

INTRODUÇÃO

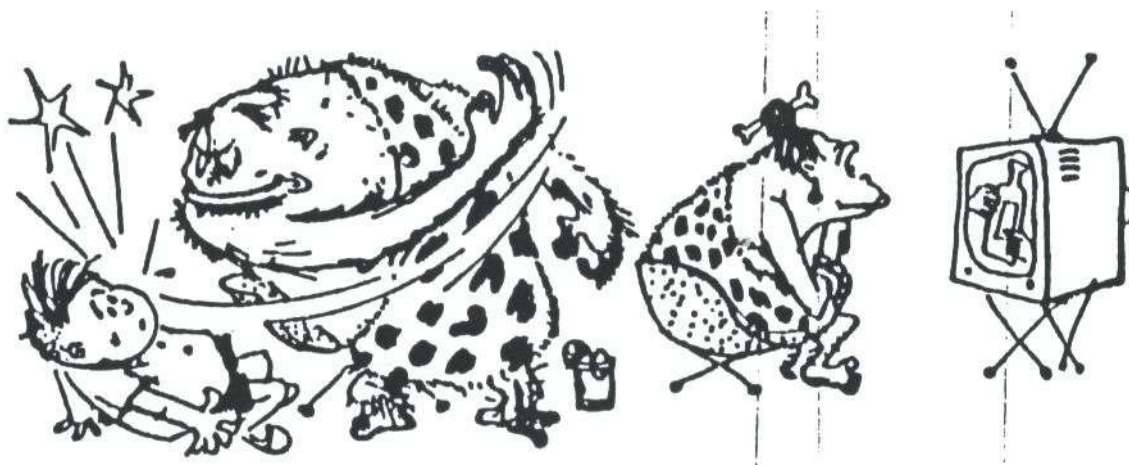
A violência acontece desde o início dos tempos, porém suas formas foram evoluindo, se aprimorando e se diversificando. Além de sua publicização, compreensão e intervenção também terem avançado.

No mundo animal a violência é uma estratégia de defesa e de ataque, condicionada por instinto de auto-manutenção e sobrevivência. Nesse universo a violência se justifica como um “mal necessário”, que via de regra estabelece e cristaliza relações de poder. Não é a toa que o leão é o rei da selva.

Valendo-se dos mesmos princípios do mundo animal o homem também utilizou-se da violência como meio de sobrevivência, contudo a evolução da humanidade trouxe a tona outros “**Poderes Ilegítimos**” que acabaram por fomentar as “**Várias Violências**” que vivenciamos hoje.

A literatura aponta como principais poderes o ECONÔMICO, o de GÊNERO e o ÉTNICO/RACIAL, os quais alimentam a violência estrutural, a social, a violência dos centros urbanos, e também a violência no ambiente doméstico; este último é um palco onde todos os poderes citados acima estão presentes, e ainda outro se constrói, respaldado por uma legitimação histórica, - O ADULCENTRISMO (poder do adulto sobre as crianças).

A violência ocorrida no ambiente doméstico tem como principais vítimas as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos. Dada a especificidade deste curso, estaremos restringindo ao estudo da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Trataremos ainda, de algumas situações de violência cometida contra esses mesmos personagens por terceiros e/ou comunidade.



PARTE I – Por que a violência contra crianças e adolescentes acontece?

Dois são os processos fundamentais de produção de crianças – vítimas em sociedades como a nossa:

- ◆ o processo de **vitimação**, cuja resultante são as que denominamos “crianças de alto risco”;
- ◆ o processo de vitimização, cuja resultante são as que denominamos “crianças em estado de sítio”.

O fenômeno da violência doméstica já foi interpretado pelos estudiosos da área sob diferentes óticas, alguns relacionaram-no à fatores sociológicos dos pais, outros a fatores psicológicos. O modelo interpretativo apresentado abaixo, engloba esses dois aspectos e inclui outros, como por exemplo questões de nível macroscópico que refletem no viver familiar.

O modelo sócio-psico-intencionista considera que a violência contra a criança/adolescente acontece dada a existência de um **PADRÃO ABUSIVO DE INTERAÇÃO FAMILIAR**. Sendo esse padrão constituído e subsidiado por diversos indicadores, abaixo descritos:

- ◆ Posição Social da Família
- ◆ Experiências de Socialização
- ◆ Características Patológicas
- ◆ Posição Cultural da Família
- ◆ Características particulares da Criança
- ◆ Fatores situacionais de Stress

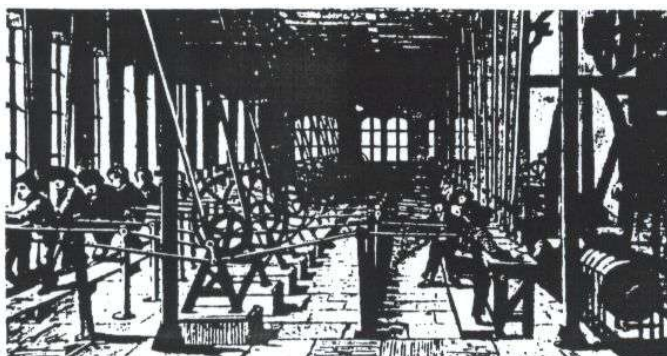
Além de indicadores ligados a aspectos sócio-econômicos e políticos (regulamentações e fronteiras intergeracionais da própria família).

Em termos conceituais a violência doméstica contra crianças e adolescentes é: **“Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento.”** (AZEVEDO e GUERRA, 95).

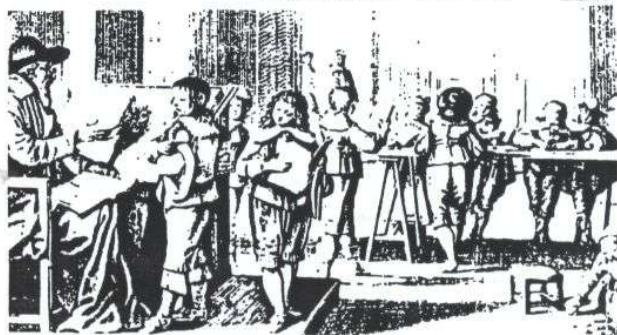


Para saber mais sobre aspectos históricos e explicativos do fenômeno recomendamos a leitura de:

- ◆ AZEVEDO e GUERRA. **A violência doméstica na infância e na adolescência.** São Paulo: Robel. 1995.
- ◆ AIRÉS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- ◆ AZEVEDO e GUERRA, V.N.A. (org). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, 1995.
- ◆ RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças.** Rio de Janeiro: USU editora universitária.
- ◆ _____ . **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.** Rio de Janeiro: USU editora universitária, 1997.
- ◆ Del Piore (org). **A história da criança no Brasil.**
- ◆ Coleção ABRAPIA/FIA, 1997. **Maus tratos contra crianças e adolescentes – Proteção e Prevenção: guia de orientação para profissionais da saúde.**



**Revolução Industrial,
a criança na fábrica**



A escolarização dos filhos dos nobres

A criança retratada nas artes



PARTE II – Violência Física



“Aquele que poupa a vara, quer mal ao seu filho; mas o que ama, corrige-o continuamente.” (provérbios, 13:24)

“É de pequenino que se torce o pepino.” (provérbio popular)

Historicamente a punição física é aceita e recomendada enquanto método disciplinar, tendo sido amplamente administrada por pais, líderes religiosos, profissionais da educação ou qualquer pessoa que se incumbisse da tarefa de educar uma criança.

A literatura ligada à área médica e/ou educacional, também difundiu o uso da violência como forma privilegiada de obter sucesso na contenção de comportamentos infantis indesejados pelos adultos. Dentre essas, podemos citar as obras John Locke, Dr. Schreber e Frederic Le Play (as quais serão explicitadas no decorrer do curso).

