>2,3</sup>

### 3. CONCEITO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Ao tratarmos especificamente da violência sexual, da mesma forma, torna-se importante entender o seu conceito, seus fatores de risco, suas formas de apresentação e seus sinais e sintomas. Sendo assim, em 2004, o Ministério da Saúde definiu que “violência sexual é todo o ato ou jogo sexual com a intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágios de desenvolvimento biopsicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente”.<sup>4</sup> Isso é relevante, porque o autor da agressão, geralmente, usa de sedução e de coerção para praticar o ato. Diferentemente das situações que envolvem crianças e adolescentes da mesma faixa etária ou com idades próximas, que devem ser analisadas cautelosamente por poder tratar-se de jogos sexuais. Como o próprio nome diz, os jogos são brincadeiras movidas pela curiosidade sobre o corpo e sobre a sua sexualidade, não sendo necessário seduzir ou coagir ninguém. Fazem parte do desenvolvimento. Segundo Freud, “a sexualidade não é aprendida pelo indivíduo, mas ela se manifesta de forma espontânea. A criança traz em si a sexualidade quando vem ao mundo”.<sup>5</sup> É importante separar o que seria o desenvolvimento normal, esperado da sexualidade humana, dos sinais de erotização precoce e outras formas de violência sexual.

Outro conceito fundamental para nortear o atendimento a uma vítima de violência é o de Estupro de Vulnerável. Por se tratar de um crime muito grave, os conceitos de crime de estupro e de estupro de vulnerável surgiram com a Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009, que define os crimes contra a dignidade e a liberdade sexual, em dois artigos:

- O art. 213, que considera como crime de Estupro: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”, o que significa dizer que a lei protege tanto mulheres como homens. Antes, a liberdade sexual era preservada apenas para as mulheres, sendo somente elas consideradas vítimas, enquanto os homens eram apenas agressores.<sup>6,7</sup>
- O art. 217-A, que definiu o conceito de estupro de vulnerável: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, independente do sexo da vítima. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los”. A lei entende que, abaixo de 14 anos, a vítima não apresenta maturidade suficiente para consentir com um ato sexual, tampouco para avaliar as possíveis consequências do seu consentimento, tais como o risco de uma gestação ou de adquirir uma infecção sexualmente transmissível (IST), representando sempre uma violência física, psíquica e sexual.<sup>6,7</sup>

Para fins da lei, cabe explicar a diferença entre a Conjunção Carnal e os outros Atos Libidinosos. Conjunção carnal é a relação pênis/vagina, e os outros Atos Libidinosos têm uma abrangência maior, englobando situações como o sexo oral, o sexo anal,

---

os toques íntimos, os beijos não consentidos ou as carícias; ou seja: qualquer ato destinado a propiciar prazer sexual.<sup>8</sup>

A violência sexual pode ser intrafamiliar (praticada por alguém da família), extrafamiliar – praticada por conhecidos/amigos da vítima ou por estranhos.

## 4. FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA SEXUAL

Observa-se que algumas situações são fatores de risco para a violência, tais como a faixa etária (a violência tende a aumentar no início da puberdade), o gênero (as meninas sofrem 1,5 a 3 vezes mais violência sexual do que os meninos), o histórico de violência sexual familiar (indivíduos que sofreram violência na infância – e que não receberam atendimento em saúde mental – tendem a reproduzir a violência na sua vida adulta), a violência doméstica, o uso de substâncias ilícitas pelos genitores, as doenças mentais ou físicas dos pais (que dificultem os cuidados com os filhos), a pouca frequência na escola ou o abandono escolar (faz com que as crianças e os adolescentes deixem de frequentar espaços de proteção e fiquem “nas ruas” ou com diferentes cuidadores, tornando-se mais vulneráveis), a idade mais jovem dos pais, a presença de gestação indesejada, as pessoas com deficiência, como a deficiência intelectual (tornam-se mais vulneráveis, pois, além da própria dificuldade de compreensão do que é a violência, têm dificuldades em verbalizá-la quando ocorre), o uso de substâncias ilícitas na adolescência e o uso das redes sociais sem supervisão (pode ter como consequência o acesso a sites de pornografia e o contato com pedófilos).<sup>9,10,11</sup>

## 5. FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Quanto as suas formas de apresentação, salienta-se que pensar em violência sexual apenas como uma “relação sexual propriamente dita”, é um erro terrível, pois, apesar de essa forma ser gravíssima, este pensamento simplifica a abrangência deste fenômeno, excluindo outras formas também gravíssimas de violência, tais como:

- Manipulação de genitais, mamas e ânus.<sup>8</sup>
- Incesto.<sup>8</sup>
- Exploração sexual.<sup>8</sup>
- Exposição a conteúdo pornográfico e/ou à relação sexual.<sup>8</sup>
- Exibicionismo.<sup>8</sup>

- Práticas eróticas não consentidas ou aquelas impostas, como o assédio sexual (beijo na boca, falas e elogios inadequados para a faixa etária).<sup>8</sup>
- Voyeurismo, obtenção do prazer sexual por observação.<sup>8</sup>
- Por fim, a relação sexual seja pênis/vagina, pênis/ânus e o sexo oral.

## 6. DIAGNÓSTICO

Por ser uma doença multifatorial e complexa, a violência sexual pode se manifestar de diferentes maneiras em cada indivíduo, apresentando sinais e sintomatologias diversos. Da mesma forma, um mesmo indivíduo pode sofrer mais de um tipo de violência; por exemplo: violência sexual, psicológica e física. Sendo assim, o diagnóstico deve ser realizado a partir de boa anamnese e atento exame físico.

### 6.1. ANAMNESE

A anamnese deve ser conduzida com empatia, sem preconceitos ou julgamentos. Deverá ser completa, abordando dados de pré-natal, nascimento, histórico de alergias, doenças ou internações, uso de medicações, calendário vacinal, menarca, vida sexual (se ativa ou não) e uso de métodos contraceptivos. É muito importante abordar o uso de telas e redes sociais, além das questões comportamentais relacionadas à escola (desempenho escolar, relação com colegas e professores), aos amigos e à família. Avaliar também histórico de depressão, autolesões, tentativas de suicídio ou de ideação suicida e isolamento social; ou seja, de mudanças de comportamento. Situações como separação dos pais, violência doméstica, brigas constantes do casal, nascimento de um irmão, morte de um familiar ou amigo, mudanças de casa ou escola devem ser analisadas como diagnóstico diferencial – visto que também podem desencadear mudanças de comportamento.

