



## Guia Prático de Atualização

Departamento Científico  
de Adolescência

# Violência e saúde de adolescentes e jovens – Como o pediatra deve proceder?

### Departamento Científico de Adolescência

**Presidente:** Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

**Secretária:** Evelyn Eisenstein

**Conselho Científico:** Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda Bermudez; Elizabeth Cordeiro Fernandes; Halley Ferraro Oliveira; Lilian Day Hagel; Patrícia Regina Guimarães; Tamara Beres Lederer Goldberg

**Colaboradoras:** Alexsandra Costa; Maria de Fátima Marinho de Souza; Regina Coeli de Oliveira

## Introdução

A palavra violência tem raízes no Latim *VIOLENTIA*, “veemência, impetuosidade”, de *VIOLENTUS*, “o que age pela força” e provavelmente relacionada a *VIOLARE*, “tratar com brutalidade, desonrar, ultrajar”. Depreende-se assim, a escolha do termo para designar ações brutais entre os humanos.<sup>1</sup>

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde em Bruxelas, outubro de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a violência como um dos cinco problemas de saúde pública mundial.<sup>2</sup>

A ameaça ou uso de força contra criança ou adolescente, em todas as fases do desenvolvimento cerebral-mental-emocional, provocará alterações e danos com repercussões negativas na saúde física e emocional e na integração social, podendo ser permanentes. Respostas à dor, ao medo, à ansiedade do abandono e ao estresse

emocional causadas por todas as formas de violência influenciarão comportamentos e o aprendizado, principalmente quando persistentes.<sup>3</sup>

Com o intuito de apresentar o tema de forma prática, optou-se por fazê-lo sob o formato de perguntas e respostas, e também mapas conceituais. Não se pretende esgotar o assunto com este texto, tão premente e complexo, mas tão somente deixar exposta a ferida sangrenta de um país que precisa, e muito, proteger sua maior herança: as novas gerações.

### O que se compreende por violência humana?

O conceito de violência pode ser sintetizado como *todas as formas de maus tratos físicos, corporais, emocionais, sexuais, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou qualquer tipo de exploração que resultem em prejuízos e danos reais ou potenciais em traumas presentes ou futuros à saúde, sobrevivência, desenvolvimen-*

to ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.<sup>3</sup>

Tais situações implicam transgressão do dever de proteção e coisificação, ou seja, a vítima é manipulada ao bel prazer do agressor, como se fosse um objeto, ficando esquecidos os seus Direitos Humanos.<sup>4</sup>

### **Por que os pediatras devem conhecer este tema com mais propriedade?**

A violência afeta enormemente a saúde de crianças e adolescentes causando lesões e traumas físicos, agravos psíquicos e morte; diminui a qualidade de vida individual e coletiva, e afeta a dignidade humana. Isso exige readequação a novos paradigmas no atendimento médico preventivo ou curativo, com atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, inclusive do pediatra.<sup>2</sup>

Além disso, os diversos elementos envolvidos em atos agressivos precisam ser reconhecidos tanto para a abordagem quanto a elaboração de estratégias direcionadas a empoderar a resiliência de crianças e de adolescentes no enfrentamento ( *coping* ) ou prevenção à violência.<sup>5</sup>

### **Essa injúria é fato recente da sociedade contemporânea?**

Ao contrário do que se pode imaginar, a brutalidade contra grupos vulneráveis é registrada desde os idos da Humanidade. Na Roma Antiga, os recém-nascidos só eram recebidos por decisão do chefe da família. Em contrário, eram abandonados em lugar público, para serem recolhidos em adoção ou deixados à morte.<sup>6</sup>

O infanticídio e a entrega de crianças/adolescentes em compromissos de casamento entre famílias eram comuns em diferentes culturas, até antes de as crianças nascerem. Com o advento do Iluminismo, foi-se desenvolvendo a percepção do ser criança e sendo discutidos meios de criá-las visando a sua conservação.<sup>7</sup>

Voltando na linha do tempo, encontra-se o primeiro registro de julgamento por injúrias a meno-

res. A vítima, Mary Ellen Wilson de oito anos de idade, fora adotada por uma família na Nova York em 1864, Estados Unidos. A garota vivia em prisão domiciliar, era espancada, acorrentada à cama e violentada sexualmente pelo padrasto. Foi salva por uma assistente social que conseguiu a intervenção da Sociedade de Proteção aos Animais, alegando ser a criança membro do reino animal, portanto seu caso estaria incluído nas leis que punem a crueldade contra esses seres vivos. O pai adotivo já havia falecido quando a mãe adotiva foi julgada e sentenciada a um ano de confinamento.<sup>8</sup>

Apenas em 1961, a Academia Americana de Pediatria reconheceu a Síndrome da Criança Espancada, identificada por uma série de sinais de violência.<sup>9</sup>

Chegando ao Brasil, na época colonial a educação das crianças era frequentemente negligenciada, sendo comum empregar crianças e adolescentes – estes ainda não reconhecidos como tal – em serviços de grumetes ou pajens, em condições precárias e destino tenebroso. Porém, só após os anos 1960, os maus-tratos contra crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como problema de saúde pública.<sup>10</sup>

A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), instrumento de garantia ao bem-estar da infância e juventude, contribuiu para a consciência social e tratamento jurídico.<sup>11</sup>

### **Quais fatores epidemiológicos estão implicados nas ocorrências violentas?**

A violência decorre da interação fator humano-ambiente, o que remete a conceitos primordiais da Epidemiologia. Nesse sentido, ocorre um interjogo entre fatores de risco, fatores protetores e vulnerabilidade ao desenvolvimento, que têm interferência mútua e dinâmica, até mesmo antes do indivíduo nascer,<sup>12</sup> como representados no Mapa Conceitual 1 e explanados a seguir, de modo geral.

- **Risco ou fator adverso** – qualquer característica individual, ou da comunidade, que eleva a probabilidade de existir um problema físico ou psicossocial. Entre os fatores adversos indivi-

duais encontram-se o gênero da criança ou do agressor, síndromes genéticas, dificuldades escolares, atitudes antissociais, consumo de drogas. E, entre os fatores adversos ambientais: a desagregação familiar e afetiva, alcoolismo e violência parental; ausência de rede eficaz de apoio social, ambiente com elevado índice de violência ou abuso de drogas, pais desempregados, perda de entes queridos.<sup>13,14</sup>

- **Fatores ou Mecanismos de proteção** – elementos individuais ou coletivos que minimizam ou protegem as pessoas de agravos. Trata-se de atributos individuais protetores, como o controle dos impulsos, bom humor, empatia, competência cognitiva, o uso de estratégias eficientes de enfrentamento (*coping*) ao estresse e metas de projetos futuros. Quanto ao ambiente social, oferecem proteção: segurança de afeto, o respeito à criança e ao adolescente, relação positiva com adultos que exerçam papel significativo e a rede de apoio psicossocial.<sup>14</sup> Entre as adversidades individuais ou do ambiente destacam-se a baixa autoestima, consumo de álcool e outros psicoativos, famílias monoparentais, conflitos com genitores, baixa escolaridade materna e relacionamentos esgarçados com colegas e professores.<sup>15</sup>
- **Vulnerabilidade** – suscetibilidade de indivíduos ou grupos populacionais, principalmente crianças e adolescentes, a qualquer agravo à saúde e suas consequências (sofrimento, limitação e morte), o que envolve condições pessoais, culturais e sociais, como também os recursos, gerência e monitoramento dos cuidados integrais à saúde.<sup>6</sup> No âmbito da atenção primária à saúde, fatores de risco, proteção e vulnerabilidades estão relacionados principalmente à deficiência de recursos para realização do trabalho, à violência física e moral, e ao desgaste emocional decorrentes do contexto sócio-econômico-cultural-político.<sup>16</sup>

### Qual a situação da mortalidade por violência interpessoal no Brasil?

A partir dos anos 1980, surgiu no Brasil o vertiginoso aumento de homicídios, tendo como

maiores vítimas os jovens, negros, aqueles pertencentes às classes menos favorecidas e moradores da periferia, correlacionando-se à multiplicação de gangues, ao redimensionamento do tráfico de drogas e dos comandos criminosos.<sup>17,18</sup>

O Atlas da Violência de 2017, estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), expõe um recorte racial e etário para os fatores de risco, especialmente por homicídios. Os resultados apontam que os maiores índices fatais ocorreram em pessoas entre 15 e 29 anos, do gênero masculino e entre pardos e negros.<sup>19</sup>

O Índice de Vulnerabilidade à Violência desse mesmo ano constatou que em quase todo o território nacional as negras entre 15 e 29 anos apresentaram maior risco de exposição à violência que as brancas na mesma faixa etária e que o risco relativo de serem vítimas de homicídio foi 2,19 vezes maior do que uma garota branca. Entre jovens de 15 a 29 anos, a chance de um negro ser assassinado é quase três vezes superior à de um branco de mesma idade.<sup>20</sup>

### Como se classificam as violências e quais suas principais características?

Existem variadas classificações, porém aqui foi adotada a tipologia da OMS, que considera a violência interrelacional da ordem emocional, física, sexual e a autoinfligida.<sup>21</sup> As várias circunstâncias desses tipos de agressão estão descritas no Mapa Conceitual 2, cuja gerência de comentários segue abaixo.