A área médica também ocupou-se com a compreensão do uso e do dano gerado pela violência física contra crianças:

O primeiro estudo científico sobre este fenômeno data de 1860, na França, e cujo autor foi o professor Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris. O estudo abordou 32 casos, onde 18 crianças morreram; a seleção dos casos partiu de situações em que as lesões discordavam da explicação dos pais (não foi reconhecido por chocar com os interesses do governo e da teoria de Le Play).

Em 1962, nos EUA, os Drs. Kempe e Silvermam definiram o fenômeno como “**Síndrome da Criança Espancada**”, onde “o diagnóstico tem que se basear em evidências radiológicas dos repetidos ferimentos”. Embora a terminologia seja usada ainda nos dias de hoje no meio médico, a teoria é alvo de críticas, a saber:

- ◆ prestígio aos radialistas;
- ◆ prioriza o cuidado a crianças de tenra idade;
- ◆ abordagem isolada à área médica;
- ◆ privilegia lesões graves.

Na década seguinte, 1971, um outro médico, Dr. Fontana, amplia o conceito de Síndrome da Criança Espancada ao entender que “... a criança espancada é a última fase do espectro da **Síndrome do Maltrato**”. A teoria incorpora a noção de DANO mesmo em lesões leves, e julga importante as intervenções multidisciplinares.

Conceito de Violência Física:

“Qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou o adolescente), que lhes provoque dano físico. O dano provocado pelo ato abusivo pode variar de lesão à conseqüências como a morte.” (Deslandes, 94)

Embora o **dano** e a **dor** possa variar dependendo da forma, da intensidade e da freqüência das agressões, a violência física provoca sérias conseqüências no corpo e no comportamento da criança e do adolescente como mostra o quadro abaixo:

Sintomas Físicos	Conseqüências a nível Psicológico/Comportamental	Características da Família
A criança aparece com cortes, hematomas, queimaduras, feridas ou fraturas e a explicação para elas não é convincente. A própria criança procura esconder as lesões antigas ou possíveis dores para não denunciar a família. Em função da violência física a criança pode permanecer com seqüelas abdominais, oculares, fraturas (inclusive de crânio), chegando a invalidez permanente (como lesões neurológicas) e até a morte – conhecida como violência fatal.	Pode se tornar agressiva com outras crianças, ou ser muito assustada parecendo estar sempre com medo dos pais. Pode mostrar-se depressiva, ter tiques nervosos e atitudes auto-destrutivas ou dizer que não gosta de si mesma. A criança pode desenvolver uma infelicidade generalizada com sentimentos negativos de raiva e medo quanto ao agressor, sentimentos negativos de raiva e medo quanto ao agressor, sentimentos estes que podem provocar dificuldades de relacionamentos e de confiar nos outros. Dificuldades escolares e fugas do lar também estão muito presente para vítimas de violência física.	Ocultas as lesões da criança ou as justifica de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; defende disciplina severa; abusa de álcool e/ou drogas; tem expectativas irreais da criança; tem antecedentes de maus-tratos na família.



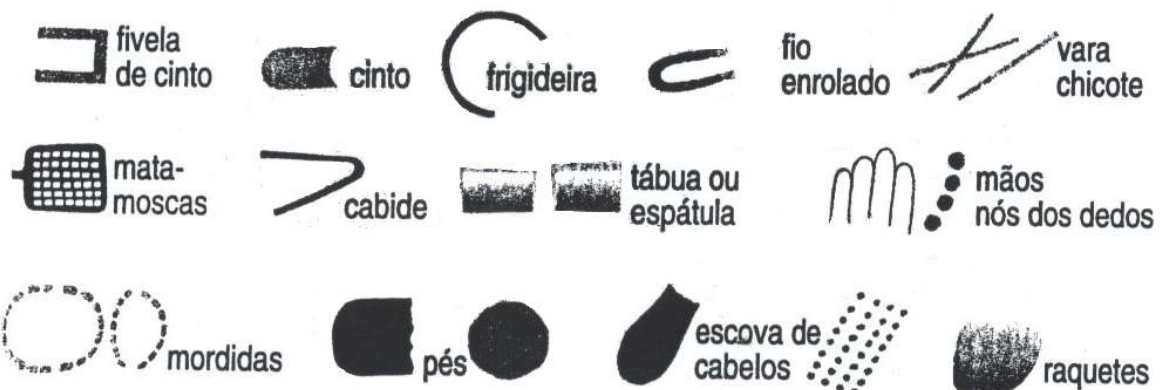
Se você observar, os sintomas e conseqüências são bastante variáveis, o que vai fazer com que eles se manifestem são as características da própria criança. Sem contar que esses sintomas não se manifestam só na infância, eles podem se estender por toda a vida adulta.

As próprias marcas da violência podem ajudar a explicar o que aconteceu.

MARCAS de QUEIMADURAS



MARCAS de OBJETOS



Síndrome de Münchhausen by proxy:

A síndrome de “Münchhausen by proxy” é uma outra forma identificada de violência física contra criança, via de regra promovida pela família, preferencialmente a mãe.

O primeiro estudo data de 1951 quando o Dr. Richard Asher identificou “casos de adultos que produziam falsas histórias com relação à saúde, fabricando sinais físicos e induzindo a achados laboratoriais que culminavam em tratamentos ou até mesmo em cirurgias desnecessárias”, atribuindo o nome de Síndrome de Münchhausen.

Anos após, 1977, Dr. Roy Meadow atribuiu o nome de Síndrome de Münchhausen by proxy (por procuração) aos casos em que havia a fabricação de uma história clínica ou de sintomas de uma criança, feita pelos pais com o objetivo de conseguirem avaliações médicas desnecessárias, procedimentos clínicos e hospitalizações.

Características da Síndrome:

- ◆ a doença é simulada por um dos pais ou responsável legal;
- ◆ a criança é submetida para avaliação e cuidados médicos repetidos;
- ◆ negação pelo agressor da etiologia da doença da criança;
- ◆ os sinais e sintomas cessam quando a criança é separada de seu agressor.

Ações mais comuns:

- ◆ adulteração dos espécimes coletados para exames laboratoriais (ex: adição de sal ou açúcar);
- ◆ troca de amostrar laboratoriais, enviando, por exemplo, sangue de outros pacientes;
- ◆ administração excessiva de laxantes;
- ◆ administração excessiva de drogas emetizantes (ex: ipeca);
- ◆ troca de remédios, trocando frasco original;
- ◆ sufocação com parada cardiorespiratória;
- ◆ adulteração de dados do termômetro;
- ◆ indução de bacteremia por infusão de líquido contaminado.

Dados de pesquisa sobre 117 casos de Síndrome indicaram:

- ◆ 25% houve simulação;
- ◆ 50% houve produção;
- ◆ 25% houve as duas formas combinadas;
- ◆ 9% houve morte das crianças;
- ◆ 8% houve mortalidade crônica (dor ou enfermidade que gerou mutilação ou perda permanente da função).

Anexo I – Trata de como proceder em caso de suspeita da Síndrome; cuidados em caso de hospitalização e o que fazer no caso de confirmação de diagnóstico.

Para saber sobre Violência Física

Recomendamos a leitura de:

- ◆ GUERRA, V. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 1998.
- ◆ GUERRA e AZEVEDO. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de criança no Brasil**. São Paulo: Iglu, 2000.
- ◆ BARRETO e SILVEIRA. **Cartilha viver sem violência**. Prefeitura Municipal de Florianópolis: Santa Catarina, 1996.
- ◆ MEADOW, R. **Münchhausen Syndrome by proxy: the printerland of child abuse**. Lancetii, 1977.
- ◆ SANTOS, H. **Crianças Espancadas**. São Paulo: Papyrus, 1987.