As informações sobre a violência devem ser preferencialmente coletadas com o responsável que está acompanhando o paciente na consulta, em um ambiente separado da vítima. Nesta avaliação, algumas perguntas importantes podem ser feitas para entendermos os fatos e em que contexto aconteceram. É fundamental saber como ocorreu a violência, onde, quando, quem é o agressor, se apresenta vínculo afetivo com a vítima, se é familiar, amigo/conhecido ou um desconhecido, se mora na mesma casa e se houve contato íntimo ou relação sexual. Esses dados auxiliam nas condutas referentes à proteção do paciente e à definição da necessidade de coleta de exames e uso de medicações profiláticas para as IST. É importante averiguar também se esse responsável é confiável, se não é partícipe ou conivente com a violência.

No diálogo com a vítima, se necessário, perguntar o estritamente necessário para nortear o tratamento (uso de medicações e solicitação de exames) e para proteção.<sup>12</sup> Não nos cabe realizar uma investigação, apontar culpados ou julgar os fatos. Questionamentos quanto a “se houve contato íntimo, relação sexual, quando aconteceu a última vez e se foi um evento agudo ou é uma violência crônica” podem ser importantes para termos mais clareza nas decisões das condutas frente ao caso. Se o médico trabalha em um serviço que conta com a presença de psicólogos e assistentes sociais, ele pode e deve solicitar auxílio na avaliação da situação. O atendimento interdisciplinar qualifica o diagnóstico e a conduta.

## 6.2. EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser completo, incluindo as regiões dos genitais e anal, o exame da pele, das mucosas e da cavidade oral. Atenção especial para a presença de autolesões nos antebraços, abdômen e face interna das coxas, além de hematomas e equimoses que possam ter sido causados por maus-tratos físicos, que podem estar associados à violência sexual. Existem alguns achados inespecíficos que podem ser violência e achados mais específicos que podem ser encontrados por violência:

### a) **Achados inespecíficos de contato sexual:**

- Hiperemia dos genitais.<sup>3</sup>
- Presença de secreção vaginal.<sup>3,13</sup>
- Lesões em genitais e ânus semelhantes a condiloma.<sup>3,13</sup>
- Projeções ou apêndices da prega anal.<sup>3</sup>

### b) **Achados encontrados por contato sexual:**

- Presença de lacerações vaginais e anais agudas e cicatrizadas.<sup>3</sup>
- Sangramento vaginal em pré-púberes, excluídos corpo estranho e puberdade precoce.<sup>14</sup>
- Sangramento ou fissuras anais, sem causas orgânicas.<sup>14</sup>
- Dilatação e hipotonia do esfíncter anal, sem causa orgânica.<sup>14</sup>
- Hematomas de pregas anais.<sup>3</sup>
- Equimoses na região perineal, perianal, cervical e em orofaringe.<sup>3</sup>
- Presença de marcas de mordidas mais frequentes em mamas, parte inferior do abdome, períneo, região perianal e parte interna das coxas.<sup>14</sup>
- Infecções por *Treponema pallidum*, HIV, Vírus da Hepatite B, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*, Herpes genital, Papilomavírus humano (HPV).<sup>3,13</sup>

- Presença de sêmen nas regiões vaginal e anal.<sup>3</sup>
- Gravidez e aborto.<sup>14</sup>

Verrugas na cavidade oral também devem ser investigadas. Todos esses achados, associados à história clínica, auxiliarão no diagnóstico e nas condutas.

### 6.3. SINTOMAS

A violência pode se apresentar apenas por mudanças de comportamento, sem nenhum achado de exame físico ou de história na anamnese. Na maioria dos casos, não há marcas externas, tampouco relato. As “pistas” estão nos comportamentos que mudam na escola, com os amigos e na família. Isso se explica a partir de sentimentos de medo, angústia, vergonha, baixa autoestima, entre outros. É comum o medo na vítima de que não acreditem no seu relato, de sofrer retaliações do agressor, de que algo ruim aconteça consigo ou com sua família, de ser rejeitada e/ou retirada da família, de não saber explicar o que está acontecendo, de ser julgada como culpada e até mesmo de que aconteça algo com o agressor. Estes medos e angústias podem se manifestar como dificuldade escolar, irritabilidade, tristeza, apatia, isolamento social, lesões autoprovocadas, entre outros. Cabe ressaltar que, como descrito anteriormente, na ausência de relato sobre a violência e de achados no exame físico que embasem o diagnóstico, essa sintomatologia deve ser analisada cautelosamente, afastando-se outras causas.

Importante esclarecer que a ausência de lesões não significa que a violência não exista. Ademais, muitas lesões ou sintomas, mesmo que clinicamente não graves, podem ser o único indicador de uma violência mais grave.

## 7. CONDUTA

A conduta, diante de casos de violência sexual, pode ser dividida em duas frentes, mesmo tendo algumas orientações em comum. A primeira situação se refere aos casos em que a vítima relata espontaneamente a violência, enquanto a segunda refere-se aos casos em que há uma suspeita de que o paciente esteja passando por alguma situação de violência.

### 7.1. QUANDO HÁ O RELATO DA VÍTIMA

- a) Acolher sem julgamentos e sem interrogatórios, mas de forma profissional e empática.
- b) Não prometer o que não poderá ser cumprido. Por exemplo: não se deve prometer que ficará tudo bem, que o agressor será preso imediatamente ou que tudo será

---

perfeito dali em diante. Devemos explicar que, a partir desse momento, o processo de ruptura deste ciclo de violência poderá ser difícil, mas que o paciente contará com o nosso apoio e daqueles membros da família da sua confiança. Orientar o afastamento da vítima do convívio com o agressor.