## Violência emocional

- **Negligência** – violência mais diagnosticada no Brasil. Na forma extrema, há abandono da vítima sem capacidade de se prover os cuidados necessários e sem a devida proteção.<sup>22</sup>
- **Síndrome de Münchhausen por procuração** – tipo de abuso em que um dos pais, geralmente a mãe, simula sinais e sintomas na vítima, com

a intenção de chamar atenção para os mesmos nos serviços de saúde. Em consequência, a vítima é submetida a repetidas internações, exposição a exames e tratamentos potencialmente perigosos e desnecessários. Por exemplo, a autora afirma que o filho apresenta dores recorrentes ou febre, diarreia etc., nunca revelados ao exame clínico ou por exames complementares; alterar a cor da urina ou fezes, simular hemorragia nos ouvidos, ou secretamente oferecer medicamentos. Uma vez identificada a situação, que pode causar a morte, a vítima precisa de proteção (cuidados de outros parentes ou em instituições), e a mãe é enviada para acompanhamento com psiquiatra e psicoterapia.<sup>23,24</sup>

- **Alienação Parental** – conceito preconizado pelo psiquiatra e psicanalista Richard Gardner nos anos 1950, não ganhou respaldo da comunidade científica devido à falta de consistência e de estudos que pudessem comprovar sua existência. Contudo, foi criada no Brasil a Lei 12.318 em 2010, que considera Alienação Parental a “interferência na formação psicológica da criança ou adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para que repudie ou cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este”. É fundamental o domínio desse conceito pelos profissionais que atuam com crianças/adolescentes e famílias a fim de avaliarem esses casos com propriedade, sobretudo quando houver suspeita de abuso sexual por parte de um dos genitores, pois a intenção de proteger a vítima pode ser confundida com alienação parental.<sup>24</sup>

## Violência física

Quadro de mais fácil identificação, destacam-se os espancamentos, a tortura e lesões infringidas por castigos físicos. Cabe destacar que na infância há a Síndrome do Bebê Sacudido – *Shaken Baby Syndrome* - composta pela tríade clássica de encefalopatia aguda, hematoma subdural e he-

morragia retiniana, consequentes ao ato de sacudir o lactente de forma violenta e intencional.<sup>22,25</sup>

- **Maus tratos ou espancamento** – os sinais aparecem sobretudo na pele e mucosas com equimoses, arranhões ou ferimentos tipo laceração ou queimaduras, seguindo-se ossos (fraturas e calos de cicatrização), sistema nervoso central (perda de consciência, hemorragias), genitália e por fim, estruturas torácicas e abdominais (hemorragia nas vísceras). Podem ser realizados com os mais diversos objetos na agressão, ficando a marca na região acometida: fios elétricos, galhos de árvores, sapatos, dedos (tapas), ferro elétrico, moedas ferventes, queimaduras, equimoses, cintos, mordeduras, alopecia traumática.<sup>21,23</sup>

## Violência sexual

Qualquer ato de intenção sexual propriamente dito ou erótico de uma pessoa com mais idade do que a vítima, podendo a autoria ser de um adulto ou mesmo outro adolescente, que se impõe ameaçando ou por sedução, para obter de satisfação pessoal própria ou prazer de terceiros.<sup>24</sup> Pela frequência e repercussões deletérias, detalham-se algumas características desta ocorrência:

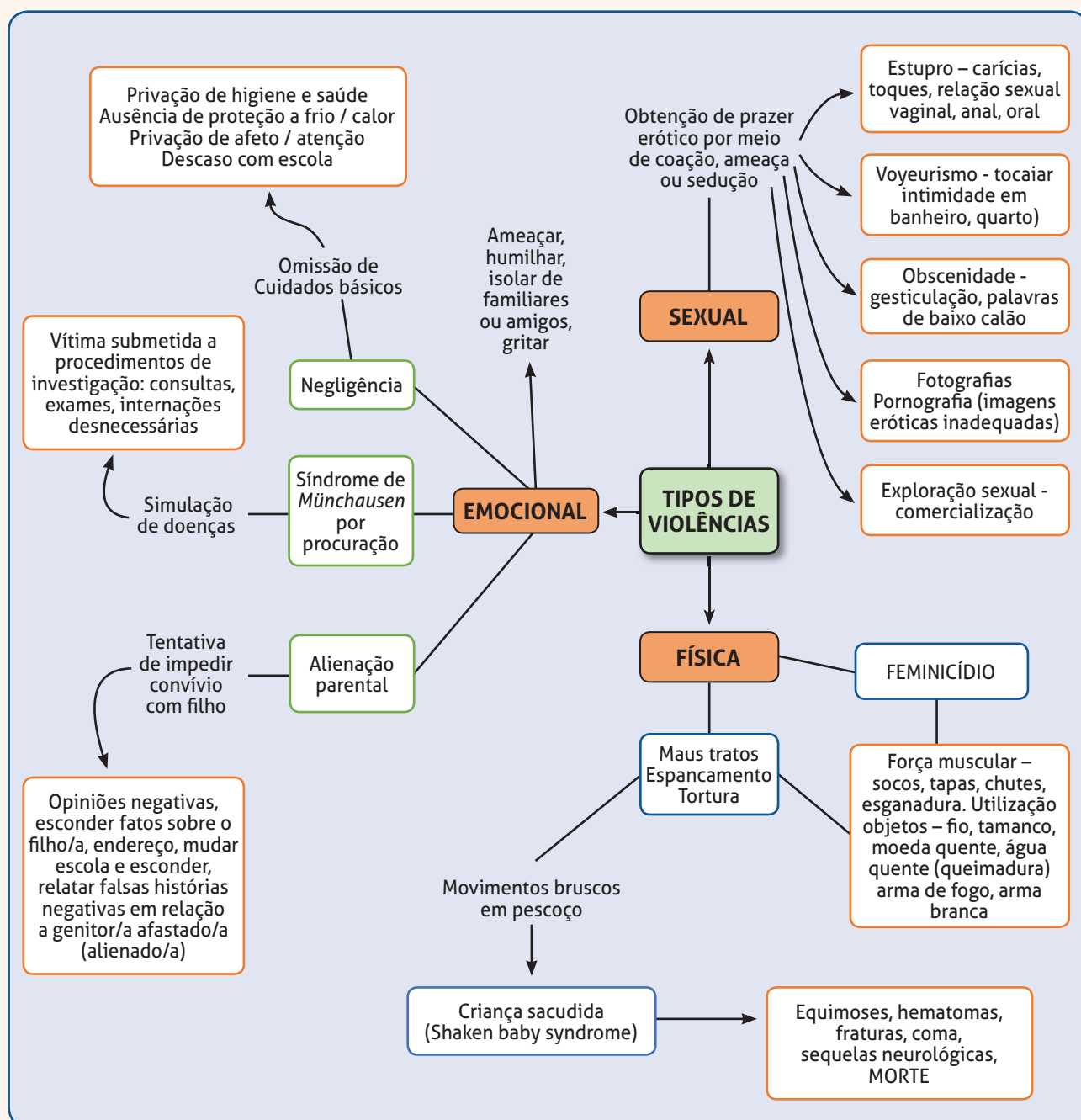
- Atual definição legal de estupro: qualquer ato libidinoso ou conjunção carnal mediante constrangimento, uso de violência, grave ameaça ou por sedução (vítima igual ou menor de 14 anos). Incluem-se desde carícias e manipulação dos órgãos genitais, a coito oral, anal ou vaginal. Com exceção do estupro, a agressão explícita dessa violação pode ficar mascarada pelo uso da sedução, principalmente nos atos incestuosos.<sup>26</sup>
- A violação sexual ocorre em todas as classes sociais, envolve pessoas de todas as profissões, perpassa pela questão de gênero, sendo, no Brasil, bem mais comum no feminino, incluindo crianças e adolescentes transgêneras.<sup>21,27</sup>
- A autoria também pode ser de adolescente (20% dos casos), mas cabe distinguir dos jogos sexuais próprios da idade – contatos entre

pré-púberes ou adolescentes jovens de mesma faixa etária, que praticam toques ou exibicionismo sem coerção.<sup>28</sup>

- Mercantilização ou exploração sexual de crianças e adolescentes - a moeda é o prazer sexual e acontece como meio de sobrevivência ou por troca de favores. Nesses casos, é comum o envolvimento com redes criminosas. A sexta edição do Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à

Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras, 2014, apontou quase dois mil locais vulneráveis, os mais críticos em postos de gasolina e regiões urbanas; 69% das vítimas eram do gênero feminino e 22% eram transgêneros; em quase 40% dos casos a vítima era originária de outra localidade, o que indica que esse ato criminoso pode estar relacionado a tráfico de pessoas.<sup>29</sup>

### Mapa conceitual 1 – Tipologia e características das violências



Fonte: Os autores, a partir das referências WHO<sup>21</sup>; SBP, Claves/Fiocruz<sup>22</sup>; Brasil<sup>26</sup>

## Quem são os agressores de crianças, adolescentes e jovens?

Em geral, os algozes são pessoas muito próximas, consanguíneas ou com algum laço afetivo com a vítima ou sua família, sejam genitores ou outros cuidadores. Tais agressores são pessoas que sofreram ou sofrem de algum transtorno psíquico, mesmo que socialmente não aparentem, como sociopatia, transtornos de personalidade, abuso de drogas, especialmente álcool e *crack*, ou que sofreram abusos na sua própria infância, marcando suas vidas e repetindo o ciclo da violência.