Filmes:

- ◆ Do que o ódio é capaz
- ◆ Meu pé de laranja lima
- ◆ Pai patrão
- ◆ Jardim secreto
- ◆ Mulher mãe e assassina
- ◆ O despertar de um homem



PARTE III – Violência Psicológica

A violência psicológica é entendida como **“toda atitude constante do adulto (ou pessoa mais velha) em relação à criança ou o adolescente de forma a depreciá-lo, bloqueá-lo em seus esforços de auto-aceitação, enfim, interferir de maneira negativa causando-lhe sofrimento mental...”**

Essa forma de violência é tão nociva à criança como as demais, podendo afetar o desenvolvimento físico e mental. Todavia ela apresenta algumas particularidades que a torna de difícil identificação, a saber:

- ◆ frequentemente aparece combinada à outras formas de violência, fazendo-a passar despercebida;
- ◆ não deixa marcas físicas visíveis, no ato (no momento);
- ◆ está intrínseca em atividades corriqueiras no educar de crianças;
- ◆ é banalizada.

A violência psicológica afeta fundamentalmente a noção de valor, de importância, que a criança tem de si mesmo; ela pode não se sentir amada, ou pior, não se sentir capaz de despertar o amor nas pessoas. Ou seja, tem sua auto-estima afetada.

Conceito de auto-estima:

“Experiência em ser competente para lidar com os desafios básicos da vida e de sentir-se merecedor de felicidade. É a confiança na própria capacidade de aprender, tomar decisões, fazer escolhar.” (Edina Bom Sucesso)



Vejamos algumas formas de violência psicológica e suas graves conseqüências:

Formas	Conseqüências/Manifestações
Rejeitar – é o não reconhecimento da criança e do adolescente enquanto sujeito que requer atenção e cuidado. As solicitações de ajuda e manifestações de amor não são consideradas.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Baixa auto-estima; ◆ Depressão; ◆ Dificuldades afetivas; ◆ Gagueira, distúrbios psicossomáticos, nanismo de privação, roubo, uso de drogas, fuga do lar, dificuldades na aprendizagem.
Aterrorizar – quando a criança é ameaçada de abandono e castigos físicos. Através de agressões verbais se instalam clima de medo fazendo-as crer que o mundo é cruel.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insegurança; ◆ Sentimento de culpa; ◆ Stress; ◆ Simbiose, medo, gagueira, extrema dependência, delinqüência.
Degradar – é menosprezar a criança e submetê-la à humilhação perante outras pessoas. Atribuir-lhes apelidos pejorativos e chamá-la de “incapaz”, ou qualquer outras coisa que humilhe.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sentimento de culpa; ◆ Sentimento de menos valia; ◆ Dificuldades afetivas; ◆ Depressão, auto-isolamento, extrema dependência, delinqüência.
Corromper – quando o adulto induz a criança ou adolescente à prostituição, ao crime e ao uso de drogas, utilizando-os nessas atividades par benefício de terceiros.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Baixa auto-estima; ◆ Perda da noção de perigo; ◆ Agressividade, dificuldade nas relações sociais, prostituição, adicção, fuga do lar, falta de interesse na vida escolar.
Produzir falsas expectativas – é a promessa de realização de algo de interesse da criança, sabendo-se da impossibilidade deste cumprimento.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Frustração; ◆ Perda da credibilidade no adulto; ◆ Sentimento de desamor; ◆ Mentiras, agressividade e raiva.
Extremas exigências – são cobranças excessivas de rendimento escolar, intelectual, esportivo e artístico. E também a imposição de responsabilidades sem considerar as limitações da criança.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Stress; ◆ Depressão; ◆ Sentimento de incompetência; ◆ Distúrbios psicossomáticos psiquiátricos, falta de memória, idéia e tentativa de suicídio.



Características comuns encontradas em famílias que cometem violência psicológica, embora nem todas as famílias com essas características maltratem seus filhos:

- ◆ Número elevado de filhos, filhos não desejados, mães adolescentes sem suporte psicossocial ou em situação de isolamento, falta de apoio familiar e de recursos;
- ◆ Inexperiência e ignorância para cuidar dos filhos, desconhecendo suas necessidades afetivas;
- ◆ Antecedentes de violência familiar e ruptura familiar;
- ◆ Isolamento social;
- ◆ Toxicomanias.

In: (Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência).

Para saber mais sobre violência psicológica

Recomendamos a leitura de:

- ◆ FARINATII, F. et al. **Pediatria Social: a criança maltratada**. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1993.

Filmes:

- ◆ A sobra do piano
- ◆ Laços diabólicos
- ◆ Shine



PARTE IV – Violência Sexual

O tema abuso sexual é considerado um grande desafio para os profissionais que trabalham na área. Isso ocorre por vários motivos, dentre eles, as dificuldades:

- ◆ de diferenciar uma carícia normal entre pais e filhos com sexualidade abusiva;
- ◆ de acreditar que um membro da família possa abusar de uma criança;
- ◆ de desvendar os segredos familiares que envolvem o abuso;
- ◆ de trabalhar junto às estratégias que o agressor lança mão para manter a vítima calada;
- ◆ de perceber como o comportamento da criança revela as conseqüências do abuso.

Para entendermos a violência sexual contra crianças e adolescentes, é necessário superarmos alguns **mitos (falsas verdades)** que estão presentes em nossa cultura:



Mitos	Realidades
1º Mito: “O abuso sexual é raro”.	◆ Pesquisas recentes indicam que em cada 1 em 3 a 4 meninas e 1 em 6 a 10 meninos serão vítimas de abuso sexual até os 18 anos.
2º Mito: “Não é possível que haja abuso sexual com crianças pequenas”.	◆ Mais de 1/3 das denúncias envolvem crianças de 5 anos ou menos, inclusive bebês.
3º Mito: “Basta ensinarmos nossas crianças a evitarem estranhos perigosos, para que não sejam abusadas sexualmente”.	◆ 85-90% dos agressores são conhecidos da criança, principalmente de sua própria família.
4º Mito: “Os agressores são homens idosos, violentos, alcoolistas, desempregados, sexualmente depravados, homossexuais e/ou com transtornos psiquiátricos”.	◆ Geralmente os agressores parecem normais, sob vários aspectos. Os crimes sexuais têm sido cometidos em todos os níveis sócio-econômicos e em todos os grupos raciais, religiosos e étnicos. Crianças são vitimizadas no campo e na cidade. A maioria dos agressores sexuais são homens heterossexuais e têm acesso à relações sexuais com adultos.
5º Mito: “Se a criança consente e não diz NÃO, é porque gostou, então não é abuso sexual”.	◆ Vitimização sexual NUNCA é culpa ou responsabilidade da criança. O agressor sexual tem inteira responsabilidade pelo crime, qualquer que seja a forma por ele assumida. Muitos abusos se dão sem o uso de força física.

Mitos	Realidades
<p>6º Mito: “O abuso sexual é sempre o estupro cometido de forma violenta”.</p>	<p>◆ A vitimização sexual pode incluir telefonemas obscenos, exposição de genitais e/ou de materiais pornográficos, prática de atos libidinosos (incluindo masturbação), relações (ou tentativas) sexuais orais, anais, vaginais e exploração da criança através de prostituição e/ou produção de pornografia. Ou seja, COM ou SEM contato físico.</p>
<p>7º Mito: “Os agressores param quando são presos ou quando prometem parar”.</p>	<p>◆ Os agressores quase nunca procuram tratamento para parar do abuso voluntariamente, eles podem parar de vitimizar uma dada criança, mas logo podem fazer o mesmo com outra. A vitimização quase sempre continua de um modo ou de outro, ao menos que o agressor esteja em tratamento em alguma instituição especializada.</p>
<p>8º Mito: “A criança esquece o abuso sexual sofrido, desde que os adultos não a relembrem”.</p>	<p>◆ Crianças não costumam esquecer. Elas podem tentar ocultar seu sofrimento, sua confusão e seu ódio porque acreditam que os adultos não querem ouvir falar disso. Elas podem interpretar o silêncio do adulto como censura ou raiva. É muito importante que a vítima, o agressor e o pai (mãe) não agressor, recebam tratamento terapêutico especializado.</p>
<p>9º Mito: “Somente as crianças ameaçadas não revelam o segredo do abuso sexual”.</p>	<p>◆ Crianças podem não falar por medo da violência contra si ou contra alguém que ama. Elas também não contam quando temem censura, temem acarretar ruptura na família e quando temem não serem acreditadas.</p>
<p>10º Mito: “A maioria dos casos é denunciada”.</p>	<p>◆ Para cada caso denunciado, estima-se que existam 20 casos que não são, seja por medo, por motivos afetivos, por ninguém acreditar na criança, etc.</p>
<p>11º Mito: “Se o abusador é da família, é um parente distante”.</p>	<p>◆ Estudos estatísticos indicam que o principal abusador é o pai seguido do padrastro.</p>
<p>12º Mito: “As crianças que vendem seu corpo já nasceram com má índole”.</p>	<p>◆ As crianças vítimas de exploração sexual na maioria das vezes foram inicialmente vítimas sexuais dentro de sua família.</p>