- c) Não prometer sigilo. É obrigação do profissional que atende o caso comunicar os fatos ao responsável pelo paciente, avaliando a possibilidade deste responsável ser o agressor, um partícipe ou ser conivente com a violência. Avaliar também se houve omissão nos cuidados. De acordo com o artigo 13, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Conselho Tutelar deve ser comunicado, sem prejuízo das outras medidas legais cabíveis, como a denúncia e o acionamento da Delegacia de Polícia, em casos agudos que constituem um flagrante. Além disso, deve ser realizada também a notificação ao Ministério Público das Varas da Infância e Juventude – mesmo frente a simples suspeita, visando a proteção da vítima.<sup>15</sup>
- d) Notificar a vigilância em saúde do município, preenchendo a Ficha de Notificação (SINAN). Segundo a Portaria MS/GM nº 1.271, de 06/06/2014, a violência sexual é um agravo de notificação compulsória.<sup>16</sup>
- e) Orientar o familiar responsável para o registro do Boletim de Ocorrência Policial (BOP), explicando que se trata de um crime. Aguardar este registro para a liberação do paciente. A negativa desta medida obriga o profissional, de preferência o estabelecimento de saúde, a realizar o registro do BOP, mesmo frente a suspeita. Isto é necessário para que as autoridades legais tenham ciência e sigam o processo de apuração do crime, além de instituírem medidas eficientes de proteção à vítima.
- f) Solicitar sempre exames para triagem de IST, como Anti-HIV, Anti-HCV, HbsAg, Anti-Hbc total, VDRL e sorologia para *Clamídia trachomatis*. Caso haja leucorreia identificada ao exame físico, coletar um *swab* da secreção vaginal e encaminhar o material para exames, com pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*. Solicitar Beta HCG, mesmo que não haja história de atraso do ciclo menstrual ou de relação sexual sem proteção, pois a informação da paciente nem sempre será precisa e fidedigna. Outros exames ficam a critério médico, de acordo com cada caso.
- g) Nos casos agudos de violência sexual, indicar as profilaxias pós-exposição (PEP), para as IST, e anticoncepção de urgência, para evitar a gestação, após teste de gravidez, que pode ser pré-existente – preferencialmente até 72h do ocorrido. Verificar a situação vacinal do paciente com relação à vacina da Hepatite B.
- h) Agendar consulta de retorno e manter o acompanhamento pelo período de 6 meses, que corresponde à janela imunológica para o HIV.
- i) Encaminhar o paciente para atendimento psicológico e para os serviços de assistência social, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), de acordo com cada caso. A família também deve ser encaminhada para os mesmos atendimentos – se necessário. Da mesma forma, indica-se o acompanhamento interdisciplinar

quando há a suspeita de que os responsáveis sejam os agressores – coniventes ou partícipes da violência, incluindo os genitores. Nestes casos, a indicação do acompanhamento interdisciplinar é feita para melhor avaliação do caso, dos riscos e das medidas de proteção necessárias.

## 7.2. QUANDO HÁ SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL, SEM O RELATO DA VÍTIMA

- a) Falar com o paciente de forma acolhedora, profissional e empática, colocando-se à disposição para conversar. Não fazer interrogatórios diretos ou de cunho investigatório. O papel do médico é o de cuidar da saúde e de orientar a proteção, não é de investigar o caso. Investigação compete à polícia.
- b) Dialogar com o responsável pelo paciente em separado, fazendo perguntas diretas sobre a suspeita da violência. Avaliar se houve alguma omissão de cuidados ou participação na situação que desencadeou a suspeita, de forma direta ou indireta, por parte deste responsável.
- c) Realizar uma anamnese e um exame físico completos, em busca de achados que possam confirmar a suspeita.
- d) Comunicar o Conselho Tutelar (CT), para que possa avaliar e acompanhar a família. De acordo com o Estatuto de Criança e Adolescente - ECA, casos suspeitos também devem ser comunicados, por e-mail e sempre que possível de forma direta em conversa com o CT. Da mesma forma, devem ser notificados para vigilância em saúde (SINAN)<sup>14,15</sup> e para o Ministério Público, se a suspeita permanecer nos próximos atendimentos.
- e) Encaminhar a criança ou o adolescente, assim como a família, para atendimento psicológico e para os serviços de assistência social, como CREAS e CRAS – se necessário.
- f) Manter o acompanhamento ambulatorial para que possa criar um bom vínculo e novas oportunidades de observar e avaliar o paciente.
- g) Solicitar exames para triagem de Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), sempre que houver a suspeita de violência sexual, e o Beta HCG, se houver suspeita de gestação.

## 8. TRATAMENTO

Tratamentos medicamentosos estão indicados na presença de alguma IST ou de outra doença diagnosticada durante o atendimento. A profilaxia pós-exposição (PEP) deve ser iniciada nos casos agudos em que a violência ocorreu até 72h antes do atendimento. Nestas situações, também está indicada a anticoncepção de emergência.

Casos de sofrimento agudo psíquico, com risco de vida, devem ser encaminhados para uma emergência psiquiátrica e para atendimento psicoterápico imediato. Nos casos sem risco, deve-se orientar o atendimento psicológico, com agendamento de retorno para acompanhamento do caso também pelo pediatra.

## 9. PROGNÓSTICO

O maior desafio no atendimento das vítimas de violência sexual é o trabalho em rede para prevenção deste agravo. Se não houver diálogo entre todos os órgãos envolvidos na proteção – como saúde, assistência social, conselhos tutelares, escolas, promotorias, segurança pública, entre outros – não haverá política pública capaz de prevenir, combater e evitar a violência e a sua recorrência. Somente o trabalho integrado é capaz de avaliá-la na sua totalidade, desnudando todas as vulnerabilidades que a acompanham. Ao médico compete uma parte muito importante deste todo, uma vez que é ele quem deverá ter a capacidade técnica para o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento dos casos de violência. As discussões em equipes multidisciplinares têm muito mais êxito na resolução dos casos, bem como no seu acompanhamento. Além disso, o atendimento psicoterápico é fundamental para o enfrentamento, o reconhecimento e a cura dos danos que essa violência pode causar no desenvolvimento psíquico das crianças e dos adolescentes. Danos estes que muitas vezes não provocam suturas na pele, mas que precisam ser suturados na alma.

## PARTE II. VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNDO VIRTUAL

*Marco Antônio Chaves Gama*

### 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O mundo virtual tem produzido muitos benefícios para humanidade – como avanços na medicina, na comunicação, nos transportes, nas indústrias, na agricultura, dentre outros. Porém, surgiram também novos problemas causados pelo uso negativo da internet por uma grande população de pessoas perversas, incluindo violadores sexuais de adultos e crianças – dentre estes, os pedófilos. A velocidade que *internet* foi criada, sendo cada vez mais rápida e usada pela grande maioria das pessoas, dos lares e

das famílias, fez com que muitos não conseguissem acompanhar esta evolução para seu benefício – incluindo as crianças e os adolescentes.

Muitos usuários do mundo virtual passaram a utilizar os meios digitais de forma inadequada e sem segurança, seja com exposição da vida pessoal, seja aceitando como verdade informações distorcidas, seja por outros interesses, como consumo a qualquer preço e para qualquer idade, movidos pela inteligência artificial e pelos algoritmos. Neste ritmo, talvez, sem se darem conta, esses usuários abriram suas portas para a aproximação de pessoas estranhas, com perfis falsos – restando as crianças e os adolescentes como principais vítimas desses agressores.