Nas situações de violência física, a autora mais frequente é a mãe, embora os casos mais graves sejam perpetrados pela figura paterna (pai ou padrasto); nos abusos sexuais, os autores geralmente são homens, sendo cerca de 90,0% o pai ou companheiro da mãe.<sup>22,28</sup>

Cabe ainda destacar sobre autor/a da vitimização sexual:

- Conforme Furniss (2002), referendado estudioso desse tema, é frequente sempre negar a participação ou até acusar a vítima de sedução (culpabilização da vítima). Ainda que uma criança ou adolescente demonstre curiosidade, interesse ou aproximação do adulto, é responsabilidade deste estabelecer a fronteira entre afeto e sexo, impor limites e ter bons princípios morais e éticos.<sup>30</sup>
- Alguma forma de violência aconteceu na vida do abusador, seja como vítima (*não necessariamente sexual*) ou como testemunha (geralmente no ambiente intrafamiliar). Os meninos tendem a incorporar o comportamento violento, por identificação psíquica com o agressor, mais frequentemente que meninas, mantendo o ciclo abusivo por gerações (transmissão transgeracional de comportamento).<sup>31</sup>
- O agressor sexual é extremamente dissimulado e sabe da importância da imagem que transmite, utilizando-a inclusive para aproximar-se das vítimas. Portanto, seu comportamento social, a profissão, a conduta pública exemplar não são

critérios para afastar a suspeita ou desacreditar da vítima.<sup>31</sup>

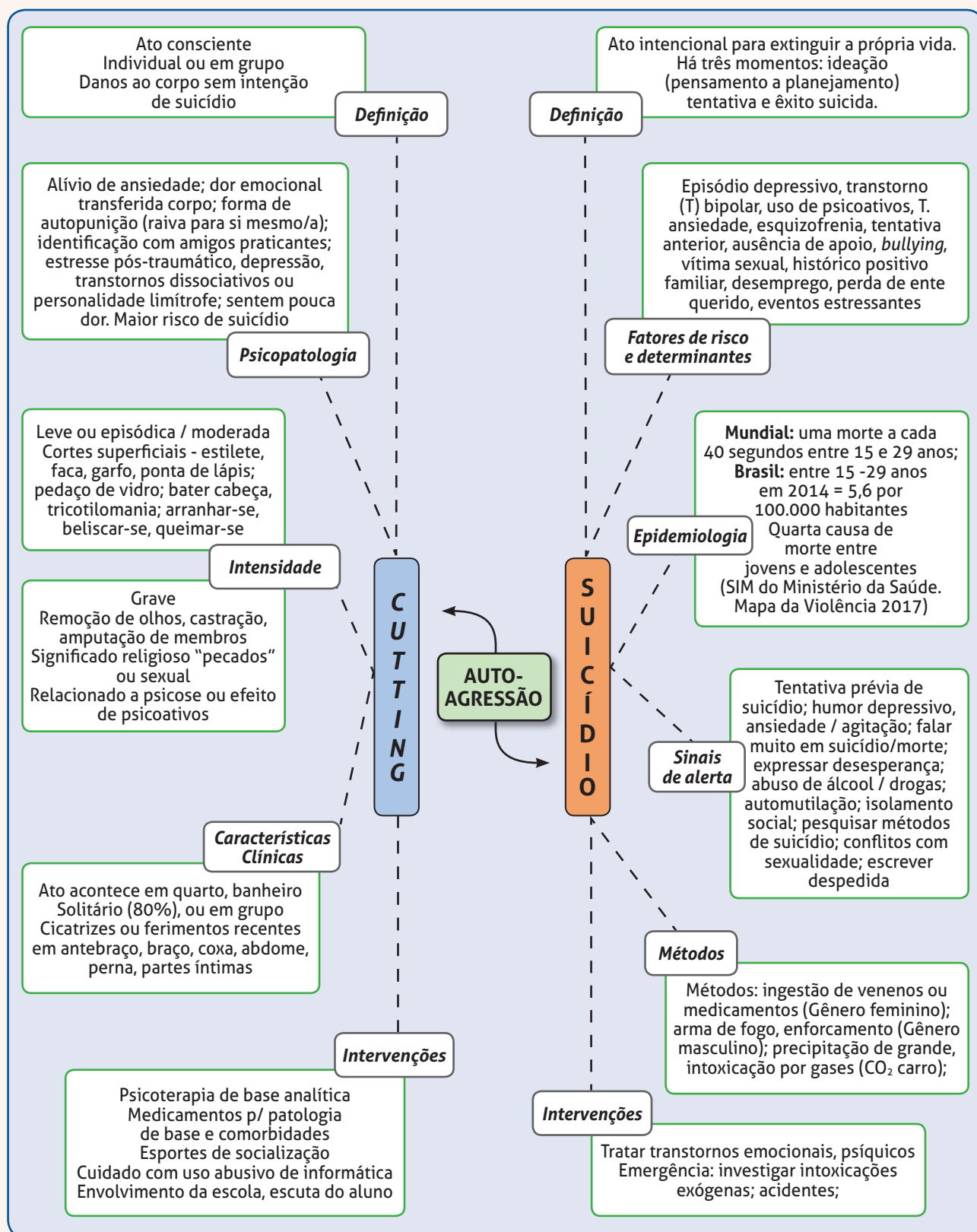
- Pesquisa demonstra que na maior parte dos casos a mãe desconhece o abuso, pois geralmente ocorre em sua ausência e, ao tomar conhecimento, precisa procurar e receber alguma ajuda, após um período variável de dúvida e desespero sobre o que fazer, como se conduzir.<sup>32</sup>
- Embora em bem menor proporção, mulheres podem ser agressoras sexuais. Em geral, são portadoras de transtornos psíquicos e desenvolvem comportamento sádico, não conseguindo assumir a maternidade. As que violam adolescentes romantizam o relacionamento, podendo tornar-se amantes das vítimas, que geralmente têm metade de sua idade. Outras mulheres participam de abusos perpetrados pelo companheiro, de início para agradá-lo, depois porque terminam por sentir prazer com a infração.<sup>32</sup>
- Trabalho nacional realizado em Feira de Santana, Bahia, demonstra a elevada participação de adolescentes e jovens enquanto autores de agressão sexual: em 436 casos 18,8% dos agressores tinham  $\leq 17$  anos e 22% estavam entre 18 a 24 anos. Muitos desses molestadores têm convivência com as vítimas, mantendo o ciclo da transmissão intergeracional dessa violação.<sup>33</sup>

## Em que situações adolescentes são autores de violência?

Entre as injúrias impetradas por adolescentes/jovens, destacam-se casos de autoagressão, tentativas de suicídio e *bullying* presencial ou virtual (este último não será abordado por já ter sido publicado pela SBP – ([http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20032d-GPA - Bullying.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20032d-GPA - Bullying.pdf))).

Não se pode esquecer a violência urbana, realidade que inclui atos perpetrados por adolescentes em conflito com a lei, o que geralmente reflete uma privação de vários dos seus direitos, cuja abordagem não cabe neste documento.

## Mapa Conceitual 2 - Autoagressão



Fonte: Os autores, a partir das referências 34-40.

### Cutting ou autoagressão

Consiste em atitude consciente de se autoferir ou lesões de automutilação, em geral praticada solitariamente (80%) por sofrimento psíquico, con-

figurando-se como sintoma de alguns transtornos depressivos. Mais comum a partir dos 13 anos, tende a diminuir após os 20 anos, mas pode continuar ao longo da vida, se o indivíduo não for tratado.

- **Motivação:** alívio de tensão por fuga da realidade, identificação com pares que praticam o *cutting*, ou para interromper estados psíquicos dissociativos. Ao contrário da tentativa de suicídio, essa prática objetiva aliviar a tensão emocional sem a intenção da finitude. No entanto, muitos sujeitos com essa prática são mais propensos a ideação e tentativa suicida.<sup>34,35,36</sup>
- **Lesões:** costumam ser repetitivas, superficiais ou leves, comum serem cortes, feridas puntiformes realizadas com objetos cortantes, perfurantes, em partes do corpo escondidas sob a roupa, mas também em qualquer região como braços, pulsos e pernas; adolescentes costumam usar mangas longas para esconder as lesões.<sup>37,38</sup> Essas lesões podem ser moderadas ou graves, com extirpação de órgãos, podem acontecer em transtorno psicótico, compulsivo obsessivo em intensa fase crítica; quando de forma estereotipada, repetitiva, costuma acontecer em pessoas com transtorno do espectro do autismo ou na síndrome de Tourette.<sup>39</sup>
- **Frequência:** é mais comum o *cutting* ser realizado a sós (80%), mas pode acontecer em conjunto, por identificação com colegas ou como repetição de imagens postadas em redes sociais ou em vídeos.<sup>40</sup> Quando de forma compulsiva, com fixação, decorre da repentina ânsia de se machucar e promover alívio da ansiedade, como na tricotilomania - arrancar cabelos da cabeça, sobrancelha ou pelos pubianos.<sup>41,42</sup>
- **Intervenções:** avaliação criteriosa para tratamento multidisciplinar pois quanto mais cedo for iniciado, maiores as chances de interromper essa prática. Conjugam-se medicamentos com psicoterapia de preferência psicodinâmica (analítica), mas também do tipo cognitivo-comportamental; a patologia de base deve ser tratada – transtornos de ansiedade e do estresse, transtornos do humor bipolar, episódio depressivo, uso de álcool e outras drogas, psicoses – e também as comorbidades, condição simultâneas e frequentes em saúde mental.<sup>40,41</sup> Nos casos severos pode ser indicada internação hospitalar, objetivando ambiente seguro e tratamento mais intensivo até ultrapassar a fase aguda do quadro.<sup>40</sup>

## Suicídio e comportamento ou ideação suicida:

De acordo com a OMS, o suicídio é um ato intencional de um indivíduo de qualquer idade para extinguir a própria vida. Constitui importante questão de saúde pública no mundo inteiro, estimando-se que mais de 1,5 milhão de pessoas cometerão suicídio até 2020. Destaque para o alerta de que tentativas de suicídio *não são* uma maneira de se chamar atenção.<sup>43,44</sup>

