

A Criança Vítima de Violência

Resumo

O setor de emergência é uma importante porta de entrada para o cuidado da criança vítima de violência e representa uma oportunidade única de proteção para aquelas que não frequentam outros serviços de saúde. A rotina agitada e a falta de tempo e de privacidade, bem como o pouco treinamento dos profissionais, podem levar à subdetecção dos casos nesses cenários. Este artigo apresenta aspectos do atendimento necessários para a identificação da criança vítima de violência, ressaltando-se a valorização da anamnese e do comportamento das crianças e dos cuidadores, uma vez que nem sempre há indícios físicos da ocorrência de maus-tratos. Destaca-se a necessidade de um adequado acolhimento da criança e da família como etapa fundamental do cuidado. Também são consideradas as possibilidades de ações para a proteção das vítimas nesse nível de atenção, tais como a notificação e a internação.

Palavras-chave: maus-tratos infantis, medicina de emergência, cuidado da criança.

Summary

The emergency department is an important gateway to the line of care of a child victim of violence, representing unique opportunity to protect children who do not attend many other health services. The agitated routine, lack of time and privacy, as well as poor training of professionals, can lead to under-detection of cases in these scenarios. This article presents aspects of care that are important for the identification of child victims of violence, emphasizing appreciation of history and behavioral characteristics of children and caregivers, since there is not always physical evidence of the occurrence of maltreatment. The study highlights the need for adequate child and family reception as a fundamental step. It covers also the possibility of actions for the protection of victims at this level of attention, such as notification and hospitalization.

Keywords: child abuse, medicine emergency, child care.

Ana Lúcia Ferreira

Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ, Médica do Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência do IPPMG/UFRJ, Membro do Comitê de Segurança da SOPERJ (2010-2012)

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança é um fenômeno complexo a ser enfrentado nos serviços de emergência. Na maioria dos casos, ela é vítima da violência interpessoal dentro de casa, cometida, principalmente, pelos próprios responsáveis, que também a levam para o atendimento médico de urgência. Dessa forma, o profissional da saúde depara-se com uma situação bastante delicada. Por isso, precisa ter clareza sobre sua função ao prestar esse atendimento, além da segurança para abordar a família, de modo a evitar constrangimentos e não comprometer o atendimento e a proteção da criança.

Quando o primeiro atendimento garante o acolhimento da criança e da família, há maior possibilidade de que se consiga adesão às ações de seguimento propostas a partir desse encontro. Nesse sentido, a emergência representa uma importante porta de entrada para a linha de cuidado da criança vítima de violência.

A natureza aguda das lesões, a carência de serviços de atenção primária, a proximidade da residência e o horário ininterrupto de funcionamento são alguns fatores que contribuem para a procura por atendimentos nas emergências.¹ Esses serviços oferecem, ainda, um relativo anonimato durante o atendimento, podendo facilitar a revelação de conflitos.² Entre as situações de violência que necessitam atendimento de urgência, estão: as agressões recentes que demandam ações nas primeiras 72 horas, como o abuso sexual; a possibilidade de perda de provas; a necessidade de tratamento médico, cirúrgico ou psicológico de urgência; a necessidade de proteção da criança ou do adolescente; e a presença de sinais ou sintomas que indiquem maus-tratos.³

Por outro lado, a rotina agitada e a falta de tempo e de privacidade, bem como

o pouco treinamento dos profissionais, podem levar à subdetecção dos casos nesses cenários.^{1,4} Apesar dessas limitações, todo o esforço deve ser envidado no sentido de uma situação de violência não passar despercebida, uma vez que, por diversos motivos, muitas crianças frequentam apenas serviços de emergência. Por não serem acompanhadas rotineiramente por profissionais da saúde, que poderiam reconhecer situações de vulnerabilidade social e de risco para eclosão da violência, os atendimentos de emergência podem representar a única chance de proteção de algumas crianças. Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que crianças notificadas aos serviços de proteção utilizam, frequentemente, serviços de emergência.¹

A situação é bastante delicada porque, diante de uma suspeita de violência, o médico precisa: reconhecer a necessidade de atuar em equipe multidisciplinar; ter um nível de cuidado na troca de informações com a família, o que, em geral, não é necessário em outras situações; e estar consciente de que a inclusão da violência como diagnóstico diferencial é apropriada.⁵ Segundo Sheehan (2003),⁶ cuidar de vítimas de violência pode ser uma árdua missão para os atarefados médicos nas emergências, já que precisam determinar as circunstâncias em que aconteceu a violência, identificar e tratar as injúrias, avaliar futuros perigos para o paciente, atender às leis de notificação locais e providenciar suporte social e mental adequados.