Alguns pais passaram a fazer uso exagerado e descontrolado das telas e, como consequência direta disso, promoveram a introdução precoce da criança no uso de *internet* – até mesmo como um caminho para a terceirização do cuidar. Assim, eles têm evoluído para o distanciamento e a permissão de que sejam apresentados, às crianças e aos adolescentes, valores e conceitos que talvez não se enquadrem com os desses pais, fazendo involuir, em certas situações, para a diminuição progressiva dos laços que deveriam unir pais e filhos – podendo chegar à desvinculação total.

Por outra situação de risco, certos pais passaram a usar a *internet* com uma exposição de si e da família, com ruptura importante da privacidade e proteção a todos, constituindo este exemplo uma situação espelho para os filhos.

Crianças e adolescentes com pouco vínculo afetivo – ou em uma desvinculação progressiva com os pais – passam a ter na *internet* um espaço importante de suas vidas para buscar substitutos para atenção e escuta, tornando-se, desta forma, presas mais fáceis para os agressores virtuais, que comentem os crimes de violências, de extorsão, intimidação, indução, indução à autoagressão e inclusive de violência sexual pela *internet*.

## 2. COMPORTAMENTOS QUE PODEM FACILITAR A VIOLÊNCIA SEXUAL PELA *INTERNET*

Os novos hábitos na forma do uso da *internet* – por crianças, adolescentes e seus pais – passaram a incluir a exposição de informações pessoais e da família, mostrando comportamentos e fotos, sem o cuidado de que também seriam vistos pelos violadores da *internet*. Desta população, tem-se os simplesmente cruéis, os sociopatas ou os psicopatas – entre estes, também os perversos e/ou os pedófilos.

Nas plataformas e nos aplicativos – como *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*, *Tik Tok*, *Telegram*, dentre outros – alguns usuários da *internet* praticam a exposição de tipos

---

de diálogo que podem ter informações sobre a fragilidade das vítimas. Entre estas fragilidades, para a infância e a adolescência, além de dados e características pessoais, imagens, simples ou sensuais, situações de desestruturação familiar, de desamparo e desvinculação com os pais, podem ser subsídio importante para os agressores no sistema “catfish”.

O estudo *TIC Kids ON LINE*, de 2024, 17 uma amostra com 2.024 crianças e adolescente, apresentou alguns dados. Tiveram contato com desconhecido na *internet*, segundo a faixa etária: de 9 a 10 anos, foram 9%; de 11 a 12 anos, 18%; de 13 a 14 anos, 39%; e de 15 a 17 anos, 43%.

Isto mostra que, à medida que aumenta a idade, os riscos do contato com desconhecido aumentam. Um dado mais grave do estudo é o número de crianças e adolescentes que já haviam se encontrado pessoalmente com alguém que conheceram na *internet*. De acordo à faixa etária, foram: 3%, de 9 a 10 anos; 5%, de 11 a 12 anos; 20%, de 13 a 14 anos; e 19%, de 15 a 17 anos. Estes dados mostram o alto risco e a desproteção desse público, pois um quinto dos adolescentes entrevistados, ou 20%, na faixa de 13 a 17 anos, aceitou um encontro com pessoas totalmente desconhecidas.

As **selfies** são fotos tiradas e enviadas pela própria pessoa que aparece na foto, para outros, ou colocadas nos aplicativos virtuais. Porém, em alguns casos, elas passam a ter conotação e poses sensuais, mesmo na infância e na adolescência. Esta exposição pode estar sendo estimulada por atitude espelho dos pais ou por indução e vício progressivo de expor a própria imagem e sua privacidade quando solicitada, em situações diversas, podendo, algumas vezes, levar à sensação de estar sendo visto ou admirado, diminuindo a sensação de solidão e/ou a baixa de autoestima.

Os **nudes** consistem no envio de fotos pessoais, do corpo desnudo ou com roupas íntimas, ou de parte do corpo, em atitudes sensuais ou erótica, em exposição induzida e divulgada como normal entre os adolescentes, que nunca terão a possibilidade de controlar o uso destas imagens.

O **Snapchat** é uma rede social que permite compartilhar fotos e vídeos, de forma rápida, pois desaparecem após serem visualizados, levando à sensação enganosa de que não poderão ser compartilhados com outros.

Em muitas dessas fotos, os usuários expõem as partes sexuais sem mostrar o rosto, como se quisessem evitar o seu reconhecimento; porém, esse reconhecimento pode acontecer por alguns detalhes do ambiente onde foi tirada e/ou de marcas pessoais – como cicatrizes, tatuagens – que permitem a identificação de quem ali se expôs. A foto fica pouco tempo de exposição, mas o suficiente para ser feito uma captura de tela (*print*) e o reenvio para quaisquer pessoas e meios.

Estes comportamentos podem caracterizar falta de orientação, imaturidade, impulsividade e desamparo familiar, sem os jovens terem a noção das possíveis complicações.

O **sexting** é considerado atualmente uma expressão da sexualidade de alguns adolescentes, no que muito há de questionar. É uma forma na qual os adolescentes e jovens usam redes sociais, aplicativos e dispositivos móveis para produzir e compartilhar imagens de nudez e sexo, por fotografia ou vídeo. Eles também trocam textos de conteúdo sensual ou erótico, com objetivo de fazer um convite e insinuações sexuais para conquista de namorados, pretendentes e/ou amigos. As brincadeiras e os jogos sexuais dos adolescentes, com a chegada da *internet*, evoluíram para o *sexting*. O grave do *sexting* não é a prática, mas o que pode acontecer depois. A partir de colocadas no mundo virtual, o uso destas imagens não tem mais controle e, em se tratando de sexo, terá uma velocidade viral para espalhar, podendo chegar até em *sites* de pornografia. Esta imagem sexual pode permanecer anos na *internet* e voltar a aparecer quando uma pessoa vai fazer uma entrevista de emprego, no início de novo relacionamento, em situação de difamação e possivelmente até quando tiver filhos.