Na sequência, encontram-se importantes informações:

- **Fatores de risco:** transtornos de personalidade, especialmente a limítrofe (antiga borderline), e esquizofrenia; associação de várias condições - depressão e alcoolismo; coexistência de depressão, ansiedade; tentativas anteriores de suicídio, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte ideação suicida, deficiente base social com desemprego e baixo nível educacional.<sup>45</sup>
- As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas de suicídios registradas, sendo que a ideação suicida é mais prevalente (17,1%) seguida da estruturação de planos (4,8%) e tentativas de suicídio (2,8%). As tentativas de suicídio são mais significativas entre mulheres e jovens sendo a intoxicação por medicamentos o método mais utilizado.<sup>46</sup>
- **Local e formas de êxito:** o lar é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguido por hospitais (26%). Os principais meios utilizados por homens são enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%).<sup>47</sup>
- **Prevenção:** por identificação precoce dos sinais de alerta (ver Mapa Conceitual 2) e correto encaminhamento a profissionais de saúde mental. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante na população geral. Acompanhamento correto de transtornos psíquicos; psicoterapia psicodinâmica. Investigar essa possibilidade em casos de intoxicação e acidentes, especial-



mente com histórico de repetição ou casos de suicídio em familiares. Encaminhar o adolescente para atendimento especializado, ou solicitar desde então a presença de psiquiatra ou psicoterapeuta.<sup>47</sup>

### **Como acontece a violência no namoro de adolescentes?**

Embora muitas vezes passe despercebida, a injúria no namoro entre adolescentes desempenha enorme papel de gênero na violência. Importante estudo nacional com 3.200 escolares entre 15 a 19 anos do Ensino Médio na rede pública e particular em dez capitais brasileiras revelou: elevada prevalência (87,0%); a violência verbal foi a mais comum, especialmente entre as garotas, seguindo-se provocar ciúmes e raiva, humilhar, usar tom hostil, ameaçar terminar o namoro, depreciar, vigiar, culpar pelas coisas ruins, provocar medo no outro, ameaçar machucar, bater na pessoa ou destruir algo de valor eram formas de agredir emocionalmente; quase 50% dos rapazes mencionaram forçar a beijar e tocar sexualmente a outra pessoa sem permissão; infidelidade e ciúme terminavam em brigas, refletindo normas de gênero tradicionais e legitimadoras da violência. Apesar disso, apenas 3,5% dos jovens afirmaram já ter solicitado apoio profissional ou ajuda em situações de violência no namoro ou “ficar”, independente de estrato social e de região do país, demonstrando a necessidade da desconstrução de estereótipos de gênero e de romper a banalização da violência entre parceiros adolescentes.<sup>48</sup>

### **Quando se deve suspeitar de que um/a paciente está em situação de violência?**

O profissional bem treinado e sensível pode suspeitar da agressão no decorrer da anamnese e do exame físico. Ressalte-se que muitos dos sinais e sintomas indicativos são inespecíficos, como choros frequentes, dificuldades de dormir, queda no rendimento escolar, inclusive outras mudanças de comportamento, e podem ocorrer em outras situações sem violência. Portanto, é *extremamente necessário contextualizar cada caso*.

História não compatível com as lesões existentes, relatos discordantes entre os responsáveis ou depoimento espontâneo da vítima devem sempre merecer credibilidade. Raramente a vítima simula ou inventa sobre o acontecimento, especialmente nos casos de abuso sexual.<sup>22,49</sup> No Mapa Conceitual 3 estão listados os indícios que norteiam a suspeita de casos de violência contra pacientes pediátricos.

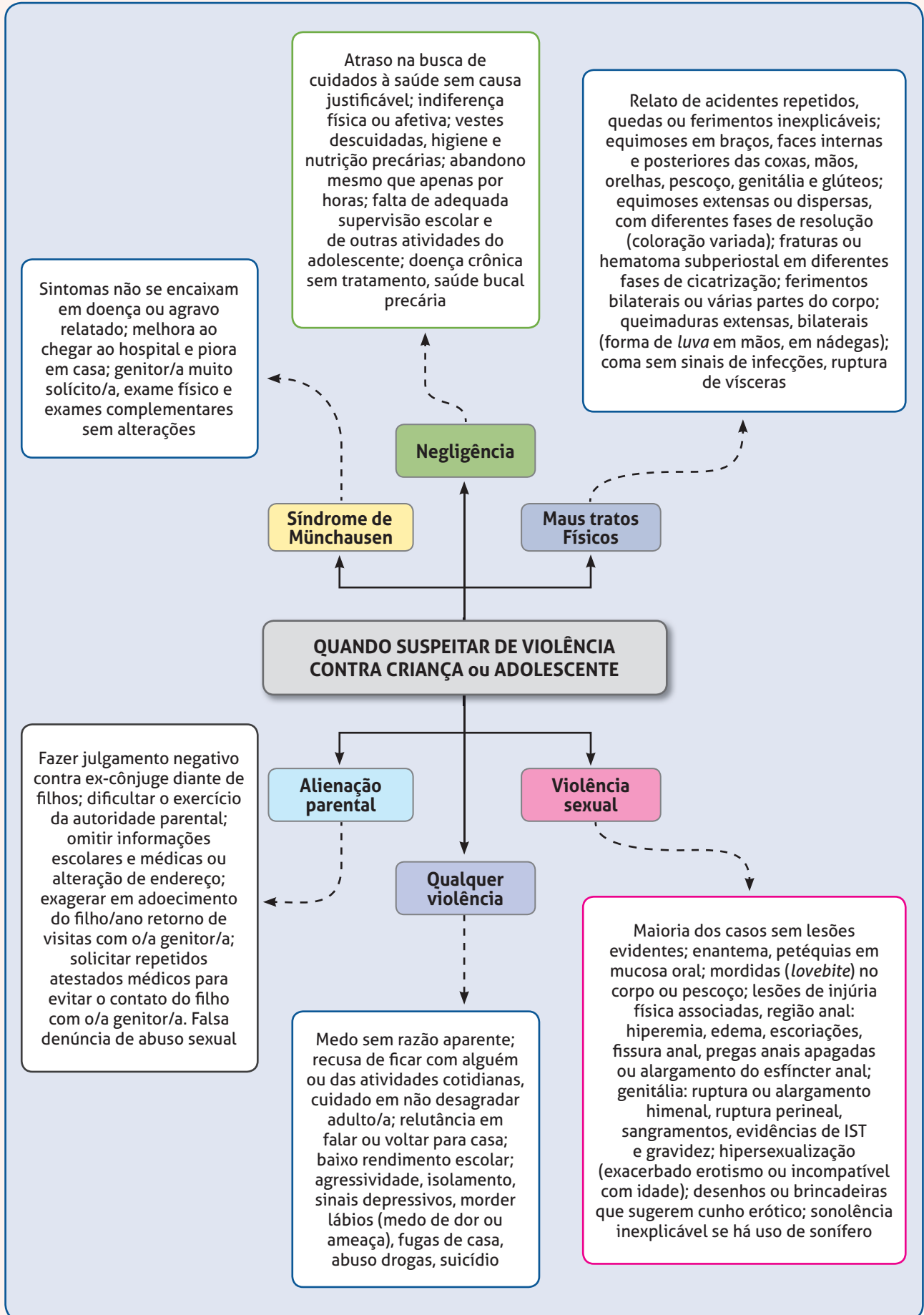
### **Que repercussões podem acontecer com crianças e adolescentes vitimizados?**

Qualquer maltrato, principalmente quando repetitivo, causa baixa autoestima, dificuldades nos relacionamentos sociais, transtornos psíquicos como depressão ou ideação suicida, quadros psicossomáticos como cefaleias, tonteiras, dores abdominais, parada ou desaceleração do crescimento, baixo rendimento escolar; provoca ainda redução do desenvolvimento do hipocampo, região do cérebro relacionada às emoções, fato comprovado por ressonância magnética.<sup>25</sup>

No caso de agressão sexual, as repercussões em muito se relacionam à duração do abuso – os incestuosos costumam ocorrer durante anos e são extremamente danosos - e ao grau de proximidade com o abusador, havendo maior impacto quando este é pai ou padrasto, tio, avô, padrinho; presença de danos físicos, infecções urinárias de repetição, feridas genitais, surgimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou gravidez. A reação da família é importante durante a revelação do abuso pela criança e adolescente e será norteadora da busca pelos cuidados médicos, psicológicos e providências jurídicas.<sup>50</sup>

A violação sexual induz a isolamento, agressividade, medos, ansiedade, depressão, sentimentos de raiva, vergonha e culpa; transtorno do pânico ou de estresse pós-traumático; alterações do sono; enurese noturna; tendência à revitimização (inclusive sexual); comportamento sexual desajustado durante a vida adulta, aversão sexual, dispareunia; homossexualidade feminina; condutas automutiladoras (ferir-se) e auto aniquiladoras como abuso de drogas, fuga do lar, tentativa e risco suicida.<sup>51</sup>

### Mapa Conceitual 3 - Sinais e sintomas de violência conforme a tipologia



Fonte: Os autores, a partir das referências 22, 27, 49, 50.