IDENTIFICANDO A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Em todo atendimento pediátrico, é importante observar o comportamento da criança e dos responsáveis entre si e com os demais presentes na sala, bem como quaisquer sinais físicos, mesmo que não estejam diretamente relacio-

nados à queixa atual. Assim, o pediatra será capaz de: (i) avaliar melhor os casos cujas queixas já são de violência; (ii) identificar outros casos menos evidentes, cujas queixas não têm relação direta com a violência (exemplo: criança é atendida por diarreia, cujo exame físico detecta hematomas em áreas que não são de atrito); (iii) e identificar os casos em que é necessário investigar se a violência desencadeou os sinais e os sintomas (exemplo: crise de asma que pode decorrer de violência psicológica; sangramento ou fissura anal em criança não constipada que pode decorrer de violência sexual; traumatismo crânio encefálico, sem história de acidente, que pode ser consequência de violência física).

Durante a consulta, o profissional deve observar alguns comportamentos que levam a suspeitas de violência, tanto da criança (aparenta medo, está arredia, com labilidade emocional) quanto do acompanhante (mostra-se desafiador, desconfiado, ameaçador).

De um modo geral, a violência praticada contra crianças deixa poucas marcas físicas. Ferimentos, queimaduras, fraturas, traumas cranianos, traumas abdominais fechados, intoxicações e envenenamentos precisam ser bem avaliados quanto à possibilidade de decorrerem de ações intencionais.⁷⁻¹⁰ Lesões nas regiões perineal, oral e cervical e nas mamas, além de hematomas, escoriações e dilatações himenal e anal, e presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) devem ser minuciosamente investigadas quanto à possibilidade de violência sexual.¹¹

É fundamental conversar, perguntar, observar e ouvir atentamente o paciente e a família, a fim de obter informações confiáveis e detalhadas que auxiliem o diagnóstico diferencial ou a obtenção de dados que fundamentem a suspeita de violência.

A anamnese precisa ser delicada, com o objetivo de estabelecer vínculo positivo entre a equipe, a criança e os responsáveis e de obter as informações necessárias para a elucidação do caso. Aspectos para além da lesão ou da queixa principal relatada devem ser investigados, como, por exemplo, as circunstâncias que levaram aos sinais e aos sintomas apresentados, quem é o principal cuidador da criança, como é o ambiente onde vive e se os cuidados são adequados à sua fase de desenvolvimento.

Recomenda-se que alguns questionamentos sejam respondidos, já que é importante sempre verificar se qualquer lesão decorreu de trauma acidental ou intencional. Houve demora, sem explicação satisfatória, entre a ocorrência da lesão e a procura pelo atendimento médico? A história é consistente? Ao exame físico, a criança apresenta outra lesão inexplicável? A criança tem comportamento e interação adequados? Estar atento a esses aspectos ajuda a esclarecer as situações atendidas e aumenta a possibilidade de diagnosticar a violência.¹²

Em lactentes, especialmente os menores de 6 meses de vida, a história clínica de hiporexia, vômitos, letargia ou irritabilidade, com evolução de dias ou até semanas, deve chamar atenção para a possibilidade da síndrome do bebê sacudido. Casos graves podem apresentar-se com sinais de traumatismo craniano sem lesões externas, tais como alteração do nível de consciência, convulsões e evolução rápida para deterioração do estado clínico. Cabe sempre investigar e documentar evidências de outras lesões, como, por exemplo, hematomas, fraturas de costela e lesões abdominais. Em 75 a 90% dos casos, existe hemorragia de retina unilateral ou bilateral; portanto, o exame do fundo de olho é um procedimento fundamental para o

diagnóstico diferencial.¹³

Ao atender pacientes cujos quadros clínicos sejam recorrentes e sem diagnóstico definido ou cujos sintomas não sejam compatíveis com os exames laboratoriais, é importante considerar a possibilidade de tratar-se da síndrome de Münchhausen por procuração.

Além desses casos, adolescentes grávidas ou que se apresentam na emergência por sequelas de abortamento precisam ser delicadamente abordadas, uma vez que existe a possibilidade de a gravidez decorrer de violência.

A negligência, forma mais frequente de violência contra a criança, também pode ser detectada nos serviços de emergência. A negligência de cuidados pode levar à demora na busca do atendimento médico, a acidentes repetidos ou ao descontrole de doenças crônicas pela não adesão ao tratamento proposto.

