



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DIRETORIA DE ENSINO  
ACADEMIA DE BOMBEIRO MILITAR  
CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS**



**O REPORTE DE ABUSO FÍSICO INFANTIL NO ATENDIMENTO PRÉ-  
HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO  
FEDERAL**

Gabriel Sobolewski Prola<sup>12</sup>  
Giancarlo Borges Pedroso<sup>3</sup>

**RESUMO**

Este trabalho trata do reporte de abuso físico infantil no contexto do serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). Tal abordagem se justifica pela ocorrência frequente de casos de abuso (afora as subnotificações), para os quais os militares envolvidos no socorro devem estar preparados para identificá-los, dada a sua posição privilegiada na cena de emergência e o seu dever legal de reportar. O objetivo deste estudo é identificar se os socorristas estão preparados para atender ocorrências que envolvam abuso físico infantil e, assim, verificar a pertinência de se estabelecer um protocolo que possa guiar as guarnições do CBMDF em situações dessa natureza. Esse intento foi alcançado mediante aplicação de questionário e a subsequente análise dos dados obtidos. A análise demonstrou que os socorristas não estão totalmente preparados para atender esse tipo de ocorrência, carecendo de um treinamento adequado nos cursos de formação e especialização e de um protocolo que os oriente acerca dos procedimentos a serem adotados na ocorrência para que a situação de abuso tenha o devido encaminhamento. Faz-se oportuna a elaboração de um Procedimento Operacional Padrão relativo à identificação, ao manejo e ao reporte do abuso físico infantil para o serviço de atendimento pré-hospitalar prestado pela corporação.

**Palavras-chave:** Abuso. Reporte. Atendimento pré-hospitalar. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado em junho de 2020 como requisito para aprovação no Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

<sup>2</sup> Cadete do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Formado em Relações Internacionais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Aluno do Curso de Formação de Oficiais – Turma 36.

<sup>3</sup> Tenente-Coronel do Quadro de Oficiais Bombeiros Militares Combatentes do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Comandante do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH). Graduado em Engenharia de Incêndio e Pânico pela Academia de Bombeiro Militar. Bacharel em Direito pela Unieuro. Pós-graduado lato sensu em Treinamento Físico Militar pela Universidade de Brasília. Pós-graduado lato sensu em Direito Penal pela Faculdade Projeção. Pós-graduado em Administração Pública pelo CIPAD/Fundação Getúlio Vargas.

## **THE REPORTING OF CHILD PHYSICAL ABUSE IN THE CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL'S PREHOSPITAL EMERGENCY SERVICE**

### **ABSTRACT**

*This paper deals with the reporting of child physical abuse in the context of the pre-hospital emergency service of the Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal<sup>4</sup> (CBMDF). Such an approach is justified by the frequent occurrence of cases of abuse (not to mention the underreporting), for which relief personnel should be prepared to identify them, given their privileged position in the emergency scene and their legal duty to report. The purpose of this study is to identify if first responders are prepared to respond to occurrences involving child physical abuse, and, thus, to verify the pertinence of establishing a protocol that could guide the CBMDF garrisons in situations of this nature. This intent was achieved by applying a questionnaire and subsequent analysis of the data obtained. The analysis showed that rescuers are not fully prepared to handle this type of occurrence, lacking adequate training in the qualification and specialization courses and a protocol that guides them about the procedures to be adopted in the occurrence so that the abuse situation has proper referral. It is opportune the elaboration of a Procedimento Operacional Padrão<sup>5</sup> related to the identification, management and reporting of abuse to the pre-hospital emergency service provided by the corporation.*

**Keywords:** Abuse. Reporting. Pre-hospital emergency service. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

### **1 INTRODUÇÃO**

As muitas formas de abuso e negligência permeiam a vida em sociedade, com os agravantes de serem geralmente praticados contra populações mais vulneráveis (idosos, mulheres e crianças) e por membros da própria família. Em vista da ocorrência generalizada desse problema, é de extrema importância que os profissionais do socorro estejam preparados para identificar e lidar adequadamente com os casos de abuso, reportando suas observações às autoridades competentes, ainda que sua função permaneça fundamentalmente ligada ao socorro. De acordo com Viola *et al.* (2016), o Brasil é o país com as maiores estimativas de maus-tratos contra crianças no mundo. Já segundo dados do balanço anual do Disque 100, o Distrito Federal é a unidade da federação que teve o maior índice de reclamações de violações envolvendo crianças e adolescentes em 2018, com 222,94 denúncias por 100

---

<sup>4</sup> Distrito Federal (Brasília) Military Fire Department. (Free translation).

<sup>5</sup> Standard Operating Procedure. (Free translation).

mil habitantes, sendo 681 ocorrências de abuso físico, totalizando 20,79% do total de violações, atrás apenas de negligência (37,16%) e violência psicológica (26,11%).<sup>6</sup>

Uma vez que os mais vulneráveis devem ter seu direito à incolumidade física e psíquica garantido pelo poder público, e o CBMDF tem o dever de atuar diretamente na preservação da vida, é fundamental que os casos de abuso sejam adequadamente geridos e reportados, para que os abusadores sejam devidamente responsabilizados, o que, em última análise, poderá contribuir para a conscientização geral da sociedade e a diminuição do problema. Dentro do CBMDF, a falta de um protocolo que auxilie o socorrista na identificação do abuso e no seu reporte traz uma oportunidade significativa para a elaboração de um produto que vise à melhoria dos serviços prestados pela corporação.