## Qual a conduta imediata e em longo prazo da equipe de saúde frente às violências?

As situações de violência sempre são complexas. A postura do profissional de saúde deve ser de empatia e neutralidade. Nunca julgar ou acusar, mesmo que perante um provável agressor. Os objetivos do atendimento médico pediátrico são: cuidar das lesões, desculpar a criança/adolescente (esclarecer que a responsabilidade é de quem causou o fato) e proteger a vítima de novas agressões; profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de gestação mediante a anticoncepção de urgência em caso de abuso sexual; suporte psíquico, reorganização dos vínculos familiares. Investigação e penalidade são do campo policial e jurídico, respectivamente.<sup>24,51</sup>

### Atendimento emergencial

Considera-se atendimento de urgência quando ocorre até 72 horas após o evento violento. Deve-se realizar o acolhimento e o exame físico, avaliando-se a gravidade do caso e solicitar exames complementares. Em todos os casos: orientação sobre medidas legais e a notificação; manter vínculo com a vítima e familiares sempre que possível.<sup>2,5-7</sup> Para maiores detalhes sobre profilaxias de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e anticoncepção de urgência, recomenda-se a leitura dos documentos produzidos pelo Departamento de Adolescência da SBP nos links [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/19772d-GPA - Infec\\_Sexual\\_Transmiss\\_Adolesc.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19772d-GPA - Infec_Sexual_Transmiss_Adolesc.pdf) e [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20290c-GPA\\_Anticoncepcao\\_na\\_Adolescencia.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf)

### Atendimento ambulatorial

A vítima deve ser encaminhada para seguimento com equipe multiprofissional capacitada, constituída por pediatra, ginecologista, assistente social, psicoterapeuta, enfermeira e auxiliares.

Deve haver continuidade dos cuidados com exame clínico, resultados dos exames complementares iniciais e de controle, acompanhamento psicoterápico de apoio à vítima e familiares e agressores, orientação sobre os percalços jurídicos, deixando claro o que compete ao setor de Saúde e às instâncias legais (Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente, GPCA, Instituto de Medicina Legal, para empreender o exame de corpo de delito, Ministério Público, MP, Juizado da Vara da Infância e Juventude). Deve-se sempre orientar os familiares, em linguagem compreensível, sobre as graves consequências dos maus-tratos para o crescimento e o desenvolvimento e o importante papel de apoio das equipes multiprofissionais.<sup>23,51</sup>

## Como se deve registrar um caso de violência?

Considerando que a maioria das violências contra crianças e adolescentes não é conhecida pelo Sistema de Saúde e há fragilidades na definição da dimensão desse fenômeno deve-se distinguir revelação, notificação e denúncia. As duas últimas, no contexto legal, têm significados distintos.<sup>52-54</sup>

- **Notificação** - A notificação de abuso contra a criança e o adolescente pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, ao Conselho Tutelar e à Vigilância Epidemiológica com a finalidade de promover cuidados sociais e sanitários voltados para a proteção da criança e adolescente vítimas de abuso.<sup>55</sup>

A notificação compulsória dos casos de violência é o comunicado formal da suspeita ou da prática do abuso sexual, um instrumento capaz de mobilizar a rede de proteção às crianças e aos adolescentes e de compor o sistema de informação, visando ao planejamento de políticas públicas para seu enfrentamento oferecendo apoio e proteção à criança e ao adolescente e sua família.<sup>55,56</sup>

Ao tornar público fenômenos que acontecem no privado, torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas nem por isso devem ser banalizados ou normalizados.<sup>57</sup>

A Portaria 1968/2001 do Ministério da Saúde tornou obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação (FN) Compulsória de maus-tratos contra criança e adolescente como um instrumento para a coleta sistemática e padronizada de informações a ser difundida em toda a rede de serviços do SUS.<sup>61</sup> E a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência interpessoais, atendidos em serviços públicos e privados de saúde.<sup>58</sup>

Um importante avanço na informação em relação à violência praticada contra a criança e adolescente foi a implantação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) pelo ECA, o Sistema de Denúncia Nacional pela Secretaria de Direitos Humanos e a implantação de Serviço Sentinela e Interpessoal de Violências e Acidentes e Promoção de Saúde, conhecido como VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes, pelo Ministério da Saúde. Estas medidas visam ampliar as notificações de situações de violência que envolvem crianças e adolescentes, uma vez que toma como base informações menos graves, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências.<sup>56,59,60</sup>

O sistema VIVA, com a finalidade de obter dados e divulgar as informações sobre violências e acidentes, ampliou a proposta da ficha de notificação, permitindo conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde uma vez que foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA contínuo), implantada em serviços de referência para as violências; e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA sentinela).<sup>59,60</sup>

A Notificação Investigação Individual (VIVA contínuo) permite assinalar, informações epidemiológicas ao atendimento, bem como,

identificar a criança e/ou adolescente em situação de violência e a caracterização do abuso sexual, caracterização da família, da instituição, do agressor e da violência sofrida.<sup>60-62</sup>

A notificação tem como escopo, construir um relato claro e compreensivo sobre o problema, dando informações e até mesmo sugestões aos conselheiros tutelares, demais autoridades, gestores das unidades de saúde e profissionais de saúde.<sup>60-62</sup>


**Enfim, trata-se de uma exigência legal, que possibilita revelar a magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas (vítimas e autores da agressão), localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos, além de iniciar todo o movimento de uma rede de proteção.**<sup>59-61</sup>

A notificação deve ser preenchida por um dos membros da equipe de saúde, inserindo dados sobre a vítima e seus responsáveis, relato do acontecimento, descrição do exame clínico e exames complementares, se realizados. Seu preenchimento é obrigatório, podendo a responsabilidade ser compartilhada com a equipe do serviço de saúde. Recomenda-se que o profissional converse com a família, esclarecendo que a notificação vai beneficiar para o suporte necessário.<sup>59-61</sup>

Essa FN será enviada pelos gestores do local da Vigilância Epidemiológica onde a vítima foi atendida e ao Conselho Tutelar (CT) onde a vítima reside – mesmo que a ocorrência tenha sido em outro local. Na falta do CT no município de residência, deve ser encaminhada para a Vara da Infância e Juventude.<sup>59,61,62</sup>

A Notificação também permite registrar informações aos conselheiros tutelares, gestores, profissionais de saúde e da justiça sobre o ocorrido ao paciente, além de possibilitar ações de intervenção em vários níveis, mobilizando a rede de proteção às crianças e aos adolescentes e constitui o sistema de informação, visando ao planejamento de políticas públicas de enfrentamento, apoio e proteção à vítima e sua família.<sup>59-61</sup>

Figura 1. Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais. Brasil, 2011.

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL</b> <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b>		Nº					
<b>Definição de caso:</b> Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.									
<b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.									
Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)					Código (CNES)		
	5	Data da Ocorrência do Evento	6	Hora da ocorrência (0 - 24 horas)					
Dados da Pessoa Atendida	7	Nome					8	Data de Nascimento	
	9	Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11	Gestante	
						1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado			
	12	Cor	1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13	Escolaridade	01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 99) Ignorado			
	14	Ocupação		15	Situação conjugal	1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16	Relações sexuais	1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	17	Possui algum tipo de deficiência?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
						<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva			
	18	Número do Cartão SUS	19	Nome da mãe					
	Dados de Residência	20	UF	21	Município de residência		Código (IBGE)	22	Bairro de residência
		23	Logradouro (rua, avenida,...)				24	Número	
25		Complemento (apto., casa, ...)		26	Ponto de Referência		27	CEP	
28		(DDD) Telefone		29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)	
31		Local de ocorrência	01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 03 - Via pública 06 - Creche	07 - Estabelecimento de saúde 08 - Instituição socioeducativa 09 - Instituição de longa permanência 10 - Instituição prisional	11 - Terreno baldio 12 - Bar ou similar 13 - Outros 99 - Ignorado				
32		UF	33	Município de Ocorrência	34	Bairro de ocorrência			
Dados da Ocorrência	35	Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36	Número	37	Complemento (apto., casa, ...)	
	38	Zona de ocorrência	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	39	Ocorreu outras vezes?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	40	A lesão foi autoprovocada?	
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	41	Meio de agressão	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	42	Tipo de violências	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
		<input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Força corporal	<input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono	<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Outros			

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006

continua...