O estudo de Pampati e cols., publicado na *Jama Pediatrics*, de 2020, mostra que a prevalência para o que definiram como “*sexting* não consensual” é importante. Conclui-se que ter uma foto sexual compartilhada sem permissão foi associado à violência sexual sem contato físico, tendo como sequelas na vítima os sentimentos persistentes de tristeza ou desesperança, sem solução ou controle, podendo chegar até suicídio.<sup>18</sup>

Uma pesquisa sobre *sexting*, com 3.223 adolescentes espanhóis de 12 a 17 anos, sendo 49,9% feminino, com idade média de 14 anos, não demonstrou diferença de incidência deste comportamento entre os sexos. A prevalência geral de *sexting* foi de 13,5%, variando de 3,4%, aos 12 anos, até 36,1%, aos 17 anos. Com aumento da idade cronológica, também aumenta a prática de *sexting*.<sup>19</sup>

### 3. PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNDO VIRTUAL

Violência é definida como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra outra pessoa e que tenha possibilidade de resultar em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação e morte.

Violência sexual significa o uso da força ou da manipulação de outra pessoa para obrigá-la a uma atividade sexual indesejada, sem seu consentimento ou, pelas leis brasileiras, também aquelas sem condições e maturidade para negar – como são as crianças e os adolescentes até 14 anos de idade, sendo classificada, então, como Estupro de Vulnerável. Quando é praticada pela *internet*, ela torna-se Violência Sexual no mundo virtual.

---

A partir do momento em que se colocam como agressores, eles ou elas passam a não ter rosto, identificação ou localização – o que dá a vítima a sensação de estar sendo vigiada e ameaçada a todo tempo. Pessoas perversas, cruéis, sádicas, pedófilos e outros agressores sexuais praticam este crime, esta violência, visando os ganhos materiais e os prazeres pessoais, sem se importarem com os danos e sequelas que vão deixar nas vítimas.

A **sextorção** é ameaça de divulgar imagens íntimas ou embaraçosas de natureza sexual de uma pessoa, sem o seu consentimento, para fazer chantagem por vingança, humilhação ou extorsão financeira.

Os agressores usam de várias formas para obter estas imagens. As vítimas às vezes acreditam que o agressor já tenha alguma imagem íntima sua, devido à sua forma de assédio e de abordagem, quando insiste com a vítima que tem este tipo de foto dela, com exposição sexual que vai divulgar para colegas, professores e familiares. Habitualmente, os agressores já conseguiram os dados da vítima, para elaborar maior ameaça, e passam a extorquir, com a proposta de ela se deixar tirar mais uma ou algumas fotos com a garantia de que não vão perturbar mais. Com isto, na verdade, estão a obter a primeira foto. A vítima – por impulso, medo e pressão – acaba cedendo.

Inicialmente, a vítima pode compartilhar estas imagens por impulso ou por acreditar ter um relacionamento de amor com agressor. Pode agir também por ofertas de emprego falsas, em agências de modelos, com pedido de fotos e vídeos íntimos; ou, em segunda etapa, ainda se colocando como grupos de autoajuda ou grupos de vítimas falsos que pedem conteúdos íntimos.

Outros propósitos são a invasão de contas bancárias de adolescentes ou seus responsáveis, o roubo de conteúdos íntimos; fazer ameaças por ciúmes ou chantagem em relacionamentos abusivos; dos agressores, quando em posse de uma foto íntima da vítima, de ambos os sexos, continuam as ameaças para que envie mais fotos ou para que venha para um encontro (com fins sexuais) real e presencial, em troca de, supostamente, não terem suas imagens íntimas expostas. Esta exigência para novas fotos e a violência direta que escraviza a vítima podem durar anos.

A vítima – pelo medo da exposição e pela forma como o agressor apresenta o caso, a convencendo que ela é a culpada da situação – diante de seu desespero por não encontrar saída, vai cedendo e se destruindo progressivamente, podendo chegar ao suicídio. Para o agressor, estas vítimas não passam de “pastas ou arquivos” para satisfazer o seus negócios e seu sadismo.

O mundo adulto – principalmente os pais das vítimas, por desconhecerem este tipo crime e esta violência sexual pela *internet* – de início não acolhe seus filhos, em muitos casos, reforçando mais ainda o sentimento de culpa. É importante, portanto, entender nesta violência sexual via virtual que o culpado sempre é o agressor – a criança ou o adolescente é a vítima.

## 4. RESPONSABILIDADE LEGAL

Com a introdução de violência sexual no mundo virtual, foram criadas leis para combater e proteger as vítimas de crimes sexuais – delitos que usam dispositivos ligados à informática para obter imagens, produzir conteúdo, com finalidade de distribuir, vender e difundir na internet. A Lei n. 12.737, de 30 de novembro de 2012,<sup>20</sup> dispõe a tipificação criminal de delitos informáticos, altera o Decreto-Lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940, do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências. Tratando da invasão de dispositivo informático, dispõe:

- Art.154-A. Invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante a violação indevida de mecanismos de segurança e com fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagens ilícitas. Pena de detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano e multa.
- §3º. Se a invasão resultar a obtenção de conteúdos de comunicação eletrônica privada, segredos comerciais ou industriais, informações sigilosas, assim definidas na lei, ou o controle remoto não autorizado do dispositivo invadido. Pena de reclusão de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.
- §4º. Na hipótese do §3º., aumenta-se a pena em um a dois terços se houver divulgação, comercialização ou transmissão a terceiros, a qualquer título, dos dados ou informações obtidas.
- A Lei n. 13.772, de 19 de dezembro de 2018, do Código Penal Brasileiro,<sup>21</sup> no seu artigo 216-B, define como crime os atos praticados na sextorsão, no estupro virtual e nos recortes de *selfies* para serem colocadas em propaganda de sites pornográficos.
- Capítulo I - A: Incluído pela Lei n 13.772, de 2018. da Exposição da Intimidade Sexual. Registro não autorizado da intimidade sexual. Art. 216-B. Produzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado, sem autorização de participantes. Pena de detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.
- Parágrafo único. Na mesma pena incorre quem realiza montagem em fotografia, vídeos e áudio ou qualquer outro registro com fim de incluir pessoa em cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo.
- A lei n. 11.829, nos artigos 240 e 241, do Estatuto da Criança e do Adolescentes.<sup>22</sup>
- Art. 240. Produzir, reproduzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornografia envolvendo criança e adolescente.
- Art. 241. Vender ou expor à venda fotografia, vídeo e registro que contenha cenas de sexo explícito ou pornografia envolvendo criança ou adolescente.
- Art. 241-A. Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive meio de sistema de informática ou telemático, foto-

---

grafia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornografia envolvendo criança ou adolescente.

O ***groomig*** é o assédio sexual praticado pela *internet*, com aproximação, criação de laços de identificação com a criança e/ou adolescente com informações de dados da vítima e seus familiares, para, além da sedução, chegar à violência sexual pela *internet*.