Este trabalho trata do reporte de abuso físico infantil no contexto do serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF. Nesse sentido, buscou responder à seguinte pergunta: O serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF está preparado para atender ocorrências que envolvam abuso físico infantil, realizando a sua correta identificação e o encaminhamento adequado do caso às autoridades competentes? Preliminarmente, acredita-se que os socorristas do CBMDF não estejam plenamente preparados para atender ocorrências de abuso físico infantil, com a devida identificação, manejo e reporte do caso. Mais especificamente, considera-se que o nível de conhecimento a respeito do abuso por parte dos socorristas do CBMDF que se deparam com indícios de violência no ambiente da ocorrência seja qualitativamente razoável, adquirido empiricamente. Quanto ao reporte do abuso, imagina-se que o nível de conhecimento a respeito do procedimento desejável seja qualitativamente baixo, devido à ausência de um protocolo padrão. Quanto à prática, acredita-se que predomine o não reporte por parte dos socorristas do CBMDF, devido a uma série de fatores tais como o desconhecimento do procedimento padrão, limitações técnicas na identificação dos casos de abuso, medo de represálias e a própria urgência inerente ao socorro. Caso essa hipótese seja confirmada, o cenário no Distrito Federal não diferiria muito da realidade vista inclusive em países desenvolvidos, como

---

<sup>6</sup> Planilha disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>. Acesso em: 7 maio 2020.

apontam a 8ª edição do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS) (NAEMT, 2017) e artigos publicados na revista *Prehospital and Disaster Medicine*.

O objetivo geral deste trabalho é identificar a pertinência de se estabelecer um protocolo que possa guiar as guarnições do CBMDF em situações que envolvam abuso físico infantil. Como parte desse objetivo, buscou-se determinar o nível de conhecimento e a prática dos bombeiros empregados no serviço de atendimento pré-hospitalar com relação ao abuso físico infantil e seu reporte, dada a sua posição privilegiada na cena de emergência e o seu dever de reportar casos de abuso.

Para tal, realizou-se uma pesquisa de campo para fins de validação qualitativa, com militares que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar da corporação, ou que nele tenham atuado por muitos anos, a fim de se verificar sua experiência pregressa com situações de abuso, bem como seu conhecimento e prática quanto ao tema tratado. Assim, espera-se obter um panorama da conscientização dos socorristas do CBMDF com relação a esse tipo de ocorrência, o qual serviria para justificar a implantação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) relativo à identificação, manejo e reporte dos casos de abuso físico infantil.

Para se chegar ao objetivo do trabalho, têm-se como objetivos subsidiários: conceituar e contextualizar o abuso; fundamentar o dever legal de reportar dos agentes públicos militares; apresentar o protocolo de reporte de abuso físico de crianças vigente no país; descrever a atividade de atendimento pré-hospitalar realizada pelo CBMDF; apresentar, se houver, a doutrina da corporação quanto à identificação do abuso e o seu reporte às autoridades competentes; e referenciar pesquisas feitas no Brasil e no exterior a respeito do tema.

## **2 O ABUSO E SEU REPORTE**

### **2.1 ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONCEITO E IDENTIFICAÇÃO**

Ainda que o termo abuso possa ter diversos sentidos e aplicações, interessa-nos aqui a relação com o atendimento pré-hospitalar, onde a

identificação de indícios de agressão física e negligência representa a principal forma de se deparar com o problema.

De acordo com o glossário da 8ª edição do *Atendimento Pré-hospitalar ao Trauma* (PHTLS), abuso significa “Causa intencional de lesionar, confinamento irracional, intimidação ou punição cruel que resulte em dano, dor física ou moral; ou o impedimento de serviços que preveniriam estes eventos.” Ainda segundo o PHTLS:

Frequentemente, o socorrista é a primeira pessoa na cena, o que permite a ele avaliar uma situação potencial de abuso. Uma vez dentro da residência, o socorrista pode observar toda a cena e transmitir os detalhes identificados para o hospital para que serviços sociais sejam notificados. O socorrista é quase sempre a única pessoa clinicamente treinada para estar na posição de observar, suspeitar e relatar informações sobre esse perigo silencioso. Uma pessoa de qualquer idade pode ser possível vítima de abuso ou de um agressor. Gestante, bebê, criança, adolescente, jovem adulto, adulto em meia idade e idoso, todos estão sob risco de abuso. Há diversos tipos de abuso, incluindo físico, psicológico (emocional) e financeiro. Um abuso poderá ser doloso, em que um ato proposital resulta em lesão (ou seja, abuso físico ou abuso sexual), ou por omissão (p. ex., um cuidado negligente de um dependente). (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2017, p.158)

Portanto, fica claro que o objeto estudado refere-se a uma forma de violência cujo manejo vai além das prerrogativas clássicas dos corpos de bombeiros, uma vez que as questões legais extrapolam a prestação do socorro propriamente dito. Mesmo assim, ser capaz de identificar casos de abuso é um dever do socorrista, da mesma maneira que qualquer trauma possui uma componente cinemática, a qual deve ser sempre investigada e relatada às equipes médicas, com vistas à correta avaliação do paciente.

De acordo com Bannwart e Brino (2011, apud Krug *et al.*, 2002, p. 139) a Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus tratos como

toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Segundo Martins-Júnior *et al.* (2019, p. 2609), “O abuso físico de crianças é definido como qualquer ferida não-acidental ou omissão dos seus responsáveis que causa risco à integridade da criança.” Segundo o documento

*Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas*, do Ministério dos Direitos Humanos (MORESCHI, 2018, p. 15), a violência física

[...] é qualquer forma de violência física que um agressor(a) inflige ao companheiro(a). Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. É praticada pelos pais, parentes, responsáveis, outras pessoas, muitas vezes com objetivo de “educar” ou “corrigir”. Utilizam as próprias mãos ou objetos, armas de fogo, armas brancas, provocando marcas físicas, psíquicas e afetivas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. Pode traduzir-se em comportamentos como: esmurrar, pontapear, queimar, empurrar; dar socos; morder; cortar; estrangular; provocar lesões por armas ou objetos; obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

Segundo dados de 2011 trazidos nessa mesma publicação, a violência física concentra 40,5% do total de casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Destes, 51,1% foram cometidos contra crianças de até quatro anos de idade, principalmente pela mãe, pai ou amigo/conhecido (MATO GROSSO DO SUL, 2018). Há um indicativo de aumento, ainda que proporcional, desse tipo de violação dos direitos humanos, uma vez que a violência física correspondeu a 37% dos registros de violência contra crianças e adolescentes feitos pelo Disque Denúncia Nacional de 2003 a junho de 2010 (BRASIL, 2010b).