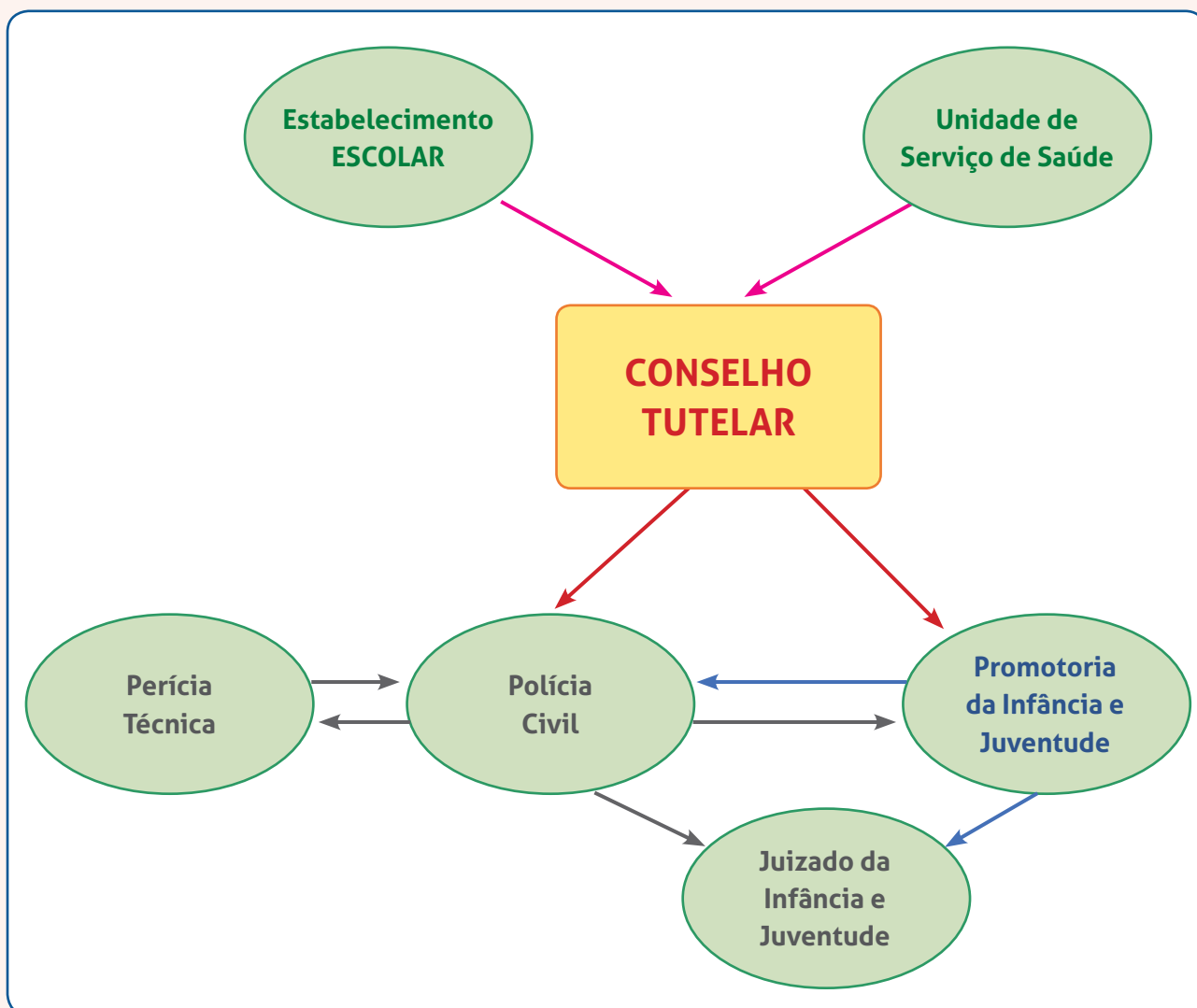
- **Denúncia** - A denúncia é a peça processual que inicia o processo penal e é oferecida pelo Promotor de Justiça ao Juiz de Direito. É realizada por meio de Boletim de Ocorrência (BO) pelos *responsáveis* da vítima, ou por um órgão competente – Direção Hospitalar, CT, MP, Polícia - sendo a peça que iniciará o processo penal, oferecida pelo Promotor de Justiça ao Juiz da Infância e Juventude. Nas emergências, deverá ser acionada de imediato a Polícia (geralmente presente nos serviços públicos) ou a GPCA, de onde providenciarão exame pericial no Instituto Médico Legal (IML).<sup>63,64</sup>

Apesar da existência dessas ferramentas de proteção às vítimas, são várias as dificuldades apontadas por pediatras no preenchimento da

FN e Denúncia: desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos, descrença na efetividade do Conselho Tutelar, formação insuficiente sobre o tema, além de limitações pessoais. Porém, o maior obstáculo é a errônea crença de que precisa haver confirmação da violência (prova do crime) para que a notificação seja preenchida, o que contradiz a legislação. Além disso, o predominante modelo biomédico dificulta a identificação de possíveis casos, pois sinais e sintomas de maus-tratos podem ser confundidos com outros diagnósticos.<sup>64</sup>

Os vários passos desde o atendimento ao paciente, até o processo jurídico e a rede de proteção que a FN deflagra estão compiladas na Figura 2.

**Figura 2.** Fluxograma da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência.



Fonte: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes, 2011.<sup>65</sup>

## Como é possível realizar a prevenção das diversas situações de violência?

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, plano de ação que busca fortalecer a prosperidade e a paz universal, é um legado da Organização das Nações Unidas (ONU), cuja última revisão, publicada em novembro de 2017, contempla ações a serem desenvolvidas até 2030.<sup>66</sup>

Esse Legado busca concretizar os direitos humanos, garantir acesso à saúde para todos e alcançar a igualdade de gênero pelo empoderamento de meninas, jovens e mulheres. Busca ainda reduzir significativamente todas as formas de violência e a mortalidade relacionada; pretende reforçar a prevenção e tratamento dos distúrbios

neurológicos, do comportamento e desenvolvimento, e o abuso de substâncias químicas, inclusive o uso nocivo do álcool, grandes desafios para o desenvolvimento sustentável.<sup>66,67</sup>

Nesse sentido, tanto a ONU quanto a OMS apontam diversas estratégias de prevenção e enfrentamento à violência nos níveis primordial (ações focalizam o bem-estar geral), nível de atenção básica à saúde (quando ainda não houve eventos nocivos e ações são específicas a cada injúria), secundário (quando já aconteceu a violência, sendo necessários diagnóstico e intervenção precoces) e no terciário (recuperação de sequelas e reinserção à rotina de vida) cujas características são singulares<sup>66,67</sup> e estão resumidas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Prevenção e combate à violência interpessoal e à autoagressão na infância e adolescência para o setor saúde conforme o nível de atenção, objetivos e estratégias.

Nível de Atenção	Objetivos	Estratégias
Primordial	Promover conhecimentos sobre os maus-tratos Promover a cultura da Paz Promoção da igualdade de gênero	Psicodinâmica positiva; Educação parental, visitação domiciliar; Desenvolvimento de habilidades para a vida; Empoderamento de gênero e Prevenção da violência desde o namoro; Inclusão e respeito às pessoas com limitação física, neurológica e psíquica; Respeito a pessoas LGBTQI* Triagem para fatores de risco psicossociais Debates em grupos - família, instituições, comunidade, mídia
Primária	Enfrentamento das discriminações e à intolerância Conhecimentos de sexualidade humana Conhecimentos sobre violência e impacto na saúde	Prevenção de sequelas físicas e psicossociais Escolas adequadas, prática de esportes e de artes. Prevenção à violência em comunidade escolar e universitária com palestras e campanhas de prevenção Campanhas contra uso de psicoativos e de armas Prevenção aos transtornos alimentares e às autoagressões Políticas de saúde, de Justiça e dos Direitos Humanos Ensinos do tema Violências em cursos em saúde
Secundária	Tratamento precoce e eficaz Redução da morbidade e mortalidade Prevenção de sequelas psicobiológicas	Atendimento especializado às vítimas e familiares Prevenção de IST** e de gravidez inoportuna. Equipes de atendimento pré-hospitalar e hospitalar Acompanhamento em saúde mental Articulação com outros setores: Educação, Serviço Social, Justiça
Terciária	Atendimento em serviços hospitalares e institucionais de maior complexidade Retorno à escola, ao trabalho, Reinserção familiar e social	Centros de recuperação neurológica e motora Abrigos e centros de reinserção social Acompanhamento com equipe de saúde mental Grupos de apoio especializados

\*Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros, Queer, Intersexo. \*\* Infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: compilado de United Nations<sup>66</sup> e Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio).<sup>67</sup>



Percebe-se que no sistema bioecológico, os valores e estilo de viver geram pressões intra e extrafamiliares que podem causar deterioração dos relacionamentos. Incluem-se ainda a redistribuição de bens e recursos, as políticas de educação e o acesso à saúde eficaz, empregos e trabalhos dignos; medidas efetivas de segurança pública, moradia adequada, além de preconizar e incentivar mudanças de medidas aceitas como educativas – castigos extremos, palmadas, pancadas, atitudes e decisões que ficam aquém da alçada médica em si.<sup>68</sup>

### Quais as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria no enfrentamento dessas violências?

Em consonância com a missão da SBP de promover a vida saudável de crianças e adolescentes de forma ampla e em todos os aspectos, foi criada a Campanha Permanente de Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes com o lema “Violência é covardia – as marcas ficam na sociedade”.<sup>69</sup>

Ao longo dos últimos dez anos, têm sido distribuídos por todo o país cartazes e publicações, além das participações em eventos discorrendo sobre o tema nas várias mídias.<sup>70</sup>

Os profissionais da área da saúde, juntamente com a escola, devem se agregar ao grupo que atua na prevenção da violência e na promoção de uma vida saudável.<sup>69-72</sup>

Por outro lado, pediatras e outros profissionais desempenham papel significativo para:

- identificação dos fatores de risco, protetores e das vulnerabilidades em cada caso atendido;
- inclusão do tema violência no currículo de graduação, pós-graduação e na educação continuada no campo médico e afins;
- proceder de forma correta nas situações de injúrias, inclusive reconhecendo a notificação de casos suspeitos ou confirmados enquanto ferramenta de proteção à saúde das crianças e adolescentes;

- participar de campanhas sobre a Cultura da Paz, exaltando a dignidade humana e os direitos à vida de crianças e adolescentes e como mediar conflitos pelo diálogo;
- articular trabalho intersetorial com escolas, igrejas, mídias e diversas redes sociais.