Agora veremos alguns conceitos e idéias que são importantes para a compreensão do fenômeno da violência sexual:

O que é um “segredo de família”?

É quando um ou mais membros da família tem conhecimento que o abuso sexual está ocorrendo e não toma qualquer atitude para interceptar a violência ou para que os órgãos de proteção sejam acionados, também ocorre quando a vítima sofre ameaças/constrangimentos, promessas ou qualquer forma de violência física para manter-se calada. Vejamos algumas estratégias que o agressor utiliza para manter o segredo: ameaçar a criança/adolescente de morte e/ou de apanhar e/ou de matar alguém que a criança ama; afirmar que ninguém irá acreditar; utilizar violência física; comprar a criança com presentes; etc.



A violência sexual pode ocorrer COM contato físico (ex – estupro, atentado violento ao pudor, beijos, carícias íntimas, fazer a criança manipular o sexo do adulto, etc) ou **SEM contato físico** (ex – exhibir órgãos sexuais para chocar a criança, conversas sobre sexo projetar filmes pornô, etc).

Existem várias formas de **EXPLORAÇÃO SEXUAL**, quais sejam: aliciar crianças/adolescentes para “programas” sexuais, contratar crianças/adolescentes para práticas sexuais diversas, produzir pornografia infantil e/ou shows eróticos, etc.

O que é a “revelação do abuso”?

É o momento em que a criança/adolescente relata o abuso sofrido. Normalmente são momentos especiais e inesperados, onde precisamos estar preparados para ajudar. A revelação pode ocorrer em situações como: a criança relatar uma frase desconexa sobre sexo na rodinha da creche (“...o pinto do meu pai é grande e machuca...”), ou relatar sua vitimização para alguém que confia.

O que é a “retratação”?

É quando a criança/adolescente “volta atrás” em sua história de violência sexual devido ao medo (culpa) de destruir sua família, que o agressor seja preso e a família não tenha como se manter financeiramente, ou outro motivo que normalmente é apontado pela família para que a vítima recue. A retratação gera conseqüências, que podem ser a revitimização sexual, a “potencialização” da ação do agressor a impunidade, a descrença da criança em modificar sua condição de vítima, etc.

Qual a tipologia da violência sexual?

Violência sexual doméstica – tipo mais comum, cujo agressor é alguém conhecido da criança/adolescente, de sua família ou vizinhança ou amigo da família;

Violência sexual por pedofilia – embora não sendo a forma mais comum de violência sexual, é responsável por muitos abusos em nossa sociedade. Trata-se de uma doença psiquiátrica onde o indivíduo apresenta preferência sexual por crianças ou adolescentes, utilizando-se de estratégias para obter inúmeras vítimas;

Violência sexual por exploração – já citada;

Violência sexual por estranhos – configuram assaltos sexuais a crianças/adolescentes por desconhecidos portadores ou não de distúrbios psiquiátricos, normalmente acontece quando a criança/adolescente encontra-se sozinha em locais perigosos;

Violência sexual ritualística – com incidência pouco registrada, onde o agressor utiliza violência sexual em “rituais religiosos” com crianças e adolescentes. Esta violência configura-se crime como os demais, e o agressor pode apenas usar o “intuito religioso” como estratégia de violência sexual, ou apresentar distúrbios psiquiátricos ou fanatismo religioso.

Violência sexual por mutilação – situação de violência onde o agressor mutila (corta total ou parcialmente) os órgãos sexuais da criança/adolescente. Como exemplo citamos a mutilação do clitóris e a infibulação em alguns países orientais.

Violência sexual institucional – quando o agressor sexual da criança/adolescente tem para com a vítima um vínculo institucional, e se beneficia teve contato e/ou vínculo para abusar. Exemplo: professor/aluno.

Pistas para a identificação da violência sexual

O quadro abaixo nos dá os sinais que um abuso sexual possa estar ocorrendo:

Indicadores físicos da criança/adolescente	Comportamento da criança/adolescente	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificultadores de caminhar; ◆ Infecções urinárias; ◆ Secreções vaginais ou penianas; ◆ Baixo controle dos esfíncteres; ◆ Pode apresentar DSTs; ◆ Enfermidades psicossomáticas; ◆ Roupas rasgadas ou com manchas de sangue; ◆ Dor ou coceira na área genital ou na garganta (amigdalite gonocócica); ◆ Dificuldade para urinar ou deglutir; ◆ Edema e sangramento da genitália externa, regiões vaginal ou anal; ◆ Cérvix, vulva, períneo, pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados; ◆ Intróito vaginal alargado; ◆ Sêmen ao redor da boca, dos genitais ou na roupa; ◆ Odor vaginal ou corrimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vergonha excessiva; ◆ Autoflagelação; ◆ Comportamento sexual inadequado para sua idade; ◆ Regressão a estados de desenvolvimento anterior; ◆ Tendências suicidas; ◆ Fugas constantes de casa; ◆ Mostra interesse não usual por assuntos sexuais e usa terminologia inapropriada para a idade; ◆ Masturba-se excessivamente; ◆ Desenha órgãos genitais além de sua capacidade etária; ◆ Alteração de humor – retraída x extrovertida; ◆ Resiste a participar de atividade física; ◆ Relata avanços sexuais de adultos; ◆ Resiste a se desvestir ou a ser desvestida; ◆ Resiste a voltar para casa após a aula; ◆ Mostra medo de lugares fechados; ◆ Tenta mostrar-se “boazinha”; ◆ Ausência escolar, por motivos insubsistentes; ◆ Papel de mãe; ◆ Conduta muita sexualizada. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Muito possessiva com a criança, negando-lhe contatos sociais normais; ◆ Acusa a criança de promiscuidade ou sedução sexual; ◆ O agressor pode ter sofrido esse abuso na sua infância; ◆ Acredita que a criança tenha atividade sexual fora de casa; ◆ Crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar; ◆ Paradoxalmente dominador e fraco; ◆ Pode abusar de álcool ou drogas; ◆ Sugere ou indica discórdia conjugal ou dificuldades de se relacionar com adultos; ◆ Indica isolamento social ou a condição de família monoparental; ◆ Mostra conduta impulsiva e imatura; ◆ Tende a culpar os outros por dificuldades da vida; ◆ Tenta minimizar a seriedade da situação; ◆ Estimula a criança a se desenvolver em condutas ou atos sexuais.

O quê fazer quando da suspeita ou confirmação de um caso de violência sexual contra crianças ou adolescentes no município de Florianópolis

Você dispõe de duas alternativas. **A primeira** é para o caso de você não querer se identificar e/ou se envolver diretamente na situação. Neste caso, você poderá fazer uma denúncia anônima através do telefone que encontram-se no final desta apostila (disque-denúncia). Esta denúncia incluía qualquer tipo de violência sexual: COM ou SEM contato físico, COM ou SEM lesão (machucados, manchas roxas, secreções genitais, etc).