De acordo com a 8ª edição do PHTLS, que é um dos mais completos manuais de atendimento pré-hospitalar ao traumatizado do mundo,

O abuso infantil (maus tratos ou traumas não acidentais) é uma causa significativa de lesão na infância. [...] Os socorristas devem sempre considerar a possibilidade de abuso infantil quando as circunstâncias assim justificarem. Os socorristas devem suspeitar de abuso ou negligência se perceberem qualquer uma das situações a seguir: discrepância entre a história e o grau de ferimento físico, ou alterações freqüentes na história relatada; resposta inadequada da família; intervalo prolongado entre o momento da lesão e o pedido de atendimento médico; história de lesão inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança. Por exemplo, uma história indicando que um recém-nascido rolou e caiu da cama seria suspeita, pois os recém-nascidos são incapazes, em termos de desenvolvimento, de rolar da cama. (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2017, p.450)

Ainda, no tocante à identificação, escreve que:

Determinados tipos de lesão também indicam abuso, como os seguintes [...]: hematomas múltiplos em diferentes estágios de resolução (excluindo as palmas das mãos, os antebraços, as áreas tibiais, e testa em crianças que já caminham, que se ferem frequentemente em quedas normais). Hematomas acidentais normalmente ocorrem sobre proeminências ósseas; lesões estranhas tais como mordidas, queimaduras de cigarros, marcas de cordas ou outro padrão de lesão; queimaduras bem delimitadas ou lesões por escaldadura em áreas incomuns [...]. (op. cit., p.450)

Quanto à questão do reporte, o PHTLS enfatiza que:

Em muitas jurisdições, os socorristas são legalmente obrigados a relatar os casos de possível abuso infantil. [...] Os procedimentos de notificação variam, por isso os socorristas devem conhecer as agências que tratam dos casos de abuso infantil na sua região. A necessidade de se relatar o abuso é enfatizada por dados que indicam que até 50% das crianças maltratadas são liberadas de volta aos seus agressores porque o abuso não foi suspeitado ou relatado. (op. cit., p. 450)

De acordo com Chapleau (2008), são sinais de possível abuso infantil:

[A criança] parece ter medo dos pais; [...] explicação conflitante ou inadequada para a lesão; lesão sem explicação; explicação para a lesão que não combina com os achados de exame físico; explicação para a lesão muito além da capacidade da criança; acusação de abuso feita pela criança ou outro adulto; demora inexplicada em procurar tratamento para uma lesão; [...] dentes quebrados; equimose ou trauma na face, inclusive marca de tapas; trauma de crânio; queimaduras ou equimoses em locais não habituais, como parte interna das coxas, nádegas ou genitais; queimaduras por escaldadura, principalmente nas mãos, pés ou nádegas; queimaduras que parecem ter sido causadas por objetos manufaturados; queimaduras múltiplas nas mãos, dedos ou genitais; marcas de corda no pescoço, pulsos ou tornozelos; marcas de chicote; marcas de beliscões ou mordidas humanas.

De acordo com o mesmo autor, podem ainda ser citadas queimaduras de cigarro, equimoses em diferentes estágios de cicatrização e a síndrome do bebê sacudido:

A síndrome do bebê sacudido é um tipo específico de abuso em crianças com menos de 2 anos de idade. Ocorre quando o bebê é sacudido violentamente e isso leva a lesões graves na cabeça, lesão do tecido nervoso profundamente no cérebro, ruptura de veias entre o cérebro e o revestimento do crânio e ruptura de vasos sanguíneos da retina. Pode não haver nenhuma evidência externa de trauma e a alteração do estado mental ser o único sinal de lesão. (CHAPLEAU, 2008)

## 2.2 DEVER LEGAL DE REPORTAR

De acordo com o Dicionário de Português Online Léxico, reporte é o “Relato ou documento oficial que descreve um determinado facto ou assunto, após análise ou investigação feita por uma pessoa ou entidade responsável”. O termo tem relação direta com a palavra inglesa “*report*”, a qual pode significar relatório, relato, informe e informação, bem como relatar, reportar, referir ou comunicar. O termo “*abuse reporting*”, do qual o autor extraiu a tradução livre para o presente estudo, é bastante utilizado no campo das emergências médicas. No contexto da assistência social, pode ser entendido como o relato às autoridades competentes de uma situação de vulnerabilidade ou de violação dos direitos humanos, quando aquele que a sofre encontra-se desamparado, não dispondo de discernimento, autonomia ou meios para denunciar tal situação, dependendo da voluntariedade de outrem para que possa receber a atenção do Estado. Trataremos agora dos mecanismos de reporte relacionados ao abuso físico infantil aplicáveis ao CBMDF.