No decorrer do atendimento de emergência, até mesmo a violência psicológica pode ser detectada por profissionais mais sensíveis, ao perceber pouco envolvimento emocional dos pais, tratamentos rudes, apelidos que denigrem a imagem da criança ou superproteção que interfira no desenvolvimento adequado do paciente.

Sintomas relacionados à síndrome do estresse agudo também podem ser observados, haja vista que as vítimas manifestam medo excessivo ou estado de hipervigilância, além de negar-se a falar sobre o assunto e evitar pessoas ou situações que lembrem o autor da agressão ou o local da violência. Em outros casos, precisam reviver o trauma, contando repetidamente o que aconteceu. Essas reações, comuns após traumas em geral, acontecem devido à perda de controle durante o evento, à sua imprevisibilidade e à sua natureza aversiva. A família desempenha um importante papel no eventual impacto da experiência traumática da criança, já que o suporte

dos pais é um fator mediador chave em relação a como a criança vivencia e se adapta às circunstâncias vitimizadoras, podendo atenuar o desenvolvimento da síndrome do estresse pós-traumático, na qual os sintomas descritos acima se perpetuam.¹⁴

ATENDENDO À CRIANÇA NA EMERGÊNCIA

Os objetivos da avaliação médica são: obter a história relatada pela criança ou pelo responsável; considerar explicações alternativas para sinais ou sintomas preocupantes; identificar e documentar evidências de lesões ou infecções; identificar, diagnosticar e tratar condições que resultaram, ou não, da violência; verificar problemas desenvolvimentais, emocionais ou comportamentais que necessitam de posterior avaliação e tratamento, e fazer referências necessárias; avaliar a segurança da criança e fazer a notificação aos serviços de proteção; tranquilizar a criança e a família; documentar os achados de modo que a informação possa ser efetiva e precisamente apresentada, caso requerida em outras instâncias; e ajudar a garantir o bem-estar da criança.¹¹

Acolhendo a criança e a família e providenciando o atendimento clínico

A diversidade de situações que ocorrem no atendimento de vítimas de violência pode causar ansiedade e insegurança no profissional pouco experiente. O tipo e a gravidade do abuso, o nível de suspeição, o risco de reincidência, a relação da criança com o agressor, a presença dele, ou não, na consulta e o comportamento da família diante da situação interferem nas medidas a serem tomadas, tanto no atendimento de urgência quanto nos subsequentes.

A atenção às necessidades clínicas da

criança (atenuar a dor, suturar, imobilizar fraturas etc.) é a prioridade de um atendimento de emergência, independentemente de outras medidas que, porventura, devam ser tomadas. O médico precisa estar seguro a respeito de que ações pode desempenhar no atendimento de emergência, que, geralmente, é pontual e precisa ser resolutivo. Além disso é importante que o pediatra seja capaz de identificar pacientes em risco que necessitem de abordagem imediata, garantindo, para tanto, um ambiente de confiança.

Cabe lembrar que, nos casos em que os agravos clínicos requerem intervenções intensivas, dolorosas e até mesmo ameaçadoras para a criança e a família, o impacto psicológico desses procedimentos soma-se ao do próprio trauma vivido.¹⁴

Diante de uma situação de violência, a avaliação clínica pode sofrer a interferência de sentimentos negativos, especialmente quando existe suspeita de que a agressão tenha sido cometida por um familiar presente na consulta. Devem-se evitar pré-julgamentos e culpabilização dos pais ou responsáveis, estimulando, sempre que possível, a comunicação entre eles e a equipe médica.

O foco do atendimento é o bem estar e a segurança da criança, sem desconsiderar os sentimentos e as sensações que também são vivenciadas pelos cuidadores. Quem leva uma criança vítima de violência para o atendimento médico está diante de um momento delicado, especialmente se tiver sido o causador do problema. Cabe à equipe avaliar se é possível informar a família sobre a suspeita de violência, o momento mais adequado e a quem fazê-lo, sem colocar em risco a criança e as medidas protetivas que precisarão ser tomadas. A Academia Americana de Pediatria ressalta as vantagens que um cuidado centrado na criança e na família pode trazer, não

apenas para os pacientes e os cuidadores, mas também para os profissionais da emergência.¹⁵

Um acolhimento apropriado é fundamental para a obtenção de informações necessárias à condução do caso. Nesse sentido, recomenda-se: demonstrar segurança durante o atendimento; evitar que a ansiedade ou a curiosidade levem a equipe a pressionar o paciente ou a família em busca de informações; permitir que a criança ou o adolescente expresse o que aconteceu, com as próprias palavras, respeitando seu ritmo; e analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para o caso.¹⁶ Em situações de estresse e risco de morte, a presença de figuras importantes para a criança pode ser decisiva na evolução favorável do caso. Portanto, não é adequada a separação entre a criança e os cuidadores.