Os *groomers* são pessoas que praticam este assédio sexual pela *internet* contra criança e adolescente, fazendo uso de perfis falsos, principalmente quanto à idade, baseado nas pesquisas de dados pessoais de suas vítimas, conhecendo suas atividades, suas preferências e suas fragilidades – como problemas familiares e falta de supervisão. Estes dados são obtidos quando pesquisados em plataformas, aplicativos e mídias sociais.

Com estes dados (e às vezes fotos), os *groomers* – que são perversos, sádicos e ou pedófilos – constroem uma estratégia de aproximação e consolidação da relação com vítima, desde o seu perfil, com idade próxima de quem está relacionando, com elogios e buscam entender e se solidarizar com as suas fragilidades. Procuram conversar em horários inadequados, como nas madrugadas, procurando momentos de ausência de adultos. O sigilo seria como um segredo entre amigos, uma forma de burlar as regras do mundo adulto. Desta forma, os *groomers* começam a ter acesso às informações das vítimas e dos pais; assim, os agressores vão construindo uma relação de confiança e suposta amizade com suas vítimas (criança e/ou adolescente).

A suposição e o engano de ter encontrado alguém que os compreende, evolui para conversas mais íntimas e, às vezes, com imagens sensuais e sexualizadas, que a criança demora a identificar como tal, até que o agressor acumula informações ou fotos da vítima para começar uma chantagem com o objetivo de iniciar a violência sexual pela *internet*. Por exemplo: sabendo onde os pais trabalham, o agressor ameaça algum tipo de agressão ou até a morte deste ente querido se a vítima (criança e ou adolescente) não ficar nua diante da câmera.

Neste momento, a vítima fica sem ação de defesa e se sente enganada, decepcionada, culpada, com medo de os pais, os amigos, os parentes e os professores da escola descobrirem o que está acontecendo e suas fotos íntimas serem expostas. Assim, no desamparo e no desespero da vítima, os agressores passam a ser bastante cruéis com sua vítima – dependendo do seu sadismo, do seu prazer pessoal e das encomendas pornográficas.

A vítima, além de ficar nua, vai ter de se submeter às práticas de atos e atitudes sexuais – como toque, masturbação, penetração digital ou de objetos, de forma extrema e humilhante. Além de outras práticas sexuais bastantes bizarras, sendo uma violência sexual gravíssima pela *internet*, com objetivo de prazer doentio do agressor e o comércio de pornografia, sem a menor preocupação com vítima. Esta violência, com tortura e humilhação, pode durar anos com deterioração do psiquismo e da vida da vítima – até quando for descoberto este crime, acidentalmente, ou a vítima (criança ou adolescente) conseguir pedir ajuda.

Estes agressores de violência sexual pela *internet*, nos Estados Unidos, são procurados pelo FBI, enquanto no Brasil são pela Polícia Federal.

O **Estupro virtual** é uma forma de violência sexual praticada na *internet*, na qual a vítima fica nua e ou se masturba, para satisfação sexual do agressor, sem contato físico, sem características de ganho material. O agressor consegue isto mediante ameaças e extorsões, a partir de imagens sexuais obtidas das vítimas. O agressor pode ser conhecido da vítima.

O estupro virtual de crianças e adolescentes é feito por indução ou pressão à prática de ato sexual, diante de câmeras conectadas à *internet* ou pelo envio de imagens para serem assistidas de forma a produzir prazer aos seus agressores. O estupro virtual tem como característica o prazer distorcido, pervertido dos agressores, tipo parafilia, sem extorsão financeira. A vítima (criança e ou adolescente) – sem acompanhamento de adulto, sem orientação, imatura, com tempo livre sem supervisão na *internet* – pode entender (pela sedução) o processo de erotização e convites sexuais, inicialmente, como uma curiosidade, sendo depois obrigada devido as ameaças.<sup>23</sup>

Pelo Código Penal Brasileiro, em seus artigos 213 e 215, é Estupro:<sup>24</sup>

- Artigo 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena de reclusão de 6 (seis) meses a 10 (dez) anos.
- §1º. Se da conclusão resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 anos ou maior de 14 anos: Pena de reclusão de 8 (oito) a 12 (doze) anos.
- §2º. Se da conduta resulta morte: Pena de reclusão 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

A violação sexual mediante fraude:

- Art.215. Ter conjugação carnal ou cometer outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima. Pena de reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.
- Parágrafo único. Se o crime for cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também uma multa.
- Se a vítima escolhida no estupro virtual for menor de 14 anos, a Lei n.12.015, de 2009, do Código Penal Brasileiro, que trata sobre Crimes contra Dignidade sexual e do Estupro de Vulnerável, define como crime a prática de qualquer ato sexual, com explicado nos artigos 217-A, 218 e 218-A.<sup>24</sup>
- Capítulo II dos crimes sexuais contra vulnerável.

Estupro de vulnerável:

- Art. 217-A. Ter conjugação carnal ou praticar outro ato libidinosos com menos de 14 (catorze) anos. Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adoles-

---

cente. Art.218 Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem. Pena de reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

- Art. 218-A Praticar, na presença de algum menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar. conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem. Pena de reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

## 5. SINAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS E DE COMPORTAMENTO NA VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNDO VIRTUAL

Ansiedade intensa, angústia, medos, irritabilidade, intolerância, alteração de sono, queda de rendimento escolar, busca de castigo por provocações, isolamento social, excesso de uso de telas, sempre que possível de portas fechadas e em horário atípicos, como a madrugada, reclusão no meio virtual, autoagressão, desejo de morte.

## 6. SINAIS E SINTOMAS INFLUENCIADOS PELOS ATOS SEXUAIS

Sinais de erotização, podendo ser precoce ou não, solicitação atípica de roupas íntimas, maquiagem exagerada, curiosidades de assuntos sexuais, masturbação compulsiva, infecções urinárias de repetição, vulvovaginites, lesões anais sem causa orgânica.

Diante do descrito acima, é importante que o médico, principalmente o pediatra, esteja atento de que as violências, tanto do mundo real quanto da *internet*, devem fazer parte do diagnóstico diferencial de várias doenças – seja física, psíquica, comportamentais e de atraso no desenvolvimento.

## 7. TRATAMENTO

Tanto as crianças, quanto os adolescentes e os pais vão precisar de um acompanhamento multiprofissional, para ajudar superar estas violências sexuais gravíssimas. Importante aos pais fazerem o acolhimento do filho e entender que o culpado é o agressor, as crianças e ou os adolescentes sempre serão as vítimas. Vão ser necessárias as avaliações e os diagnósticos do comprometimento da saúde mental, física, sexual e cognitiva da vítima – quando houver.