De acordo com o artigo 136 do Código Penal brasileiro (Decreto-lei nº 2.848/1940), configura crime de maus-tratos:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina [...]. (BRASIL, 1940, meio eletrônico)

Nesse caso, a pena prevista é de detenção, de dois meses a um ano, ou multa. Se do fato resulta lesão corporal grave, a pena passa a ser de reclusão, de um a quatro anos. Já se o fato resulta em morte, a pena pode subir para doze anos, havendo o aumento de um terço da pena se o crime for praticado contra pessoa menor de quatorze anos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), em seu artigo 13, prescreve que:

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (BRASIL, 1990, meio eletrônico)

Já o artigo 245 prevê multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, em caso de

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. (BRASIL, 1990, meio eletrônico)

De acordo com Amaral (2018):

O ECA [Estatuto da Criança e do Adolescente] não descreve qual autoridade competente deva ser comunicada a respeito da prática de maus-tratos contra a criança. Mas deve-se entender como todos aqueles que compõem o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, arrolados no Art. 7º da Resolução 113 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, como Justiça da Infância, Ministério Público, Defensoria Pública, Polícias Civil e Militar e Conselhos Tutelares. (AMARAL, 2018, meio eletrônico)

As denúncias de casos de maus-tratos e negligência a crianças e adolescentes também podem ser feitas aos serviços de disque-denúncia, especialmente ao Disque 100, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos. No Distrito Federal, ainda podem ser contatadas as seguintes instituições: Secretaria de Estado de Segurança Pública; Delegacia especializada (DPCA) ou demais delegacias de polícia; Ouvidoria do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; Polícia Federal, para crimes internacionais e interestaduais; e a Polícia Rodoviária Federal, para crimes nas rodovias federais.

Segundo a Cartilha do Disque Denúncia Nacional (BRASIL, 2010b),

O Disque Denúncia Nacional, ou Disque 100, é um canal de comunicação da sociedade com o poder público e está disponível para todos os estados brasileiros, sendo coordenado e executado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH-PR, em parceria com a Petrobras e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes - Cecria. Seu principal objetivo é receber denúncias de transgressões aos direitos de crianças e adolescentes e encaminhá-las aos órgãos competentes, além de orientar sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos estados e municípios. O serviço funciona ainda como ferramenta de levantamento de dados sobre as ocorrências de casos de violência no país, contribuindo para a definição de políticas e de áreas prioritárias no atendimento. Apesar de surgir com foco no enfrentamento da violência sexual, o Disque 100 é hoje, na prática, um Disque Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, pois recebe denúncias de diferentes tipos de violência envolvendo meninas e meninos. O Disque 100 é vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e

Adolescentes, por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da SDH-PR.

O serviço funciona 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados. A ligação é gratuita e o usuário não precisa se identificar. As denúncias recebidas são analisadas e encaminhadas aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização, especialmente o Conselho Tutelar. Além do canal telefônico convencional, também é possível realizar a denúncia através do aplicativo Proteja Brasil, pelo celular, ou através do site da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (antigo “Humaniza Redes”).<sup>7</sup> O procedimento para o registro da denúncia é bastante simples. São pedidos dados da violência ocorrida, da vítima e do suspeito, sendo também possível inserir anexos ao formulário.

Passada essa informação mais abrangente, vejamos o que é determinado pelos serviços de atendimento às emergências médicas no Brasil. Em consulta ao manual *Protocolos de Suporte Básico de Vida*, do SAMU 192, verifica-se que a edição do protocolo especial PE33, destinado à “Suspeita de maus tratos/abuso/negligência” encontrava-se em fase de finalização em fevereiro de 2016. Na falta de um protocolo a nível federal, é interessante ver o que apresenta o manual *Protocolos de Regulação das Urgências do SAMU 192 – Regional Fortaleza (2016)*. O protocolo técnico *RM9 – Maus tratos à criança, adolescente ou idoso*, estabelece os seguintes procedimentos:

1. Descartar Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2) e verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as perguntas pertinentes já foram respondidas; 2. Se houver relato de maus tratos ou história discordante: Imediato apoio policial; e Comunicar ao Conselho Tutelar; e Comunicar ao Juizado e Promotoria de Justiça a Infância e Juventude; e/ou Comunicar aos Centros de Defesa Criança e Adolescente; e/ou Comunicar ao SOS Criança; Enviar USB.

Esse protocolo ainda salienta que a história discordante (quando a história fornecida não explica os achados físicos) pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abusos ou maus tratos (AZEVEDO, 2016).

---

<sup>7</sup> Disponível em: <https://ouvidoria.mdh.gov.br/>. Acesso em: 7 maio 2020.

Ainda que o CBMDF não integre o sistema de saúde, uma vez que os corpos de bombeiros militares são constitucionalmente vinculados à segurança pública, isso não desobriga os socorristas do CBMDF a reportarem qualquer situação indicativa de abuso, haja vista não apenas o dever de reportar do militar, mas também instrumentos normativos recentes que tratam justamente da integração entre o serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF com o sistema de saúde, de que são exemplo a Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, e a Portaria Conjunta Nº 40, de 5 de dezembro de 2018, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. A primeira aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, o qual enumera as competências dos bombeiros militares no que tange à prestação de serviços de atendimento pré-hospitalar:

[...] comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às

urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento. (BRASIL, 2002)

Dessa maneira, os corpos de bombeiros militares são definidos como unidades de resgate, cabendo-lhes prestar o atendimento pré-hospitalar às vítimas, em especial às traumatizadas, realizando o suporte básico de vida, com ações não invasivas e sob supervisão médica direta ou à distância. (BRASIL, 2002)

Já a Portaria Conjunta Nº 40, de 5 de dezembro de 2018, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o CBMDF, surge como consequência da Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, e dispõe sobre a instituição do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH) em urgências e emergências entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Em outras palavras, resolveu pela coordenação das atividades do SAMU 192 e dos bombeiros, mediante a integração dos processos utilizados por ambas as instituições, incluindo infraestrutura, recursos humanos, materiais, insumos, medicamentos e equipamentos, bem como integração das centrais de atendimento.

Para fins deste trabalho, pode-se dizer que esses dispositivos legais consolidam a relação existente entre bombeiros e o SUS.