Em algumas situações, pode ser necessária uma avaliação de outros especialistas (cirurgião, oftalmologista, ginecologista, neurologista etc.) ainda na própria emergência. Uma abordagem multidisciplinar, incluindo outros profissionais da área da saúde, como psicólogos e assistentes sociais, ou de outras áreas, como conselheiros tutelares, auxilia na resolução mais rápida dos casos e configura uma estratégia fundamental à apropriada avaliação das vítimas de violência. Esse olhar diversificado a respeito de uma mesma situação tem sido defendido para confirmar as suspeitas ou para descartá-las.¹⁷

A solicitação de exames complementares para esclarecimento, detalhados na literatura sugerida como leitura complementar, depende da apresentação clínica por ocasião do atendimento de emergência.

Nos casos de violência sexual com risco de contaminação em decorrência de contato com sêmen, sangue ou outros líquidos corporais, indicam-se a coleta de sangue para pesquisa de DST

(sífilis, hepatites B e C e HIV/AIDS, por exemplo) e o exame de conteúdo vaginal, além dos cuidados profiláticos nas primeiras 72 horas, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde.¹⁶

Protegendo a criança vítima de violência

A principal ação de proteção é a notificação de casos suspeitos e confirmados ao Conselho Tutelar (CT), obrigatória para profissionais da saúde e da educação desde a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Desde 2001, os casos de violência contra a criança passaram a ser considerados um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional, devendo, portanto, ser também comunicados às secretarias de saúde para fins de controle epidemiológico.

No atendimento de emergência, é importante decidir em que momento e de que forma o CT será notificado. Caso seja necessário, os conselheiros tutelares podem ser acionados para comparecer à unidade de saúde. De preferência, recomenda-se informar a família sobre o procedimento realizado e esclarecer sobre a principal função do CT (proteção, e não de punição) e sobre os desdobramentos iniciais desse procedimento (a família será chamada à sede do CT ou receberá uma visita domiciliar, precisando explicar aos conselheiros o que se passou com a criança).

A notificação é realizada para o CT mais próximo da residência da família, independentemente da unidade de saúde onde ocorra o atendimento. Pode ser realizada por telefone, por meio de um relatório, diretamente na sede de um dos conselhos ou pela "Ficha de notificação e investigação individual de violência doméstica, sexual ou outras violências". Essa ficha deve ser preenchida em três vias: a original será encaminhada à Vigilância em Saúde

Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda via será direcionada ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público, por exemplo); e a terceira fica arquivada na unidade de saúde, junto ao boletim de atendimento ou ao prontuário.

O registro completo e legível da anamnese, do exame físico, dos resultados da avaliação laboratorial e dos procedimentos realizados também é fundamental para a proteção da criança, uma vez que o boletim de atendimento pode ser solicitado, posteriormente, em eventual processo jurídico, sendo o conteúdo útil para a tomada de decisões legais.

Outro aspecto importante na proteção do paciente é a avaliação do risco de revitimização, muitas vezes com ameaças à vida da criança ou de algum familiar que tente protegê-la. Apesar de apenas um pequeno percentual dos atendimentos de emergência por violência (4%) requerer internação hospitalar por motivos clínicos,¹ a internação social, por breve período de tempo, pode ser a medida necessária e útil à proteção da criança ou

do adolescente, até que ações definitivas sejam tomadas pelo CT.

Liberando a família com segurança

O momento da alta do serviço de emergência é sempre delicado, devido à preocupação dos profissionais com a segurança do paciente e à possibilidade de a família não dar continuidade aos encaminhamentos propostos. A equipe precisa ter acesso à listagem dos serviços importantes para a garantia do acompanhamento após a alta, de modo que o paciente seja liberado e tenha assegurados os encaminhamentos e o agendamento do retorno.