Ao pediatra cabe estar atento à vítima, quando, no seu quadro, psíquico se desenvolveu alguma doença psiquiátrica – como ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, depressão. Atenção especial quanto à possibilidade de autoagressão e ideação suicida. A psicoterapia vai ser a principal forma de tratamento para pais e filhos e pode ser que, em alguns casos, seja necessário o uso de medicação específica para os quadros iniciais psiquiátricos.

## 8. PREVENÇÃO

A atuação do pediatra na orientação para evitar a separação progressiva de pais e filhos, com o uso de Puericultura Digital, a orientação do não uso precoce de tela e a supervisão de um adulto responsável durante o uso da *internet*. A puericultura digital é uma extensão da puericultura tradicional no cuidado da criança, destinada a orientar gestantes, mães e pais sobre as influências das novas tecnologias do mundo virtual, que hoje permeiam boa parte dos relacionamentos entre pessoas e que podem trazer danos importantes na vinculação de pais e filhos, bem como na saúde física e psíquica da criança.<sup>9</sup> Com o crescimento da criança e do adolescente, é importante o pediatra saber como está o uso da *internet* pela família, com o uso da ferramenta Anamnese Digital, além de esclarecer sobre os riscos de *sexting*, *nudes* e *Snapchat*. A Anamnese Digital tem como objetivo obter as informações do uso da *internet* pela família e discutir os problemas que podem ser causados pelo mau uso.<sup>9</sup>

## 9. CONCLUSÃO

A *internet* é uma ferramenta importante para humanidade, com várias aplicabilidades, porém tem um lado sombrio e perverso que pode prejudicar muito crianças, adolescentes e suas famílias. É nesse lado sombrio que estão as violências impetradas pelos cruéis e desequilibrados mentais – como o é caso dos praticantes da Violência Sexual no mundo virtual.

Como esta ferramenta surgiu numa velocidade rápida e com modificações constantes, tornou-se difícil um conhecimento geral deste processo para boa parte da população. Uma forma de prevenir e proteger as crianças e os adolescentes começa na gravidez, nos primeiros dias de vida e nos anos que se seguirem. O pediatra tem um papel importantíssimo na prevenção das situações de dano irreparável à infância e à adolescência, quando de sua orientação aos pais para uso moderado e controlado da *internet*, deixando as informações sobre o cuidar do filho para aqueles que se formaram para isso e têm embasamento científico para tal – como é o caso do

---

pediatra. A busca de orientações com o Pediatra, desde que bem capacitado pela ciência e livre de conceitos e valores pessoais, é fundamental. Em situações de dúvidas podem ser consultadas as informações do *site* da SBP.

Fazer prevenção da separação progressiva de pais e filhos – devido à *internet*, por não produção precoce de tela, com participação dos pais no brincar e no ensino do afeto, criando laços fortes de confiança e respeito com suas crianças – é uma ponte fundamental para atravessar a adolescência, fundada na relação saudável entre pais e filhos. Esta prática vai trazer garantias para o bom desenvolvimento físico e psíquico das crianças e dos adolescentes, com uma melhora significativa do repertório de pais e filhos com o brincar e pensar, sem as influências distorcidas do mundo virtual.

O pediatra, com a Puericultura Digital e a Anamnese Digital,<sup>25</sup> pode orientar e monitorar o uso da *internet* pelas crianças, pelos adolescentes e por suas famílias, fazendo a prevenção e a intervenção quando necessário.

É fundamental que se oriente os pais e que eles deem exemplos de condutas, para crianças e adolescentes, sobre os riscos da prática de *sexting*, *nudes*, *Snapchat* e *selfies*.

O mundo adulto – sejam os pais, os professores e as mídias sociais – deveria ser informado e informar sobre os riscos e os tipos de crimes cometidos no mundo virtual – como a violência sexual na *internet*. Com o saber correto, pode-se prevenir e até salvar uma vítima desta violência mais precocemente.

Definitivamente, a *internet* não é uma ferramenta adequada para exposição da privacidade da vida familiar, nem local de colocar os sentimentos, as ideias e as tristezas típicas que caberiam em um diário particular de uma criança e um adolescente.

A *internet* é frequentada por muitos no mundo, tanto pessoas de boa índole e corretas, como também por pessoas amorais, que visam o lucro pessoal, independentemente, dos danos que irão causar a um outro – mesmo crianças. Como na vida real, na *internet* estão pessoas cruéis, perversas, sociopatas e psicopatas, as quais, por aplicativos comuns (quanto ao uso), como *Instagram*, *Facebook*, *Whatsapp*, *TikTok* (dentre outros), obtêm informações para escolher suas vítimas e aplicar os seus crimes.

O acesso à *internet*, principalmente por crianças, deve ser supervisionado pelo adulto responsável e conhecedor dos benefícios, dos riscos e dos danos que este instrumento pode acarretar, especialmente às crianças e aos adolescentes. Em relação às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual pela *internet*, é fundamental o acolhimento – principalmente pelos pais, que, em alguns casos, consideram o filho como culpado: um comportamento só irá agravar o quadro psíquico da vítima.

Uma equipe multiprofissional deveria ser acionada para acompanhar a vítima e estar atenta às manifestações variadas de autoagressão, incluindo a ideação suicida e o

desejo de morte. Seria importante que também os pais seguissem em acompanhamento psicoterapêutico.

Como toda violência contra crianças e adolescentes, a denúncia deve ser feita e pode ser feita em qualquer delegacia – existindo em muitos municípios brasileiros delegacias especializadas em crimes cibernéticos. Para esta denúncia, a guarda do dispositivo em que foram feitas as conversas, as trocas de imagens e as ameaças deve ser mandatária, bem como todo este conteúdo deve ser preservado, para que os agressores sejam encontrados e não continuem a abordar esta vítima e sua família para maiores ameaças. E para que sejam condenados pelos seus crimes, sendo impedidos de continuar a praticá-los com outros.

## REFERÊNCIAS

01. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 06 de março de 2025.
02. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R, editores. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
03. Rios AMFM, Magalhães T, editores. Perícia física em caso de suspeita de abuso sexual de criança: legislação brasileira, quesitos e procedimentos periciais. In: Magalhães T, Rios AMFM, editores. Perícias médico-legal e criminal em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Minuzo; 2022. p. 143-154.
04. Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 296.
05. Freud S. A sexualidade infantil. In: Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1976. P. 163-189 (Edição original entre 1901-1905; Edição brasileira usada: Standard).
06. Brasil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República; 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Acesso em: 21 de fevereiro de 2025.