Atualmente, as unidades de resgate (UR)<sup>8</sup> não integradas do CBMDF – isto é, aquelas em que não atuam profissionais do SAMU – fazem uso da Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar GAEPH – CBMDF, com timbre da Secretaria de Estado da Saúde, a qual é entregue ao hospital ao término da ocorrência. Nessa ficha são assinaladas todas as informações relativas à ocorrência de APH, com campos para marcação de todos os dados clínicos do paciente. Há, inclusive, um campo em branco chamado “Complemento”, em que o socorrista

---

<sup>8</sup> As UR, viaturas que o CBMDF utiliza no serviço de atendimento pré-hospitalar, podem ser do Tipo B (Ambulância de Suporte Básico) ou do Tipo C (Ambulância de Resgate) – tipologia constante da Portaria Nº 2048 do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002 –, conforme a presença ou não de militar capacitado e autorizado a realizar determinados procedimentos mais invasivos, de acordo com a regulação médica do SAMU/DF. Dentro do CBMDF, as UR do Tipo B são comumente chamadas de “reguladas”, independentemente se atuam com profissional do SAMU (integradas) ou bombeiro militar capacitado aos procedimentos que caracterizam o suporte básico de vida.

pode fazer observações adicionais a respeito do atendimento, como, por exemplo, indícios de abuso, para posterior averiguação médica e comunicação às autoridades competentes. Já as unidades de resgate integradas do CBMDF, isto é, aquelas em que atuam profissionais do SAMU em decorrência da instituição do SUAPH, utilizam uma ficha diferente, que é o Registro de Atendimento SAMU 192-DF. Nela, as suspeitas acerca de um eventual abuso físico infantil seriam inseridas no campo “História Clínica” ou então em “Observações”.

Há ainda uma terceira ficha disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, no âmbito do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Trata-se da “Ficha de notificação/investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada”, a qual é definida para casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas.<sup>9</sup> No caso de violência extrafamiliar/comunitária, as violências contra crianças também devem ser objeto de notificação, que deve ser dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o já mencionado art. 13 da Lei n.º 8.069/1990.

O dever de reportar do militar está embasado na Constituição Federal de 1988, artigo 144, que prescreve que “A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio [...]”, incluindo explicitamente os corpos de bombeiros militares no rol dos órgãos que executam a segurança pública. Por sua vez, o Código de Processo Penal (Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941), ao tratar da prisão em flagrante, determina em seu artigo 301 que “Qualquer do povo poderá e as autoridades policiais e seus agentes deverão prender quem quer que seja encontrado em flagrante delito.” Já o Código de Processo Penal Militar (Decreto-lei nº 1.002, de 21 de outubro de 1969) escreve semelhantemente que “Qualquer pessoa poderá e os militares deverão prender quem fôr insubmisso ou desertor, ou seja encontrado em flagrante delito.” (Artigo 243). Ainda que na grande maioria das ocorrências de atendimento pré-hospitalar

---

<sup>9</sup> O Código (CID10) para Violência interpessoal/autoprovocada é Y09.

não seja possível presenciar o flagrante da violência cometida, essa legislação reforça o dever ético do bombeiro de atuar no melhor interesse da vítima, e o seu conhecimento técnico e a sua presença na cena devem impeli-lo a comunicar suas suspeitas à polícia e/ou à regulação médica, para que tomem as providências cabíveis.

De acordo com Magalhães *et al.* (2009, apud Oliveira *et al.*, 2009, p. 407):

De modo geral, todas as pessoas têm o dever de notificar as autoridades quando ocorre algum caso desse tipo, mas os profissionais de saúde que interagem com populações vulneráveis têm maior parcela de responsabilidade, uma vez que podem desencadear mecanismos de proteção.

O *Manual Operacional de Bombeiros: Resgate pré-hospitalar* (2016), do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás resume bem o correto encaminhamento que deve ser dado aos casos de abuso infantil:

Ressaltado o contexto legal, por ser o bombeiro militar um agente ligado aos órgãos de segurança pública e à administração direta do Estado, não se deve furtar ao cumprimento da legislação protetiva vigente, principalmente no que tange a seu campo de atuação profissional. Quando, ao atender uma criança ou adolescente suspeitar-se ou dispor de elementos que caracterizem agressões e/ou maus tratos, deve-se, de pronto, acionar as autoridades competentes (polícia militar, conselhos tutelares, delegacia especializada etc.), com o objetivo de garantir que tais direitos sejam resguardados. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE GOIÁS, 2016, p.148)

Com base em todo o acima exposto, fica demonstrado o dever do bombeiro militar de reportar os casos de abuso com os quais se deparar.

### **3 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E A PRESTAÇÃO DESSE SERVIÇO NO CBMDF**

De acordo com Pereira e Lima (2006, p.279, apud Ribeiro, 2001, e Malvestio e Sousa, 2002),

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, e pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. A assistência qualificada na cena do acidente, o transporte e a chegada precoce ao hospital

são fundamentais para que a vítima chegue ao hospital com vida.<sup>10</sup> O APH é realizado através de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.<sup>11</sup>

O atendimento pré-hospitalar é uma das principais áreas de atuação do CBMDF, respondendo por 33,3% de todas as ocorrências de resposta efetuadas pela corporação no ano de 2016 (CBMDF, 2017, p. 14). De acordo com a Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, compete à corporação “executar serviços de atendimento pré-hospitalar.” Já o Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010, coloca como uma das missões do CBMDF “executar ações de emergência médica em atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência”.

Em 20 de novembro de 1991, foi criada a 1ª Companhia de Emergências Médicas do CBMDF, situada no SIA. Hoje, localizada no Guará II, é denominada Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH).

A Unidade de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar [...] tem a seu cargo, dentro de determinada área de atuação operacional, as missões de emergências médicas voltadas para o atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência, nos casos de sinistro, inundações, desabamentos, catástrofes e calamidades públicas, bem como outras que se fizerem necessárias à preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio.” (BRASIL, 1991, meio eletrônico)

Demonstra-se, assim, a inequívoca relação do CBMDF com o atendimento pré-hospitalar, bem como com todos os tipos de ocorrência inerentes a esse serviço.