Assistentes sociais e psicólogos são parceiros fundamentais para proceder a uma avaliação mais aprofundada das relações familiares e do contexto social, compartilhando das decisões durante a permanência da criança na emergência e do planejamento das ações após a alta. Esses profissionais costumam conhecer outros recursos no hospital e na comunidade, além de utilizar os conhecimentos para esclarecer informa-

ções e abordar situações para além das habilidades dos médicos. O seguimento dessas famílias nem sempre é fácil, uma vez que podem ser pouco cooperativas ou pouco seguidoras das recomendações. A oferta de serviços deve ser o mais vinculada possível ao evento que levou ao atendimento.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o atendimento de emergência seja, na maioria das vezes, caracterizado por ações pontuais, a responsabilidade da equipe não o é, na medida em que essas ações são determinantes para que seja dada continuidade à linha de cuidado por parte das famílias e pelos demais serviços acionados. Não é aceitável que haja oportunidades perdidas de salvar vidas; portanto, o comprometimento dos profissionais, superando as dificuldades típicas desse setor, é fundamental. Para isso, é desejável que estejam emocional e tecnicamente preparados, para que consigam enfrentar os desafios, junto com as famílias, na busca da garantia dos direitos das crianças.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

1. Ministério da Saúde (Brasil). Violência faz mal à saúde. 2004. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Violenciafazmallivro.pdf>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Linha de cuida-

do para crianças, adolescente e suas famílias em situação de violência – orientações para profissionais de saúde e gestores. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

3. Ministério da Saúde (Brasil). Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias_cuidado_criança_situacao_violencia.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med.* 2002; 23(4):341-5.
2. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(12):2926-36.
3. Rotés AS, Ron MS, Rubio RC, Ponsa MC, González MM. Sospecha de maltrato infantil em urgências pediátricas. *An Pediatr (Barc).* 2009; 71(1):60-3.
4. Ziegler DS, Sammut J, Piper AC. Assessment and follow-up of suspected child abuse in preschool children with fractures seen in a general hospital emergency department. *J Paediatr Child Health.* 2005; 41:251-5.
5. Hudson M, Kaplan R. Clinical response to child abuse. *Pediatr Clin N Am.* 2006; 53:27-39.
6. Sheehan K. Intentional injury and violence prevention. *Clin Ped Emerg Med.* 2003; 4:12-20.
7. Christian CW, Block R. Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics.* 2009; 123(5):1409-11.
8. Christian CW, Block R (editors). Fabricated or induced illness by carers: a complex conundrum. *Lancet.* 2010;375(9713):433.
9. Trokel M, DiScala C, Terrin NC, Sege RD. Blunt abdominal injury in the young pediatric patient: child abuse and patient outcomes. *Child Maltreat.* 2004; 9:111-7.
10. Valvano TJ, Binns HJ, Flaherty EG, Leonhardt DE. Does bruising help determine which fractures are caused by abuse? *Child Maltreat.* 2009; 14(4):376-81.
11. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20:163-72.
12. Benger JR, Pearce A. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ.* 2002; 324:780-2.
13. Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries: technical report. *Pediatrics.* 2001; 108(1):206-10.
14. Giardino AP, Harris TB, Giardino ER. Post-traumatic stress disorder due to child abuse and neglect. 2011 Aug [acesso em 2011 Sep 22]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/916007-overview>.
15. American Academy of Pediatrics. Policy statement: patient and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2012; 129:394-404.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Brasil). Linha de cuidado para crianças, adolescente e suas famílias em situação de violência: orientações para profissionais de saúde e gestores. 2010.
17. Smith JAS, Efron D. Early case conferences shorten length of stay in children admitted to hospital with suspected child abuse. *J Paediatr Child Health.* 2005; 41:513-7.
18. Spivak HR, Prothrow-Stit D. Addressing violence in the emergency department. *Clin Ped Emerg Med.* 2003; 4:135-40.