A segunda alternativa é para o caso de haver algum indício físico que tenha ocorrido estupro e/ou atentado violento ao pudor, e você tiver oportunidade e disponibilidade para encaminhar a vítima para o atendimento da Rede de Atendimento à Vítima de Violência Sexual (no caso de criança ou adolescente é preciso ter certeza que houve o atendimento). Abaixo descrevemos os procedimentos da Rede.

Rede de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis

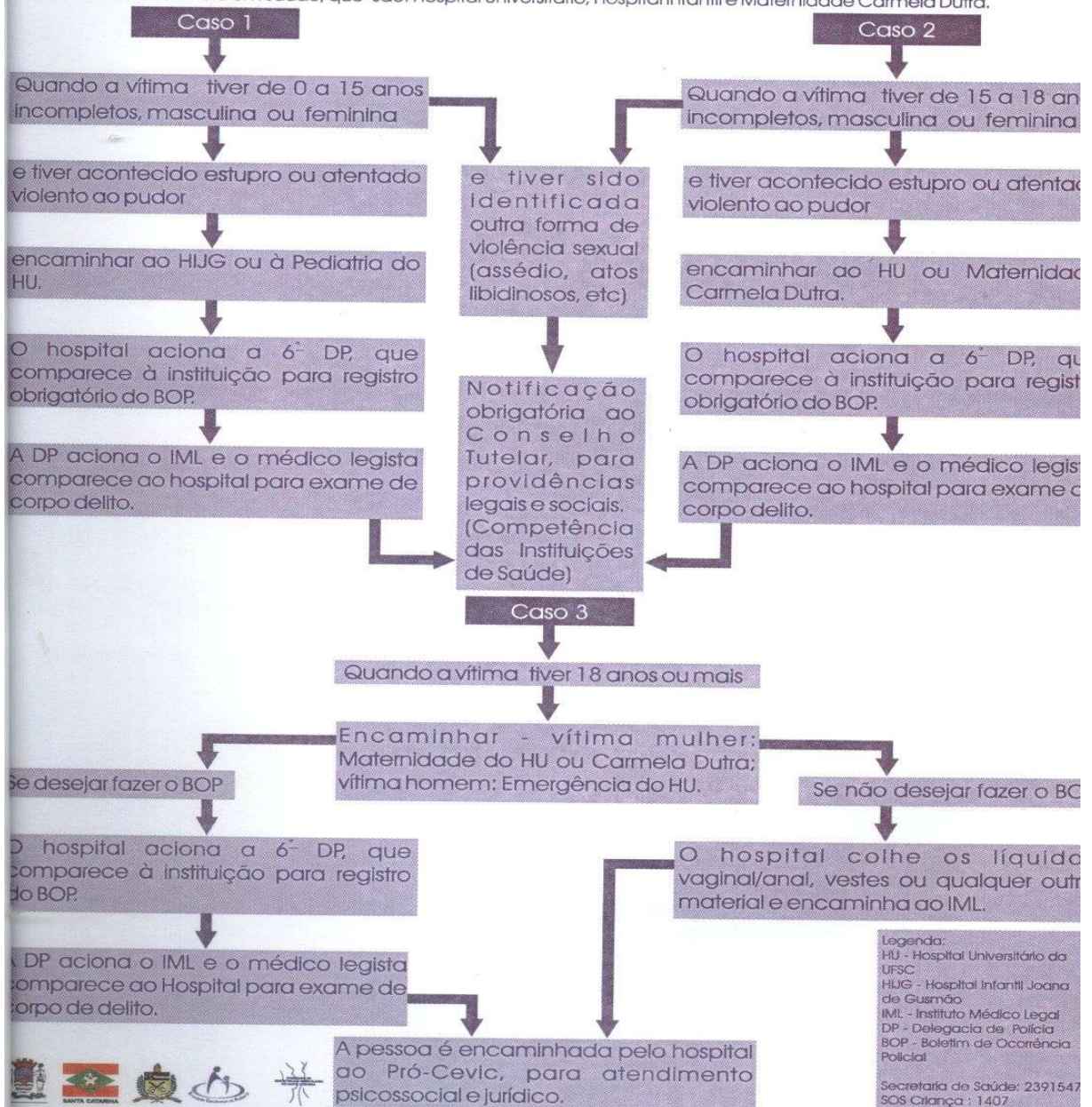
No município de Florianópolis contamos com um sistema especial de atendimento às vítimas de violência sexual (que tenham lesões físicas), sendo estas de qualquer idade ou sexo. Isto quer dizer que a Rede atende vítimas crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos, nos casos de estupro e/ou atentado violento ao pudor.

A principal providência é encaminhar a vítima para um dos hospitais, conforme especificado no esquema abaixo:



Fluxograma da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis

Porta de entrada das vítimas: procura espontânea ou apresentada nas diferentes instituições (postos de saúde, delegacias, centros comunitários, etc). Deverão ser encaminhadas (no caso de adultos) e conduzidas (no caso de crianças e adolescentes) às unidades de referência em saúde, que são: Hospital Universitário, Hospital Infantil e Maternidade Carmela Dutra.



Conheça os cuidados/benefícios de saúde que a vítima recebe quando procura ajuda logo após a violência sexual:

- ◆ Previne doenças sexualmente transmissíveis;
- ◆ Previne AIDS;
- ◆ Previne Hepatite B;
- ◆ Previne gravidez indesejada;
- ◆ Recebe ajuda psicológica;
- ◆ Além de efetuar denúncia e efetuar o exame de corpo delito na própria unidade de saúde.

Como a sociedade pode prevenir a violência sexual contra crianças e adolescentes?

A ampla discussão sobre direitos humanos ocorrida nas últimas décadas coloca como direitos básicos de cada pessoa a decisão de **COMO, QUANDO e COM QUEM** viverá sua sexualidade.

Bem como, aponta que **GANHAR** sexualidade, respeitando o momento e a vontade do outro, é a única forma legítima de viver essa sexualidade. Qualquer outra forma é ilegítima e ilegal, são elas: **COMPRAR** (relação comercial/prostituição) e **ROUBAR** (através da violência sexual).

A legitimação dos direitos será possível se:

- ◆ **COMBATERMOS** a visão de sexualidade enquanto coisa perigosa, ruim e suja. Ex: Buscar entender as fases da sexualidade da criança e do adolescente, não negando o direito de se descobrir, de fazer perguntas ou de se masturbar.
- ◆ **COMBATERMOS** a discriminação das várias manifestações da sexualidade humana, como o homossexualismo e o transexualismo. Ex: Criar um clima afetivo e de aceitação na família para membros homossexuais.
- ◆ **COMBATERMOS** qualquer forma de sexualidade ligada à violência e/ou poder. Ex: A mulher não se submeter a práticas sexuais que não lhe agradem.
- ◆ **DEFENDERMOS** uma visão de sexualidade aliada ao afeto (cultura sexofílica). Ex: Incorporar na formação sexual das crianças e adolescentes a visão de carinho e prazer.
- ◆ **DEFENDERMOS** uma educação igualitária entre homens e mulheres (diferentes mas não desiguais). Ex: Divisão de tarefas domésticas igualmente entre meninos e meninas.
- ◆ **DENUNCIARMOS** todo e qualquer caso de violência que se tenha conhecimento.
- ◆ **ASSUMIRMOS** uma atitude sempre valorizadora e cuidadosa da criança.