No tocante ao tema deste trabalho, não há, hoje, no CBMDF, um protocolo ou Procedimento Operacional Padrão (POP) que trate da identificação, manejo ou reporte de situações de abuso físico infantil verificadas na cena de emergência, com base em entrevista feita com o orientador do presente trabalho, então Comandante do GAEPH.

---

<sup>10</sup> Ribeiro KP. **O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado.** In: Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. v. 1. p.499-508.

<sup>11</sup> Malvestio MAA, Sousa RMC. **Suporte avançado à vida:** atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Pública. 2002; 36(5): 584-9.

#### 4 NÍVEL DE PREPARO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS QUANTO AO ABUSO E SEU REPORTE

Justamente pelo fato de a detecção, o manejo e o reporte do abuso não estarem diretamente relacionados ao socorro, surge a preocupação de que tais casos não estejam tendo a devida atenção no contexto do atendimento pré-hospitalar, ainda mais considerando-se que o socorrista está em uma posição tecnicamente privilegiada para lidar com o problema. Sabidamente, o abuso vem acompanhado de uma série de questões paralelas que, muitas vezes, dissuadem o socorrista de relatar as suspeitas às autoridades competentes. Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais que se deparam com casos de maus-tratos contra crianças, destaca-se a falta de treinamento (inclusive no nível de formação) na identificação do abuso, desconhecimento quanto aos procedimentos legais a serem adotados em caso de detecção, receio de adentrar um “território de competência familiar” – o que é, muitas vezes, explicado pela cultura de permissividade quanto a certos comportamentos –, medo de sofrer represálias do abusador e descrença quanto à eficácia dos serviços de atendimento ao menor.

Baseando-se nessas preocupações, uma série de estudos passou a tratar do abuso e seu reporte pelas equipes de socorro médico, de que são exemplo os seguintes artigos: *Elder Abuse Identification in the Prehospital Setting: An Examination of State Emergency Medical Services Protocols* (NAMBOODRI *et al.*, 2018), publicado no *Journal of the American Geriatrics Society*; *Emergency Medical Services Perspectives on Identifying and Reporting Victims of Elder Abuse, Neglect, and Self-Neglect* (ROSEN *et al.*, 2017), publicado no *The Journal of Emergency Medicine*; *Reporting of child abuse by prehospital personnel* (KING; BAKER; LUDWIG, 1993) e *To report or not to report: emergency services response to elder abuse* (JONES; WALKER; KROHMER, 1995), publicados na revista *Prehospital and disaster medicine*; e *Barriers and Facilitators to Recognition and Reporting of Child Abuse by Prehospital Providers* (TIYYAGURA *et al.*, 2017), publicado na revista *Prehospital emergency care*.

Em grande parte desses estudos foi realizada pesquisa de campo junto às pessoas empregadas no serviço de atendimento pré-hospitalar, com vistas a

aferir os níveis de incidência do problema, conhecimento prévio do socorrista, conscientização a respeito das implicações legais do abuso e disposição para reportar. De um modo geral, verificou-se que há falta de um entendimento mais completo do socorrista com relação ao seu papel na identificação e no reporte dos casos em que há suspeita de abuso (KING; BAKER; LUDWIG, 1993). Verifica-se, também, como a falta de um procedimento claro, preferencialmente na forma de um protocolo ou cartilha, prejudica a objetividade e a efetividade nessas situações. Como exemplo, é trazida a conclusão de um desses artigos, que trata particularmente do abuso de idosos:

Muitos paramédicos e técnicos em emergências médicas carecem de um entendimento completo do seu papel na identificação e reporte do abuso de idosos. Essa informação deveria ser enfatizada durante os treinamentos dos serviços de emergências médicas e reforçada através de educação continuada. Além do mais, o exato mecanismo para reportar casos de maus-tratos de idosos dentro de cada estado e localidade deveria ser ensinado aos provedores do atendimento pré-hospitalar e, quando possível, protocolos por escrito acerca do reporte deveriam ser estabelecidos. (JONES; WALKER; KROHMER, 1995, p.99, tradução nossa)<sup>12</sup>

Há também, no Brasil, uma quantidade não desprezável de estudos voltados à identificação e à denúncia de casos de abuso, sempre em contextos localizados, buscando avaliar a conscientização de uma determinada comunidade de profissionais (em geral, da área de saúde) a respeito do problema. Em seu estudo, Martins-Júnior *et al.* (2017, p. 2609) apontam que

Todos os profissionais [questionados] relataram ter identificado e denunciado a ocorrência de abuso físico em crianças/adolescentes. [...] As principais dificuldades apresentadas para denunciar os casos às autoridades foram falta de conhecimento na identificação do abuso e em como realizar a denúncia. A maioria dos participantes gostaria de receber treinamento para identificação e denúncia de abuso.

Ainda em Martins-Júnior *et al.* (2017), são elencados fatores que costumam levar à não realização da denúncia, tais como a falta de conhecimento geral do problema, a falta de conhecimento a quem se dirigir para efetivar a denúncia, a negligência por parte do profissional e a crença de

---

<sup>12</sup> No original: *Many paramedics and EMTs lack complete understanding of their role in the identifying and reporting elder abuse. This information should be emphasized during EMS training and reinforced through continuing education. Furthermore, the exact mechanics for reporting elder mistreatment within each state and locality should be taught to prehospital-care providers, and when possible, written protocols for reporting should be established.*

que os casos denunciados não serão resolvidos. Interessante pontuar que os profissionais entrevistados no estudo citado assinalaram o desejo de receber treinamento adicional sobre como identificar e o mecanismo para informar suspeitas de possível abuso físico de criança e adolescente, bem como sugeriram a inclusão no projeto pedagógico dos cursos a capacitação para informar suspeitas de possível abuso físico de crianças e adolescentes. Essas mesmas percepções são mencionadas em Bannwart e Brino (2011). Nesse estudo, ainda verificam-se receios tais como: medo de “acusar um inocente”, “causar maiores traumas ou desconforto na família e/ou criança” e “sofrer processo judicial”, em 37,5% das respostas; a “ameaça física” está presente em 25% das respostas e “ser omissor”, em 12,5%.