AValiação

- 1. Na suspeita de síndrome do bebê sacudido, qual exame é mais útil para o diagnóstico diferencial?**
 - a) Radiografia de ossos longos.
 - b) Fundoscopia.
 - c) Hemograma completo.
 - d) Radiografia de crânio.
- 2. Em relação à notificação de violência contra crianças e adolescentes, é correto afirmar que:**
 - a) É obrigatória, por lei, para qualquer profissional que trabalhe com essa faixa etária.
 - b) Precisa ser realizada por meio de uma ficha de notificação própria.
 - c) É realizada para o conselho tutelar situado mais próximo à residência da criança.
 - d) É realizada após a confirmação da suspeita de violência.
- 3. A síndrome do stress agudo, que acomete vítimas de traumas em geral, caracteriza-se pelos seguintes sinais e sintomas:**
 - a) Enurese diurna, insônia, medo de pessoas que remetam ao trauma.
 - b) Sudorese intensa, agitação, terror noturno.
 - c) Apatia, choro incontrolável, tremores finos.
 - d) Hipervigilância, evitação de lugares e pessoas, relatos repetidos sobre o trauma.
- 4. Nas primeiras 72 horas após a suspeita de abuso sexual em crianças, no qual pode ter havido contato com espermatozoides ou sangue, recomenda-se:**
 - a) Procurar o autor da agressão para a coleta de exames laboratoriais o mais rapidamente possível.
 - b) Coletar sangue para a pesquisa de DST e iniciar medidas profiláticas ainda na emergência.
 - c) Aguardar a confirmação do abuso antes de tomar qualquer medida.
 - d) Encaminhar para serviço especializado para uma avaliação mais detalhada de possíveis lesões.
- 5. A consulta de vítimas de violência na emergência deve priorizar:**
 - a) O atendimento clínico do paciente e sua proteção.
 - b) A coleta de provas para responsabilização do agressor.
 - c) A confirmação da situação de violência.
 - d) O encaminhamento imediato para outros serviços.
- 6. Em relação à criança vítima de violência, é correto afirmar que:**
 - a) Geralmente, apresentam sinais físicos que auxiliam a suspeita ou o diagnóstico.
 - b) Os casos que chegam para atendimento ao setor de emergência costumam trazer como queixa explícita a situação de vitimização, facilitando a identificação.
 - c) A avaliação do comportamento da criança e dos cuidadores no decorrer do atendimento é muito útil para esclarecer o diagnóstico.
 - d) A anamnese precisa ser cuidadosa; porém, sem tentar abordar diretamente as circunstâncias que levaram aos sinais e aos sintomas, para não assustar os responsáveis.

Ficha de avaliação

A Criança Vítima de Violência 4

1. a) b) c) d)
2. a) b) c) d)
3. a) b) c) d)
4. a) b) c) d)
5. a) b) c) d)
6. a) b) c) d)

Reanimação Neonatal 10

7. a) b) c) d)
8. a) b) c) d)
9. a) b) c) d)
10. a) b) c) d)
11. a) b) c) d)
12. a) b) c) d)

Falência Cardiopulmonar em Paciente Pediátrico 14

13. a) b) c) d)
14. a) b) c) d)
15. a) b) c) d)
16. a) b) c) d)
17. a) b) c) d)
18. a) b) c) d)

Anafilaxia 24

19. a) b) c) d)
20. a) b) c) d)
21. a) b) c) d)
22. a) b) c) d)
23. a) b) c) d)
24. a) b) c) d)

Abordagem das Crises Epilépticas na Emergência Pediátrica..... 29

25. a) b) c) d)
26. a) b) c) d)
27. a) b) c) d)
28. a) b) c) d)
29. a) b) c) d)
30. a) b) c) d)

Urgência em Cirurgia Pediátrica..... 35

31. a) b) c) d)
32. a) b) c) d)
33. a) b) c) d)
34. a) b) c) d)
35. a) b) c) d)

Asma Aguda na Infância..... 43

36. a) b) c) d) e)
37. a) b) c) d) e)
38. a) b) c) d) e)
39. a) b) c) d) e)
40. a) b) c) d) e)
41. a) b) c) d) e)

Obstrução Respiratória Alta em Pediatria 54

42. a) b) c) d)
43. a) b) c) d)
44. a) b) c) d)
45. a) b) c) d)
46. a) b) c) d)
47. a) b) c) d)

Febre no Lactente 64

48. a) b) c) d)
49. a) b) c) d)
50. a) b) c) d)
51. a) b) c) d)
52. a) b) c) d)
53. a) b) c) d)

Doença Falciforme na Emergência 68

54. a) b) c) d)
55. a) b) c) d)
56. a) b) c) d)
57. a) b) c) d)
58. a) b) c) d)
59. a) b) c) d)

Meningite Bacteriana Aguda..... 72

60. a) b) c) d)
61. a) b) c) d)
62. a) b) c) d)
63. a) b) c) d)
64. a) b) c) d)
65. a) b) c) d)

Atualidades na Sepsé e Choque Séptico Pediátrico 77

66. a) b) c) d) e)
67. a) b) c) d) e)
68. a) b) c) d) e)
69. a) b) c) d) e)

Enviar à SOPERJ por correio, fax ou e-mail
Rua da Assembléia, 10 - Grupo 1812 - Centro
20011-901 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: 2531-3313 - e-mail: pedsoperj@soperj.org.br