◆ GARANTIRMOS OS DIREITOS SEXUAIS DA CRIANÇA quais sejam:

1º) *“Direito de ter contato físico com a mãe.” Não basta a criança ser alimentada e higienizada;*

2º) *“Direito de crescer num ambiente onde haja modelos de afeição.”*

3º) *“Direito de viver num ambiente não restritivo, onde não se crie obstáculos à auto-exploração do seu corpo.”*

4º) *“Direito de receber respostas honestas para suas dúvidas. O direito de não ser enganado com mentiras.”*

5º) *“Direito de ter seu momento respeitado.” Educar não é abarrotar de informações.*

6º) *“Direito de ter uma educação sexual participada.” É dizer não para o modelo onde a mãe deve educar a filha e o pai para o filho.*

7º) *“Direito de não ser usada sexualmente pelos adultos, de qualquer forma.”*

8º) *“Direito de não ser usada comercialmente por familiares ou outros adultos.”*

9º) *“Direito de ser educada para ser sexualmente responsável, de aprender a usar o seu corpo para a promoção da felicidade e não para ser vítima.”*

(In: Mabel Cavalcanti)



Conseqüências da Violência Sexual

Ao falarmos de conseqüências da violência é necessário considerar que:

- ◆ que cada vítima responde ao trauma de um modo particular;
- ◆ que as conseqüências também dependerão:
 - . de quem é o agressor (quanto mais próximo, maiores as conseqüências)
 - . da duração do abuso
 - . se houve proteção pelos demais familiares
 - . se houve auxílio profissional;
- ◆ que as conseqüências podem surgir e atuar tanto na infância como na vida adulta.

As conseqüências já identificadas são:

- ◆ Dificuldade no campo da sexualidade e do prazer:
 - . incapacidade de decidir sobre seu corpo, sobre quem o toca e como o toca
 - . recusa no estabelecimento de relação com homens ou vivência de relações apenas transitórias
 - . tendência a supersexualizar relações
 - . frigidez
 - . vulnerabilidade à atuar na exploração sexual
 - . comportamento promíscuo;
- ◆ Dificuldades a nível de comportamento, sentimentos e auto-estima:
 - . incapacidade de confiar nas pessoas;
 - . distúrbios de sono
 - . baixa capacidade de concentração
 - . necessidade de controlar
 - . comportamento hostil
 - . sentimentos de culpa e auto-desvalorização
 - . agressividade e atitudes de auto-flagelação
 - . perfeccionismo, ansiedade e isolamento
 - . drogadição e alcoolismo
 - . depressão, tentativas suicidas e/ou suicídio
 - . psicoses;
- ◆ Dificuldades a nível físico:
 - . distúrbios alimentares (obesidade ou anorexia)
 - . vaginismo
 - . doenças psicossomáticas.



O que são danos secundários?

São as conseqüências que surgem após a “revelação” do abuso sexual. Ocorrem principalmente quando há falha na proteção parental ou na intervenção profissional. São exemplos de danos secundários – estigma social, não acreditar na criança, indução de novo abuso, responsabilização pelos problemas ocorridos (separação familiar, prisão, etc).

Atitudes que podem ajudar a criança vitimizada

- ◆ Acreditar nela;
- ◆ Não culpá-la jamais;
- ◆ Mostrar que ela não está só;
- ◆ Deixar que fale sobre seus sentimentos;
- ◆ Incentivar a participação na terapia (desmistificar o binômio psicólogo e loucura);
- ◆ Não criar expectativas que não se sabe se poderão ser cumpridas;
- ◆ Reforçar atitudes positivas da criança;
- ◆ Incentivar a auto-confiança;
- ◆ Dizer o quanto é importante, valiosa e adequada;
- ◆ Dizer e permitir que seja diferente, respeitando seu jeito de ser;
- ◆ Explicar que outras crianças ou adolescentes também passaram pelos mesmos percalços;
- ◆ Explicar a diferença entre sexualidade e o abuso;
- ◆ Permitir à criança desabafar e reconhecer seus sentimentos frente ao agressor;
- ◆ Permitir que a criança, ciente de seus direitos, possa participar do processo decisório alusivo à sua segurança (esta especialmente para profissionais da área da violência);
- ◆ Ensinar a criança estratégias de defesa em situações similares, telefones e locais que podem lhe oferecer proteção;
- ◆ Valorizar e fortalecer os vínculos sociais e/ou familiares positivos/protetivos;
- ◆ Deixar que a criança possa falar e/ou fazer perguntas sobre a violência sofrida.

Para saber mais sobre violência sexual

Recomendamos a leitura de:

- ◆ GABEL, M. (org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus.
- ◆ FURNISS, T. **Abuso Sexual da Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- ◆ FORWARD, S. e BUCK, C. **A traição da inocência: o incesto e sua devastação**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

Filmes:

- ◆ A ira de um anjo
- ◆ Eclipse total
- ◆ O amor e a fúria
- ◆ O mistério do rosário negro
- ◆ O padre
- ◆ Querem me enlouquecer
- ◆ Identidade Múltipla
- ◆ Papai me machucou
- ◆ Abuso Sexual

PARTE V – NEGLIGÊNCIA

É uma das formas mais freqüentes de violência contra a criança que pode ocorrer durante anos e até por gerações.

Conceito

“A negligência é a omissão ou inadequação de atendimento às necessidades básicas por parte de pais ou responsáveis em relação às crianças/adolescentes, nas áreas de alimentação, higiene, educação, saúde física e mental, supervisão e atenção.” (Azevedo e Guerra, 1996)

Exemplos de negligência

- ◆ Vacinas em atraso;
- ◆ Doenças crônicas não tratadas;
- ◆ Extravio constante da carteira de saúde;
- ◆ Medicamentos prescritos pelo médico mas não ministrados;
- ◆ Criança/adolescente fora da escola;
- ◆ Não acompanhamento ao andamento escolar;
- ◆ Criança/adolescente com aparência descuidada e suja;
- ◆ Criança/adolescente com roupa inadequada para o clima;
- ◆ Casa suja e desorganizada, ocasionando um local insalubre;
- ◆ Crianças sozinhas em casa sem supervisão ou em longos períodos nas ruas, em festas populares, na casa de vizinhos ou mesmo desconhecidos;
- ◆ Permissividade;
- ◆ Falta de documentos;
- ◆ Privação de contatos sociais e contraditórios;
- ◆ Outros.

Conseqüências

- ◆ Desenvolvimento e crescimento retardado;
- ◆ Problemas de saúde agravados;
- ◆ Problemas de conduta;
- ◆ Rejeição e baixa auto-estima;
- ◆ Depressão;
- ◆ Timidez, dificuldades de socialização;
- ◆ Risco de acidentes domésticos;
- ◆ Outras.

Polêmica

É importante destacar que a negligência nem sempre é de responsabilidade do âmbito familiar, pois muitas vezes é originada por questões culturais e/ou omissões do Estado na garantia de direitos básico, como saúde e educação.



Desenhos, fonte bibliografia citada abaixo

Para saber mais sobre negligência

Recomendamos a leitura de:

- ◆ RECH, L. e ROSA, S. Cartilha: “Compreendendo a Negligência na Família”. Florianópolis: IOESC.

Filmes:

- ◆ Uma cova para os anjos
- ◆ “A ira de um anjo”.
- ◆ A maçã

PARTE VI – MANDAMENTOS DO PROFISSIONAL

- ◆ acredite sempre na criança;
- ◆ O maior compromisso é PROTEGER a criança;
- ◆ Buscar ajudar a família como um todo;
- ◆ Buscar agir com profissionalismo, não deixando que a emoção lhe paralise;
- ◆ Buscar agir em conjunto com outros profissionais;
- ◆ Evitar reticências psicológicas na prática profissional (são situações em que o profissional tem extrema dificuldade de imparcialidade por ter questões particulares que se confundem com as questões do atendimento).