Em um trabalho especificamente na área das emergências médicas (DONATO, 2016), foram entrevistados profissionais do SAMU, concluindo-se que

[...] no serviço não existe protocolo para notificação, é realizada a comunicação da suspeita ao serviço de destino do paciente. Os profissionais do SAMU consideram a necessidade de treinamento específico para a identificação da violência, **bem como a implantação de protocolo que assegure a notificação da violência.** (DONATO, 2016, p.52, grifo nosso)

## 5 METODOLOGIA

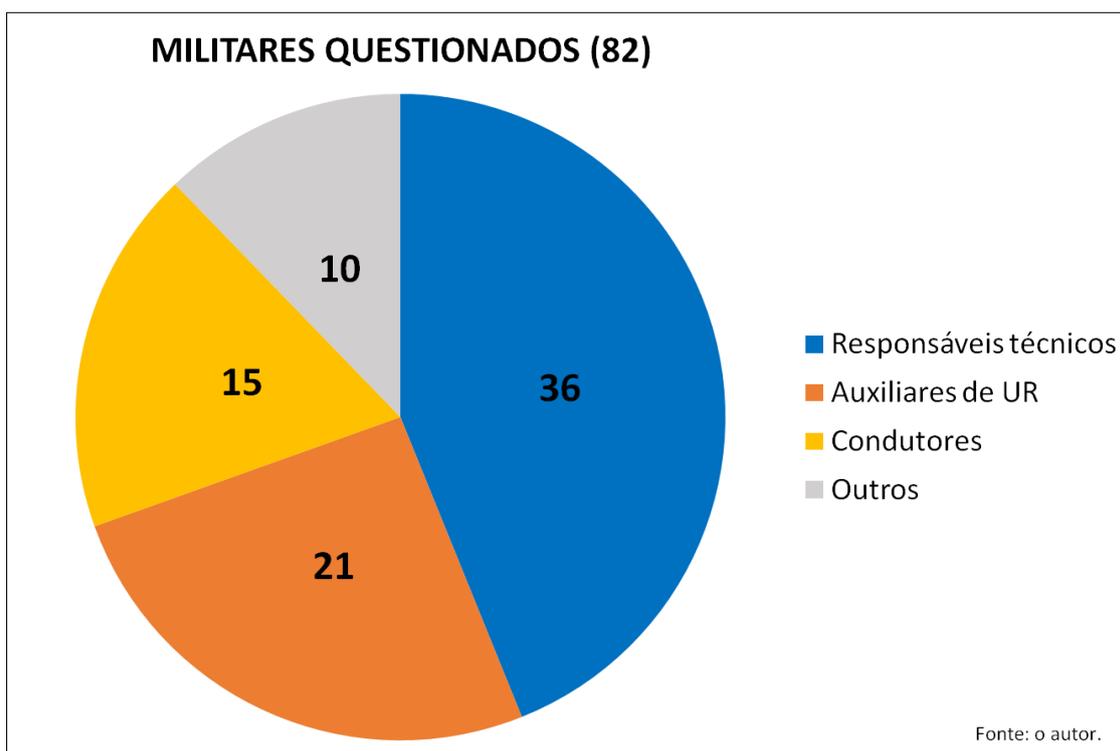
Foi desenvolvido um trabalho científico original, com aplicação de questionário para produção de análise descritiva para fins de validação qualitativa, com o intuito de, primordialmente, identificar a pertinência de se estabelecer um protocolo no interior do CBMDF para ocorrências envolvendo abuso físico infantil. Secundária e subsidiariamente, o questionário buscou aferir o nível de conhecimento, conscientização e preparo dos socorristas do CBMDF com relação à identificação dos casos de abuso físico de crianças e ao procedimento a ser adotado nessas situações. Questionou-se, também, se os profissionais receberam ou desejariam ter recebido treinamento sobre identificação e manejo de abuso em APH. Adicionalmente, estimulou-se a menção de breves relatos de ocorrências vividas pelos bombeiros, a fim de se ter um melhor panorama acerca da incidência do problema.

Ao todo, 82 bombeiros militares do CBMDF com experiência no serviço de atendimento pré-hospitalar da corporação responderam ao questionário intitulado *Atendimento a ocorrências envolvendo abuso físico infantil no CBMDF*, produzido pelo autor com o auxílio da ferramenta Google Forms. A íntegra do questionário aplicado encontra-se no Apêndice A. A pesquisa foi divulgada por via eletrônica, através do Memorando SEI-GDF Nº 471/2019 (29436645) - CBMDF/ABMIL/DIVEN/SECOT/CFO, o qual foi irradiado pelo Comando Operacional para os comandos de área e o GAEPH. Paralelamente, o pedido ao respondimento da pesquisa foi reforçado mediante o repasse em aplicativos de mensagens instantâneas de celular.