Os pediatras também podem contribuir abordando temas pertinentes tanto nas consultas quanto em rodas de diálogos com adolescentes, familiares e outros profissionais que se dedicam a essa faixa etária, objetivando a reflexão e mudanças sobre os temas:<sup>70-72</sup>

- Relações emocionais, destacando os fatores de risco e o diálogo como mediação e resolução de conflitos;
- Prevenção da gestação inoportuna e precoce de adolescentes;
- Parentalidade responsável, colocando a maternidade e paternidade além das questões biológicas;
- Diversidades em vários âmbitos – étnicas, religiosas, esportivas, de gênero;
- Promoção da resiliência, incluindo a capacidade de suportar frustrações;
- Desmistificação da estereotipia de pessoas agressoras, incutindo que não se limitam a categorias sociais, econômicas, profissionais, étnicas;
- Comportamentos de autoagressão, sinais alterações do humor e outros transtornos psíquicos, incluindo ideação suicida;
- Protagonismo juvenil, incluindo ações solidárias de ajuda a colegas e amigos;
- Atividades em grupo, valores humanos éticos, em contrapartida ao individualismo, competitividade destrutiva e consumismo desenfreado;
- Escola solidária – não admitindo relacionamentos agressivos de qualquer espécie, tipo *bullying* ou *cyberbullying* nem “por brincadeira”;
- Educação espiritual como valor agregador de boas condutas, contrapondo-se ao materialismo e inversão de valores;

- Prevenção e alerta sobre o uso precoce e danoso de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Questões de gênero e sua diversidade enquanto características inerentes ao Ser Humano;
- Princípios da relação humanizada profissional-paciente-familiares, para combate à violência institucional em saúde;
- Incentivo de ensino e pesquisas abordando as diversas formas de injúria em trabalhos desenvolvidos na iniciação científica, nos Trabalhos de Conclusão de Curso, TCC, em pós-graduação e em cursos de educação continuada, sejam presenciais ou virtuais.

## Considerações finais

Situações de violência são ofensas criminosas e que interrompem o desenvolvimento do respeito à dignidade de crianças e adolescentes e ultrapassam sua capacidade de significar a experiência em sua total realidade e de não se culpar. As vivências traumáticas implicam dimensões variáveis de sofrimento para vítima e os familiares, podendo comprometer sua cognição e habilidade de relacionar-se com outras pessoas. Acima de tudo, a experiência traumática da violência pode impedir de alcançar a felicidade de viver com saúde.

Cabe ao pediatra, profissional que por excelência acompanha os pacientes desde a tenra infância, buscar evoluir em conhecimentos científicos, compartilhar dores por empatia, e sobretudo lutar pela melhoria de vida das crianças e adolescentes. Afinal, impedir a violência é também um ato de Cultura da Paz.

## Adendo

Seguem-se indicações de Instituições que podem auxiliar no trabalho com vítimas de violência no país. Recomendamos que registrem os contatos nas cidades ou municípios locais, pois serão úteis em ocasião oportuna.

### Contatos úteis e Instituições Nacionais de combate à violência contra adolescentes e jovens.

- Hospitais Universitários e Serviços de Pediatria
- Unidades de Pronto Atendimento e Postos de Saúde
- Conselhos Tutelares
- Gerência/Departamento de Polícia da Criança e Adolescência
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Vara da Infância e Juventude
- SaferNet, Helpline – crimes virtuais  
[www.denuncia.org.br](http://www.denuncia.org.br) ou  
[www.newsafernet.org.br](http://www.newsafernet.org.br)
- Instituto de Medicina Legal (IML)
- Ministério Público
- Defensoria Pública
- Juizado da Infância e Juventude
- Polícia Militar: 190
- Denúncia anônima para violência sexual e outras no Brasil: **Disque 100**
- Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE

## REFERÊNCIAS

- 01 Origem da Palavra – Site de etimologia. Disponível em <http://origemdapalavra.com.br/site/pergunta/origem-da-palavra-violencia/> Acesso em 02 de novembro de 2017.
- 02 Oficina Sanitaria Panamericana. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington – DC: Organización Mundial de la Salud. 2003.
- 03 World Health Organization – WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, Geneve, WHO, ISPCAN, 2006.
- 04 Njaine K, Assis SG, Constantino P (org.). Impactos da violência na Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. 2009.
- 05 Ayres JR. Vulnerabilidade e interfaces com educação, saúde e cultura. In: Mancia JR, Motta MG (Org.). Anais do Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade. Brasília: Assoc Bras Enferm. 2007;1:141-51.
- 06 Veyne P. O Império Romano. In: Áries P, Duby G (Org.). História da Vida Privada. I Do Império Romano ao ano mil. São Paulo: Schwarcz Ltda.; 1990. p. 23.
- 07 Heywood C. A History of Childhood. Cambridge: Polity Press; 2001. p. 2.
- 08 Shelman, Eric A, Lazowitz, Stephen. Out of the Darkness: The Story of Mary Ellen Wilson (English Edition). Kindle Edition, 2012.
- 09 Brêtas JRS, Silva CV, Quirino MD, Ribeiro CA, Kurashima AY, Meira AOS. O enfermeiro frente à criança vitimizada. Acta Paul Enferm. 1994;7(1):3-10.
- 10 Marcilio ML. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: Freitas MC, organizador. História Social da Infância no Brasil. São Paulo: Cortez; 1997. p:51-76.
- 11 Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm) Acesso em 04 de maio de 2018.
- 12 Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: Dell’Aglío DD, Koller SH, Yunes MAM (Org.). Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p:45-68.
- 13 Abaid JLW, Dell’Aglío DD. Exposição a fatores de risco de adolescentes em acolhimento institucional no Sul do Brasil. Interação Psicol. 2014;1:47-57.
- 14 Dell’Aglío DD, Koller SH, Yunes MAM (Org.). Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- 15 Assis SG, Pesce RP, Avanci, JQ. Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 16 Santos JLG, Vieira M, Assuiti LFC, Gomes D, Meirelles BHS, Santos SMAS. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS); 2012;33(2):205-212.
- 17 Santos AP. Agressividade, violência e criminalidade: algumas considerações e diferenças. In: Ângela Buciano do Rosário, Fuad Kyrillos Neto, Jacqueline de Oliveira Moreira (org.). Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2011. p:122-135.
- 18 Kawata LSM; Goldberg T, Massako I. Mortalidade de adolescentes em área urbana da região sudeste do Brasil, 1984-1993. Rev. Saúde Pública. 1996;30(6):587-91.
- 19 Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, FBSP. Atlas da violência 2017. Disponível em <http://olma.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Brasil-Atlas-da-Viol%C3%Aancia-2017.pdf> Acesso em 07.05.2018.
- 20 Brasil. Secretaria de Governo. Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. 87 p.
- 21 World Health Organization – WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneve, WHO, ISPCAN, 2006.
- 22 Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Justiça. 2001.

- 23 Ferrão ACF, Neves MGC. Síndrome de Münchhausen por procuração: quando a mãe adoce o filho. *Com. Ciências Saúde*. 2013;24(2):179-186.
- 24 Soma SMP, Souto MCLB, Williams LCA, Tannús PM. (2016). A Alienação Parental no Brasil: Uma revisão das publicações científicas. *Psicol estudo*. 2016;21(3):377-388.
- 25 A síndrome do bebê sacudido. Publicado em janeiro de 2018. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=21dcFEptGEY> Acesso em 19 de maio de 2018.
- 26 Brasil. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. [online] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/Lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/l12015.htm) Acesso em 18.05.2018. Acesso em 19 de maio de 2018.
- 27 Borges JL, Dell’Aglío DD. Exposição ao abuso sexual infantil e suas repercussões neuropsicobiológicas. In: Habigzang LF, Koller SH (ed.). *Violência contra crianças e adolescentes. Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012.
- 28 Njaine K, Assis SG, Constantino P (org.). *Impactos da violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. 2009.
- 29 Polícia Rodoviária Federal, Ministério Público do Trabalho, Childhood Brasil. *Mapeamento dos pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras*. 6º Mapeamento. 2013-2014. Disponível em [http://www.childhood.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/Mapeamento\\_2013\\_2014.pdf](http://www.childhood.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/Mapeamento_2013_2014.pdf) Acesso em 02 de janeiro de 2018.
- 30 Furniss T. *Abuso sexual da criança – Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 31 Sattler M.K. O abusador: o que sabemos? In: *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Azambuja MRF, Ferreira MHM (ed). Porto Alegre: Artmed, 2011. p:234-247.
- 32 Salter A. *Predadores, pedófilos, estupradores e outros agressores sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2009.
- 33 Santos CA, Costa MCO, Amaral MTR, Sobrinho CLN, Musse JO, Costa AM. Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas à violação e vítimas. *Adolesc Saude*. 2015;12(3):7-20.
- 34 Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub*. 2017;29(4):473-479.
- 35 Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*. 2015;22(5): 527-39.
- 36 Araújo FCB, Chatelard DS, Carvalho IS, Viana TC. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos clin*. 2016;21(2):497-515.
- 37 Rabi S, Sulochana J, Pawan S. Self-inflicted Cut Injury as Common Method of Deliberate Self Harm: A Retrospective Study from Nepal. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(5):579-58.
- 38 Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(Suppl 1): S75-9.
- 39 Favazza A. *Bodies under Siege. Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 3rd. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2011.
- 40 Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub*. 2017;29(4):473-479.
- 41 American Psychiatry Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5a ed. Porto Alegre, RS: Artmed. 2014.
- 42 Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*. 2015;22(5): 527-539.
- 43 Bjureberg J, Sahlin H, Hellner C, Hedman-Lagerlöf E, Gratz KL, Bjärehed J. et al. Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a feasibility study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1): 411.
- 44 Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. *Web update Technical Note. Hospitalisations for mental health conditions and intentional self-harm in 2015–16*. Disponível em [https://www.myhealthycommunities.gov.au/Content/publications/downloads/AIHW\\_HC\\_TechNote\\_MentalHealth\\_November\\_2017.pdf?t=1525533353917](https://www.myhealthycommunities.gov.au/Content/publications/downloads/AIHW_HC_TechNote_MentalHealth_November_2017.pdf?t=1525533353917) Acesso em 05 de maio de 2018.
- 45 Organización Panamericana de la Salud. *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC. OPS, 2016. 98p.
- 46 Calixto Filho M, Zerbini T. *Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010*. Saúde, Ética & Justiça. 2016;21(2):45-51.