PARTE VII – SOBRE A DENÚNCIA

A denúncia nos casos de SUSPEITA ou CONFIRMAÇÃO de violência contra criança/adolescente está prevista nos Artigos 13 e 245 do ECA, como uma providência obrigatória. Vamos refletir sobre alguns aspectos essenciais para a formalização da denúncia:

- ◆ **Onde?** Nos Conselhos Tutelares (Ilha e Continente), ou Programa SOS Criança (Fpolis).
- ◆ **Como?** Pessoalmente, por escrito ou por telefone (os telefones encontram-se no final da cartilha).
- ◆ **Quando?** Tão logo você tomar conhecimento da situação ou episódio de violência.
- ◆ **O que é preciso informar?** O teor da denúncia é que vai nortear o atendimento pelos técnicos, por isso deve ser preciso e o mais detalhado possível. Alguns pontos:
 - x fornecer nome e apelido de todos os envolvidos;
 - x o endereço deve ser claro, você não imagina quantas denúncias deixam de ser atendidas devido a insuficiência de dados do endereço, onde a família não é localizada. Por este mesmo motivo, é importante que seja indicado também a escola, local de emprego dos pais, endereço de outros parentes, se possível;
 - x detalhar o episódio ou situação da violência, com a maior precisão: data e horário do ocorrido/ se há lesões na criança/ o local das lesões/ o objeto utilizado/ quem presenciou o fato/ qual a atitude dos outros membros da família em relação à situação/ se a criança expressa seus sentimentos/ quem são as figuras protetivas na família ou comunidade/ indicar outros profissionais da comunidade que têm (ou podem ter) informações sobre a família.
- ◆ **Você precisa se identificar?** Não. Porém, pode fornecer seu nome e telefone e solicitar sigilo absoluto para a pessoa que receber a denúncia. Isto é importante, pois caso a denúncia não for confirmada, o técnico poderá lhe contactar para buscar maiores informações.

PARTE VIII – CONTATOS IMPORTANTES NA ÁREA DA CRIANÇA, NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

- ◆ Disque-Denúncia: 0800 643-1407 SOS Criança – PMF
- ◆ Juizado da Infância e Juventude: 251-5600
- ◆ Promotoria Pública da Infância e Juventude: 228-0048
- ◆ Movimento Porta Aberta (atdtº psi.): 222-0203
- ◆ Movimento Sistêmico (atdtº psi.): 223-3598
- ◆ Assistência Judiciária Gratuita da PMF: 251-6200
- ◆ Conselho Tutelar Ilha: 216-5209/5219
- ◆ Conselho Tutelar Continente: 244-5691
- ◆ Alcoólicos Anônimos: 1382
- ◆ Narcóticos Anônimos: 289-3040
- ◆ 1ª DP Centro: 223-2720
- ◆ 2ª DP Saco dos Limões: 333-5525
- ◆ 3ª DP Estreito: 244-2845
- ◆ 4ª DP Coqueiros: 244-1555
- ◆ 5ª DP Trindade: 333-0985
- ◆ 6ª DP de Proteção à Mulher/Menor: 1380 / 228-5304
- ◆ 7ª DP Canasvieiras: 266-1872
- ◆ 8ª DP Capoeiras: 244-9663
- ◆ 9ª DP Monte Cristo: 240-7210
- ◆ 10ª DP Lagoa da Conceição: 232-0500
- ◆ 1ª DP São José: 247-1898
- ◆ Fórum Central: 251-6500
- ◆ Fórum do Estreito: 248-5090
- ◆ Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual: 239-1546 / 239-1547
- ◆ CEJA (Comissão Estadual Judiciária de Adoção): 221-1226
- ◆ Disque-Pedofilia: 0800-990500
- ◆ CEVIC: 224-7164 / 224-6462
- ◆ Escola de Pais: 225-5791

Elaboração da apostila:

Lilian Keli Rech

Salete Laurici Marques Dias

Assistentes Sociais do Projeto Mel, especialistas em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes.

Anexo I – Sobre Síndrome de Münchhausen by proxy

III. A CONFIGURAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA DAS VÍTIMAS

Os relatos científicos (Zitelli, B. J. et alii *Münchhausen's syndrome by proxy and its professional participants*; Jones, L. et alii *Münchhausen syndrome by proxy*; Sigal, M. D. et alii *Münchhausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults*; Pickford, E. et alii *Münchhausen syndrome by proxy: a family anthology*) mostram que de 95 a 98% dos casos os agressores são representados pelas próprias mães biológicas, havendo um número bastante restrito de mães adotivas. As histórias apresentadas pelas agressoras (que depois se revelaram imaginárias), no tocante à saúde da criança, apresentam pormenores técnicos que revelam um treinamento anterior na área médica ou de enfermagem. Quando a vítima é hospitalizada, a agressora permanece ao seu lado, demonstra muito carinho por ela, interessa-se pela situação dos demais pacientes, mostra-se colaboradora com a equipe hospitalar. Geralmente a agressora é uma pessoa carente de atenção e a consegue no serviço de saúde através de seu filho. Quando o diagnóstico da Síndrome é estabelecido, geralmente a agressora nega sua participação. Há raros casos em que ela admite a responsabilidade pelo fato.

A figura paterna se revela frágil emocionalmente, pouco envolvida com o processo de cuidado dos filhos, extremamente omissa, aparentemente desconhecendo as fabulações maternas. Em alguns casos, as mães relatam uma série de enfermidades de que padecem os pais, enfermidades estas apenas observadas por elas. Há famílias nas quais a figura paterna está ausente do lar (devido a viagens frequentes por trabalho ou a uma separação do casal).

No estudo de Rosenberg, D. A. (ibidem) dentre os 117 casos relatados houve o falecimento de 10 crianças, irmãs das vítimas estudadas e cuja morte se deu em circunstâncias não esclarecidas. Surgiu, também, um grande número de irmãos cujas informações a respeito eram indicativas da existência da Síndrome de Münchhausen by proxy.

IV. COMO PROCEDER EM RELAÇÃO A CASOS EM QUE HÁ SUSPEITA DESTA SÍNDROME

O estudo de um caso em que há uma suspeita desta natureza deve envolver vários aspectos, a saber:

- 1) entrevistas com diversos membros da família (conjunje, avós, etc) considerando-se que estas pessoas podem veicular informações importantes que muitas vezes contradizem os dados fornecidos pelo(a) suposto(a) agressor(a);
- 2) checagem dos dados sobre a história pessoal, social e familiar fornecidos pelo(a) agressor(a). É comum se encontrar contradições quanto ao número de membros da família, quanto às gestações, quanto à situação financeira, de trabalho e de habitação. A visita domiciliar se revela um instrumento muito útil nestes casos. Muitas vezes esta visita é rejeitada pelo(a) suposto(a) agressor(a), uma vez que tema a descoberta das inverdades relatadas no serviço de saúde. A própria negativa em termos de receber a visita já pode apresentar um ponto importante de análise em termos da confirmação diagnóstica;

- 3) observação de uma associação temporal entre o surgimento da enfermidade da criança e a presença do(a) suposto(a) agressor(a);
- 4) através do estudo da história é possível se perceber quais as enfermidades que foram fabricadas e quais as reais. Às vezes torna-se importante checar informações na escola da criança, com amigos da família, com vizinhos. Quando há múltiplos eventos relativos a enfermidades, cada um deles deve ser minuciosamente analisado;
- 5) buscar um motivo para o comportamento do(a) agressor(a). Geralmente há um elemento de gratificação envolvido, qual seja, por exemplo, a enfermidade da criança propiciando uma atenção mais ampla sobre a figura do(a) agressor(a) por parte da vizinhança, dos funcionários dos serviços de saúde, do conjuge não agressor, de outras pessoas da família. A literatura científica chega a relatar que o(a) agressor(a) pode auferir benefícios de natureza econômica através da enfermidade da criança, como por exemplo nos casos em que a família recebeu substancial ajuda financeira da comunidade local, de instituições de bem-estar social, etc;
- 6) observar se o(a) próprio(a) agressor(a) não é portador(a) da Síndrome de Münchhausen. Checar todas as informações relativas às enfermidades por ele (ela) relatadas.