07. Telles LEB, Franco A, Magalhães T. Avaliação psiquiátrica forense de agressores sexuais. In: Magalhães T, Rios AMFM, editores. Perícias médico-legal e criminal em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Minuzo; 2022. p. 391-403.
08. Trevia M. As condutas diversas da conjunção carnal que podem ser configuradas estupro [internet]. Jusbrasil; 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/as-condutas-diversas-da-conjuncao-carnalque-podem-ser-configuradas-estupro/1162859343>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.
09. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano Rr, editores. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 59-86.
10. Amborski AM, Bussières EL, Vaillancourt-Morel MP, Joyal C. Sexual violence against persons with disabilities: a meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2022;23(4):1330-43.
11. Cruz MA, Gomes NP, Campos LM, Santos JS, Silva AF. Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2021;26(4):1369-1380.
12. Brasil. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília: Presidência da República; 2017 [citado 2025 fev 21]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm). Acesso em: 21 de fevereiro de 2025.
13. Fortenberry JD. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. In: Kaplan SL, Sanders RA, editores. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 7 de março de 2025.
14. Pfeiffer L. Doenças infecciosas na infância. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. Tratado de Pediatria. 5ª ed. Barueri: Manole; 2022. p. 415.
15. Brasil. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República; 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 21 de fevereiro de 2025.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 17 de junho de 2025.

17. TIC Kids Online Brasil 2024 [Internet]. São Paulo: CGI.br; 2024. Disponível em: [https://cetic.br/media/analises/tic\\_kids\\_online\\_brasil\\_2024\\_principais\\_resultados.pdf](https://cetic.br/media/analises/tic_kids_online_brasil_2024_principais_resultados.pdf). Acesso em: 6 de março de 2025.
18. Pampati S, Lowry R, Mermin A, et al. Having a sexual photo shared without permission and associated health risks: a snapshot of nonconsensual sexting. *JAMA Pediatrics* 2020;174(6):618-619.
19. Guadix M, Santiesteban P, Resett S. Sexting among Spanish adolescents: prevalence and personality profiles. *Psicothema*. 2017;29(1):29-34.
20. Brasil. Lei n.º12.737, de 30 de novembro de 2012. Código Penal Brasileiro. Brasília: Presidência da República; 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12737.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12737.htm). Acesso em: 6 de março de 2025.
21. Brasil. Lei n.º 13.772, de 19 de dezembro de 2018. Artigo 216-B. Código Penal Brasileiro. Brasília: Presidência da República; 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13772.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13772.htm). Acesso em: 6 de março de 2025.
22. Brasil. Lei n.º 11.829, de 25 de novembro de 2008. Arts. 240 e 241. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República; 2008. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11829.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11829.htm). Acesso em: 6 de março de 2025.
23. Pfeiffer L, Gama MAC. Violência sexual no mundo virtual. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, organizador. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Vol.1. Barueri: Manole; 2025. p. 533.
24. Brasil. Código Penal Brasileiro. Arts. 213-218. Alterados pela Lei n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009. Brasília: Presidência da República; 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Acesso em: 6 de março de 2025.
25. Gama MAC. Negligência contra crianças e adolescentes no mundo virtual. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Vol. I. Barueri: Manole; 2025. p. 504-505.

---

## Questionário Pós-teste

Agora que você já estudou, responda com o que sabe.

Não volte ao pré-teste e nem utilize o texto antes de terminar a realização do pós-teste.

Após terminar o pós-teste compare-o com o pré-teste e, se necessário, solucione as dúvidas utilizando o texto.

**Assinale, nas afirmativas abaixo, se as mesmas são verdadeiras (V) ou falsas (F):**

01. Pode-se afirmar que a violência sexual é um fenômeno complexo e multifatorial, que pode ocorrer com qualquer indivíduo, independentemente de sua condição socioeconômica?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
02. Os jogos sexuais entre uma criança e um adulto são a pior forma de violência sexual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
03. A tipificação do crime de violência sexual como Estupro de Vulnerável ocorre quando a vítima é uma criança ou adolescente menor de 14 anos?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
04. É correto dizer que crianças e adolescentes que sofreram violência sexual na infância nunca reproduzirão a violência na vida adulta?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
05. No atendimento pediátrico, quando se depara com um caso de violência sexual, é correto interrogar a vítima detalhadamente sobre tudo o que aconteceu?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
06. Pode-se afirmar que, para realizar o diagnóstico de violência sexual, é necessário que a vítima apresente uma lesão na região genital ou anal?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
07. Deve-se comunicar ao Conselho Tutelar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]

08. O preenchimento da ficha SINAN de notificação das violências, nos casos suspeitos ou confirmados de violência sexual, é obrigatório para os profissionais da saúde que atenderem o caso?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
09. Crianças e adolescentes com pouco ou nenhum vínculo saudável com os pais podem ser vítimas mais fáceis dos agressores da *internet*?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
10. A prática de *selfies* em poses sensuais, o envio de nudes, o uso de *Snapchat* e a exposição sexual de crianças e adolescentes podem facilitar a ocorrência de violência sexual no mundo virtual?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
11. Quando um agressor tem imagens íntimas e sexuais de crianças e adolescentes, ele usa estes dados para somente ter prazer pessoal?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
12. Os principais sinais e sintomas psíquicos causados pela violência sexual na criança e adolescente são: ansiedade exagerada, angústia, irritabilidade, alteração de sono, queda de rendimento escolar, isolamento social, excesso de uso de telas com portas fechada, inclusive no horário da madrugada, escolhas ou busca de roupas íntimas eróticas e autoagressão.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
13. A violência sexual pela *internet*, contra crianças e adolescentes, pode levar a algumas alterações comportamentais e clínicas nas vítimas, como erotização precoce, solicitação atípica de roupas íntimas, maquiagem exagerada, curiosidades sobre assuntos sexuais, masturbação compulsiva, infecções urinárias de repetição e lesões anais sem causa orgânica.  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
14. O estupro virtual tem como característica o prazer distorcido do agressor em meio virtual apenas para extorsão financeira?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]
15. O Código Penal Brasileiro não apresenta um suporte de leis para condenação do agressor que comete Estupro Virtual contra suas vítimas?  
Verdadeira [ ]                      Falsa [ ]                      Não sei [ ]











**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

Filiada à Associação Médica Brasileira  
Rua Santa Clara, 292 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefone: (21) 2548-1999

