

Mario Santoro Junior

Doutor em medicina pela FMUSP

Titular da Academia de Medicina de São Paulo

Titular da Academia Brasileira de Pediatria

VITIMIZAÇÃO CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: MITOS E VERDADES – IMPORTÂNCIA PARA SEU ATENDIMENTO NA PRÁTICA CLÍNICA

Estudos anteriores⁽¹⁻³⁾ demonstram a necessidade de capacitação dos médicos para o atendimento dos maus tratos à criança e ao adolescente, de resto importante problema de saúde pública⁽⁴⁾. Uma dificuldade a mais se soma a isso pelo fato de a cultura popular ter incorporado diversos “conceitos” nem sempre apropriados para o entendimento da questão, fato que pode melhor ser apreendido a partir da *História social da criança*⁽⁴⁾.

A fim de melhor esclarecer aos profissionais de saúde, seguem alguns mitos e realidades referentes a esse tema.

MITOS E VERDADES EM MAUS TRATOS INFANTIS

1) Pesquisas clínicas demonstram que o agressor tem personalidade ou comportamentos passíveis de serem prontamente reconhecidos.

Resposta: MITO. O agressor, geralmente, é uma pessoa acima de qualquer suspeita.

2) Se uma criança da família sofre maus tratos, as demais, da mesma família, também serão vítimas.

Resposta: MITO. Muitas vezes, uma única criança é vítima, embora haja casos de violências múltiplas.

3) Se uma criança sofre maus tratos na infância, ela poderá ser um adulto agressor.

Resposta: VERDADE. A criança que convive com a violência pode aprender que essa é a forma de resolver os problemas. Portanto, a violência pode ter uma transmissão intergeracional.

4) Existem fatores protetores que impedem que uma criança vítima de maus tratos venha a se tornar um adulto agressor.

Resposta: VERDADE. Vários são os fatores de proteção que aumentam a resiliência da criança ou do adolescente e a protegem de se tornar um adulto agressor.

5) Até 10 % dos casos de traumas infantis atendidos no pronto-socorro podem ser traumas intencionais.

Resposta: VERDADE. Portanto, é necessário que o médico que vai assistir esses casos esteja capacitado nesse tema.

6) Se uma criança atendida por maus tratos infantis não tiver uma abordagem correta, poderá ter novas lesões decorrentes de maus tratos.

Resposta: VERDADE. A vitimização contra crianças é um quadro clínico recorrente.

7) Novos episódios de maus tratos contra a criança ou o adolescente podem ser mais graves que o anterior.
Resposta: VERDADE. Segundo Kempe⁽⁵⁾, até 35 % dos casos atendidos e não abordados corretamente poderão recidivar e alguns casos com evolução fatal.

8) As crianças vítimas de violência são oriundas de famílias de baixo nível.
Resposta: MITO. A violência contra crianças e adolescentes é universal, incidindo em qualquer classe socioeconômica, qualquer raça e qualquer etnia.

9) Os agressores são geralmente alcoólatras.
Resposta: MITO. Entre os agressores existem alcoólatras e não alcoólatras. O uso de álcool, entretanto, pode ser um desinibidor de bloqueadores internos, desencadeando crises de violência em pessoas que de outra forma estavam reprimidas.

10) As mulheres são mais agressoras que os homens.
Resposta: MITO. O que ocorre é que as mulheres, geralmente, ficam mais tempo com os seus filhos. Estudos que analisaram a correlação entre o gênero e o tempo de exposição aos filhos não puderam comprovar que as mulheres sejam mais agressoras.

11) A violência sexual é rara.
Resposta: MITO. O abuso é extremamente frequente em todo mundo. Nos Estados Unidos, uma criança é sexualmente abusada a cada 4 segundos. No Brasil, 165 crianças ou adolescentes sofrem abuso por dia⁽⁶⁾.

12) As estatísticas oficiais refletem claramente a incidência e a prevalência da violência contra crianças e adolescentes.
Resposta: MITO. Considera-se que os números conhecidos nessa área é apenas a ponta de um grande iceberg.

13) O abuso sexual geralmente ocorre fora da casa da família.
Resposta: MITO. A vitimização sexual intrafamiliar é a mais frequente, sendo geralmente um fenômeno crônico e recorrente.

14) Em termos de violência sexual, os padrastos são os agressores mais comuns.
Resposta: MITO. Muitas vezes os abusadores são os pais, parentes próximos e vizinhos.

15) Vítimas de violência sexual intrafamiliar em geral não apresentam sinais de lesões corporais.
Resposta: VERDADE. Por ser a violência sexual intrafamiliar geralmente crônica, em geral não há sinais de agressões físicas. Ao contrário, o momento do abuso pode ser cercado até de muitos cuidados pelo agressor.

16) A vítima do abuso sexual pode apresentar, entre outros distúrbios comportamentais, sentimento de culpa.
Resposta: VERDADE. Em geral ocorre um "manto de silêncio" envolvendo a família em que o abuso sexual ocorre e por muito tempo a vítima não consegue revelar o fato e pedir socorro. Esse fato pode gerar sentimentos de vergonha e culpa.

17) Os meninos não são vítimas de abuso sexual.

Resposta: MITO. Qualquer gênero pode ser vítima de abuso sexual intrafamiliar. São casos mais graves aqueles que envolvem mãe e filho e principalmente pai e filho.

18) As crianças, com frequência, inventam que foram abusadas e portanto não merecem crédito.

Resposta: MITO. Em princípio, qualquer relato de uma criança sobre vitimização que tenha sofrido merece crédito e deve ser investigado.

19) Muitas vezes, para obter uma história do que de fato ocorreu, o médico pode se utilizar de instrumentos tais como bonecos (as) que reproduzem corretamente a anatomia.

Resposta: VERDADE. É importante que a criança, utilizando sua própria linguagem, demonstre num(a) boneco(a) o que sofreu.

20) Do ponto de vista legal, é suficiente o registro do caso em prontuário médico.

Resposta: MITO. Embora seja muito importante o registro adequado em prontuário, que inclusive pode servir para perícia médico legal indireta, as leis de nosso país determinam que haja notificação desses casos aos conselhos tutelares sem prejuízo de outras providências. ■

Referências Bibliográficas

1. Santoro MJ. Avaliação dos conhecimentos de médicos residentes para o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados – tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
2. Woolf A, Taylor L, Melnicoe L, Andolsek K, Dubowitz H, De Vos E, et al. What residents know about child abuse. Implications of a survey of knowledge and attitudes. *Am J Dis Child.* 1988;142(6): 668-72.
3. Socolar RRS. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1996;20(8):783-90
4. Aries P. História Social da Criança e da Família. Disponível em http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/347615/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20social%20da%20crian%C3%A7a%20e%20da%20fam%C3%ADlia%2C%20Aries.pdf. Acessado em 25/11/2015
5. Kempe CH, Silverman F, Steele B, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA.* 1962;181(1):17-24.
6. SUSAM – Secretaria de Saúde do Amazonas. Mito e realidade. Disponível em <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=cemr>. Acessado em 25/11/2015.