Nos casos em que a vítima está hospitalizada outros aspectos deverão ser contemplados

- 1) Preparar duas anotações de enfermagem: uma em que o próprio pessoal deste serviço observa e aponta e outra que diz respeito às informações propiciadas pelo(a) suposto(a) agressor(a). Desta forma, pode-se identificar as anormalidades percebidas apenas pelo(a) agressor(a) e que ocorrem somente em sua presença;
- 2) por ocasião de um coma inexplicado, de uma suspeita de intoxicação ou de outro evento significativo, torna-se importante verificar se a criança não foi envenenada. O exame cuidadoso dos vômitos, da urina, do sangue deve ser feito, recorrendo-se até a uma consultoria especializada na área em caso de dúvidas;
- 3) se houver hematúria, hematemese ou qualquer outro tipo de sangramento é importante se observar se o sangue é humano, se é da própria criança ou de outra pessoa;
- 4) uma vigilância estrita tem que ser exercida sobre o(a) suposto(a) agressor(a) quando está acompanhando a criança hospitalizada. Geralmente há muita resistência da equipe hospitalar quanto a esta prática, dada a incredulidade em termos deste tipo de diagnóstico. Entretanto, a superação de obstáculos quanto a esta conduta é de vital importância, uma vez que está em jogo uma vida. A literatura científica nos mostra que, em países desenvolvidos, usa-se a técnica de filmagem com câmeras apropriadas, sendo que mais tarde pode-se assistir no vídeo exemplos claros da Síndrome, nos quais aparecem agressores tentando sufocar os filhos com a mão, com travesseiros, injetando líquidos contaminados por via intravenosa, etc.

Todos os aspectos acima mencionados devem ser passíveis de análise não sendo necessário o estabelecimento de hierarquia entre eles, podendo sim ocorrer uma simultaneidade.

V. COMO PROCEDER QUANDO HÁ CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

- 1) Fazer a abordagem direta do(a) agressor(a) expondo-lhe as conclusões atingidas. Esta entrevista deve ser conduzida pelo pediatra junto com a assistente social. Se houver psiquiatra no serviço, é importante contar-se com a sua colaboração também. Esta entrevista tem por objetivo esclarecer o diagnóstico, vencer as barreiras oferecidas pelo(a) agressor(a), prepará-lo(a) para a necessidade de um tratamento psiquiátrico *a posteriori*. Ressalte-se que esta abordagem deve ser muito cuidadosa, feita por profissionais competentes tendo em vista que há uma grande tendência ao suicídio por parte dos agressores à medida que vejam suas ações descobertas.
- 2) Determinar o risco da criança em termos de continuar ao lado do(a) agressor(a). Este risco é extremamente elevado quando:
 - a) houve a prática de tentativa de envenenamento ou sufocação;
 - b) a criança tem menos de 5 anos;
 - c) houve mortes inexplicadas de irmãos da vítima;
 - d) há falta de entendimento por parte do(a) agressor(a) em termos do que vem ocorrendo com a criança, sendo muito baixa a disponibilidade deste(a) mesmo (a) agressor(a) quanto a receber ajuda terapêutica;
 - e) o(a) próprio(a) agressor(a) apresenta a Síndrome de Münchhausen;
 - f) há problemas graves quanto ao uso de drogas ou existe um quadro de alcoolismo no seio familiar.
- 3) Fazer a abordagem do outro conjuge explicando-lhe os problemas ocorridos, bem como enfatizando a necessidade de auxiliar o(a) agressor(a).
- 4) Proceder a notificação obrigatória do caso aos Conselhos Tutelares, sendo que também se pode adotar tal procedimento junto à Justiça da Infância e da Juventude do bairro onde reside a família conforme o que dispõe o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente³. A notificação conjunta a estes dois serviços é desejável, agiliza o caso e facilita o entrosamento entre todos os profissionais envolvidos.
- 5) Esta notificação implica em que se faça um relatório completo de todo o caso, com as conclusões atingidas e que sejam propostas medidas de intervenção adequadas (quais sejam a determinação de tratamento psiquiátrico obrigatório para o(a) agressor(a); o afastamento da criança em termos do(a) agressor(a) dependendo do risco envolvido). Se houver possibilidade de entrosamento entre os profissionais do serviço de saúde e aqueles que atuam a nível dos serviços de proteção à infância é de fundamental importância que se pontue toda a questão teórica que envolve tal Síndrome no sentido de esclarecer a sua relevância, suas conseqüências para a vítima, etc a fim de que as medidas de intervenção possam ser tomadas de forma consciente e que ajudem eficazmente todos os envolvidos⁴.
- 6) Proceder ao seguimento pediátrico da criança por um longo tempo a fim de observar com cuidado o seu processo de crescimento e de desenvolvimento. Seria importante que também fosse propiciado um seguimento psicológico que minimizasse os traumas emocionais decorrentes do que a vítima sofreu.

3 Artigo 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: Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.

4 O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069 – 13/07/90) prevê a possibilidade de determinação de tratamento obrigatório psiquiátrico ou psicológico para os pais (Art. 129) e possibilidade de determinação do afastamento do agressor do lar (Art. 130).

VII. À GUIZA DE CONCLUSÃO

A literatura científica sobre este fenômeno enfatiza a necessidade de que todos os profissionais que potencialmente possam se enfrentar com casos desta natureza preparem-se.

TABELA 1

MSPB: O Método de Fabricação e a Correspondente Estratégia Diagnóstica

Apresentação	Método de Simulação e/ou Produção	Método Diagnóstico
Sangramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envenenamento por Warfarin 2. Envenenamento por Fenolftaleína 3. Aplicação de sangue exógeno 4. Exsanguinação da criança 5. Adição de outras substâncias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Screen toxicológico 2. Exame das fraldas 3. Tipagem sanguínea 4. Agressor(a) pego(a) em flagrante 5. Análise: lavagem
Convulsões	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mentindo 2. Envenenamentos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ fenotiazínicos ◆ hidrocarbonetos ◆ sais ◆ imipramina 3. Sufocação/pressão dos seios carotídeos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outras características MSPB 2. Análise de sangue, urina, leite, fluido intravenoso 3. Testemunhas. Fotos forenses dos pontos de pressão
Depressão do SNC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogas: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lomotil ◆ Insulina ◆ Hidrato de cloral ◆ Barbitúricos ◆ Aspirina ◆ Difenil hidramine ◆ Antidepressivos ◆ Tricíclicos ◆ Acetoaminofen 2. Sufocação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análise do sangue, conteúdo gástrico, urina, fluido intravenoso. Análise do tipo de insulina 2. Ver apnéia e convulsões
Apnéia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sufocação manual 2. Envenenamento <ul style="list-style-type: none"> ◆ imipramina ◆ hidrocarbonetos 3. Mentindo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente com marcas no nariz 1. Utilização de aparelho de vídeo 1. Flagrante do(a) agressor(a) 1. Diagnóstico de exclusão 2. Toxicologia (conteúdo gástrico, sangue) 2. Cromatografia de fluidos intravenosos 3. Processo diagnóstico de eliminação
Diarréia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fenolftaleína / outros laxantes 2. Envenenamento por sal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análise das fezes 2. Análise da fórmula / conteúdo gástrico

Apresentação	Método de Simulação e/ou Produção	Método Diagnóstico
Vômitos	1. Envenenamento por drogas eméticas 2. Mentindo	1. Análise da drogas 2. Internação hospitalar
Febre	1. Falsificação da temperatura 2. Falsificação do gráfico	1. Checar novamente 2. Checar novamente
Ixantema	1. Envenenamento por drogas 2. Arranhões, unhas 3. Aplicação de cáustico na pele	1. Análises 2. Diagnóstico de exclusão 3. Análises

Fonte: rosenberg, D.A. Web of deceit: a literatura review of Münchhausen syndrome by proxy – CHILD ABUSE AND NEGLECT, vol II. pp. 547-563, 1987.