- 47 Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiat*. 2009;31(suppl):86-93.
- 48 Oliveira QBM, Assis SG, Njaine K, Pires TO. (2016). Violência Física Perpetrada por Ciúmes no Namoro de Adolescentes: Um recorte de Gênero em Dez Capitais Brasileiras. *Psic. Teor. e Pesq*. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010237722016000300236&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722016000300236&lng=en&nrm=iso) Acesso 17 de janeiro de 2018.
- 49 Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Kliegman RM (Ed.). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th Ed. W.B. Saunders Company, 2011. 135-141 p.
- 50 Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):42-9.
- 51 Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- 52 Dobke VM, Santos SS, Dell'Aglio DD. Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas Psicol*. 2010;8(1):167-76.
- 53 Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):138-45.
- 54 Habigzang LA, Ramos MS, Koller SH. A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2011;27(4):467-473.
- 55 Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.
- 56 Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):819-32.
- 57 Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):138-45.
- 58 Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra criança e adolescente pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília; 2002.
- 59 Brasil. Lei 10.778, 24 nov. 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*. 25 nov 2003.
- 60 Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Gesteria e Matos S, et al. A proposta de rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Supl 1):1260-78.
- 61 Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura I, Macário EM, Gawryszewski VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no sistema de Serviços Sentinelas de Vigilâncias e Acidentes (VIVA) – Brasil. 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):17-28.
- 62 Martins CBG, Mello Jorge MHP. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(4):315-34.
- 63 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 64 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 65 Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes. Parâmetros de Atuação do Sentinela. Caderno 2. Orientação à prática. Brasília – DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2011.

- 66 United Nations. Executive Board of the United Nations Development Programme, the United Nations Population Fund and the United Nations Office for Project Services. UNDP Strategic Plan, 2018-2021. Special session 2017, 28 November, New York, USA, 2017. Disponível em <http://undocs.org/DP/2017/38> Acesso em 08 de dezembro de 2017.
- 67 Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/> Acesso em 07 de dezembro de 2017.
- 68 Roig AMI. Aspectos epidemiológicos del maltrato en el Estado Español. Medidas de prevención. In: Azevedo MA, Guerra VNA. (Orgs.). Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. 6ª ed. São Paulo: Cortez Ed., 2011. p:189-202.
- 69 Sociedade Brasileira de Pediatria. Violência é covardia. As marcas ficam na sociedade. Disponível em <http://www.sbp.com.br/campanhas/campanha/cid/violencia-e-covardia-as-marcas-ficam-na-sociedade/> Acesso em 18 de maio de 2018.
- 70 Deslandes SF. (Org.). Livro das famílias: conversando sobre a vida e sobre os filhos/ Assis SG; Gomes R; Njaine K; Constantino P. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005. 80 p. [online]. Disponível em [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/livro\\_familia.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/livro_familia.pdf) Acesso em 19 de maio de 2018.
- 71 Santos, BR, Ippolito R. Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Santos RBR 9ed). Seropédica, RJ: EDUR, 2011.
- 72 Bannwart TH, Brino RF. Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o papel dos profissionais de saúde. Estratégias de enfrentamento e prevenção. In: Habigzang LF, Koller SH (ed) Violência contra crianças e adolescentes. Teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Armed, 2012. p:255-265.



# Diretoria

## Triênio 2016/2018

**PRESIDENTE:**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)

**1º VICE-PRESIDENTE:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)

**2º VICE-PRESIDENTE:**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)

**SECRETÁRIO GERAL:**  
Sidnei Ferreira (RJ)

**1º SECRETÁRIO:**  
Cláudio Hoineff (RJ)

**2º SECRETÁRIO:**  
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

**3º SECRETÁRIO:**  
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

**DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

**3ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

**DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

**Membros:**  
Hans Walter Ferreira Greve (BA)  
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)  
Alberto Jorge Félix Costa (MS)  
Analíria Moraes Pimentel (PE)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)  
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

**COORDENADORES REGIONAIS:**

**Norte:**  
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

**Nordeste:**  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

**Sudeste:**  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

**Sul:**  
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

**Centro-oeste:**  
Regina Maria Santos Marques (GO)

**ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:**  
**Assessoria para Assuntos Parlamentares:**  
Marun David Cury (SP)

**Assessoria de Relações Institucionais:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)

**Assessoria de Políticas Públicas:**  
Mário Roberto Hirschheimer (SP)  
Rubens Feferbaum (SP)

**Maria Albertina Santiago Rego (MG)**  
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

**Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:**  
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)  
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

**Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:**  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Alexandre Lopes Miralha (AM)  
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

**Assessoria para Campanhas:**  
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

**GRUPOS DE TRABALHO:**  
**Drogas e Violência na Adolescência:**  
Evelyn Eisenstein (RJ)

**Doenças Raras:**  
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

**Atividade Física**  
Coordenadores:  
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)

**Membros:**  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Patrícia Guedes de Souza (BA)

**Profissionais de Educação Física:**  
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)  
Alex Pinheiro Gordia (BA)  
Isabel Guimarães (BA)  
Jorge Mota (Portugal)  
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

**Colaborador:**  
Dirceu Solé (SP)

**Metodologia Científica:**  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Cláudio Leone (SP)

**Pediatria e Humanidade:**  
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
João de Melo Régis Filho (PE)

**Transplante em Pediatria:**  
Themis Reverbel da Silveira (RS)  
Irene Kazue Miura (SP)  
Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)  
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)  
Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

**DIRETORIA E COORDENAÇÕES:**  
**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Mária Marluce dos Santos Vilela (SP)

**COORDENAÇÃO DO CEXTEP:**  
Hélcio Vilella Simões (RJ)

**COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO**  
Mauro Batista de Moraes (SP)

**COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

**DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**  
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

**REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)**  
Ricardo do Rego Barros (RJ)

**REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)**  
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

**REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA**  
Francisco José Penna (MG)

**DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA**  
Marun David Cury (SP)

**DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL**  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Cláudio Barsanti (SP)  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)  
Mário Roberto Hirschheimer (SP)  
João Cândido de Souza Borges (CE)

**COORDENAÇÃO VIGILASUS**  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)  
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)  
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Célia Maria Stolze Silvano (BA)  
Kátia Galeão Brandt (PE)  
Elizete Aparecida Lomazi (SP)  
Mária Albertina Santiago Rego (MG)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Jocileide Sales Campos (CE)

**COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**  
Mária Nazareth Ramos Silva (RJ)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)  
Álvaro Machado Neto (AL)  
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)  
Cecim El Achkar (SC)  
Mária Helena Simões Freitas e Silva (MA)

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO**  
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

**DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Dirceu Solé (SP)

**DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**  
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

**DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES**  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

**COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS**  
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)  
Paulo César Guimarães (RJ)  
Cléa Rodrigues Leone (SP)

**COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO**  
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:**  
Mária 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)**  
Virginia Resende S. Weffort (MG)

**PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS**  
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

**PORTAL SBP**  
Flávio Diniz Capanema (MG)

**COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA**  
José Maria Lopes (RJ)

**PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA**  
Altacílio Aparecido Nunes (SP)  
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

**DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)  
Joel Alves Lamounier (MG)

**DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES**  
Fábio Ancona Lopez (SP)

**EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA**  
Joel Alves Lamounier (MG)  
Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)  
Flávio Diniz Capanema (MG)

**EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA**  
Renato Procianny (RS)

**EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

**EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)  
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

**CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO**  
Gil Simões Batista (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Sandra Mara Amaral (RJ)  
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)  
Mária de Fátima B. Pombo March (RJ)  
Silvio Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

**COORDENAÇÃO DO PRONAP**  
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)  
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

**COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Fábio Ancona Lopez (SP)

**DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA**  
Joel Alves Lamounier (MG)

**COORDENAÇÃO DE PESQUISA**  
Cláudio Leone (SP)

**COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA**  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

**COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO**  
Rosana Fiorini Puccini (SP)

**COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO**  
Rosana Alves (ES)  
Suzy Santana Cavalcante (BA)  
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)  
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
Victor Horácio da Costa Junior (PR)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Jefferson Pedro Piva (RS)

**COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA**  
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Victor Horácio da Costa Junior (PR)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)  
Tânia Denise Resener (RS)  
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
Sérgio Luis Amantéa (RS)  
Gil Simões Batista (RJ)  
Susana Maciel Wuillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)

**COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Hélcio Maranhão (RN)

**COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

**COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL**  
Susana Maciel Wuillaume (RJ)

**COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL**  
Herberto José Chong Neto (PR)

**DIRETOR DE PATRIMÔNIO**  
Cláudio Barsanti (SP)

**COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**  
Gilberto Pascolat (PR)  
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Joaquim João Caetano Menezes (SP)  
Valmin Ramos da Silva (ES)  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Tânia Denise Resener (RS)  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Mária Sidneuma de Melo Ventura (CE)  
Marisa Lopes Miranda (SP)

**CONSELHO FISCAL**  
Titulares:  
Núbia Mendonça (SE)  
Nelson Grisard (SC)  
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

**Suplentes:**  
Adelma Alves de Figueiredo (RR)  
João de Melo Régis Filho (PE)  
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

**ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**  
**Presidente:**  
Mário Santoro Júnior (SP)

**Vice-presidente:**  
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

**Secretário Geral:**  
Jefferson Pedro Piva (RS)