## 5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

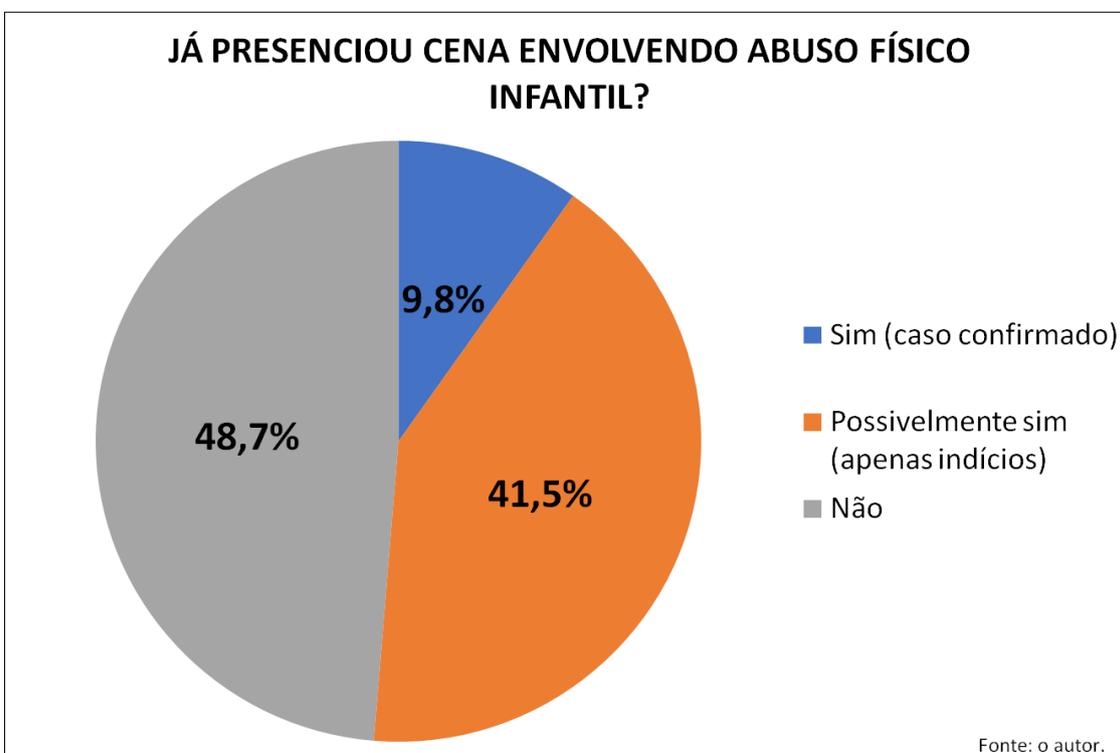
Dos 82 profissionais que responderam ao questionário, 43,9% exercem atualmente a função de responsáveis técnicos nas Unidades de Resgate (UR); 25,6% atuam como auxiliares de UR; 18,3% são condutores; e os demais respondedores trabalham no expediente administrativo ou em funções como rádio operador, contando geralmente com larga experiência na área de APH (Gráfico 1). A maioria (39%) atua há menos de cinco anos na prontidão, e há menos de cinco anos no APH da corporação (52,5%). Mesmo assim, um número considerável dentre os militares possui mais de quinze anos de serviço ativo (25,7%), ou mais de quinze anos de experiência direta com o serviço de atendimento pré-hospitalar (18,3%). Dentre todos os participantes da pesquisa, 57,3% possuem o Curso de Socorros de Urgência em Atendimento Pré-Hospitalar (CSU-APH), principal qualificação em APH da corporação; 34,1% possuem o Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar Básico (APH-B); 15,9% possuem o antigo curso CTE – Técnico em Enfermagem, ofertado pela corporação; e também se verificou que vários militares possuem cursos tais como bacharelado em Enfermagem, bacharelado em Farmácia, curso de regulação médica e pós-graduação em urgências e emergências.

Gráfico 1 – Militares questionados



Fonte: O autor

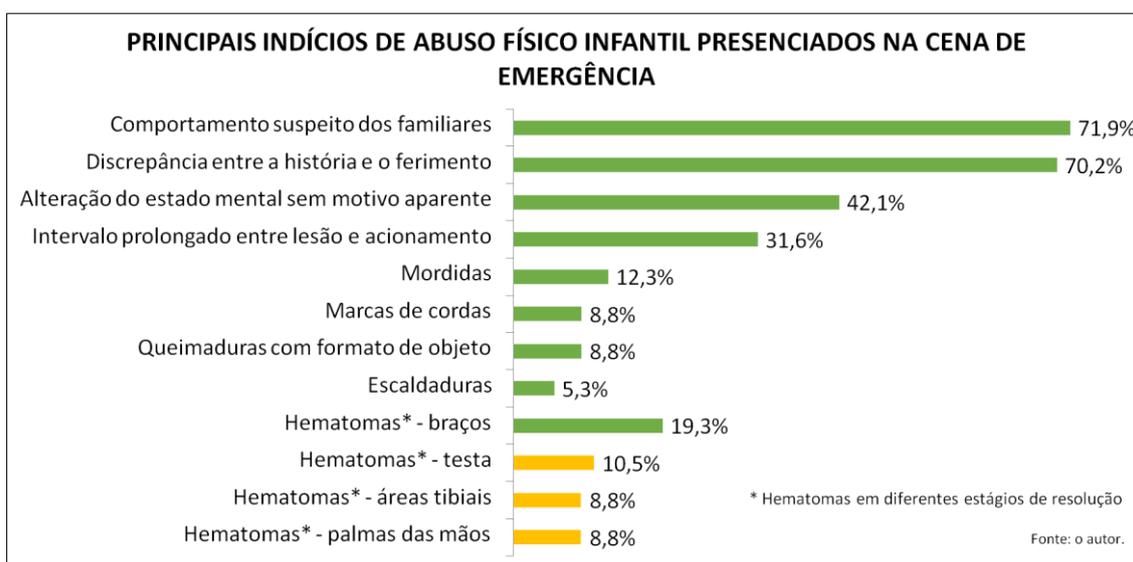
Gráfico 2 – Verificação de abuso físico infantil em cena de emergência



Fonte: O autor

Perguntados se já haviam presenciado cena de emergência envolvendo abuso físico infantil (Gráfico 2), 9,8% disseram sim, referindo casos confirmados de abuso. Uma parcela significativa (41,5%) disse ter presenciado possível caso de abuso, verificando indícios que levaram à suspeição. Esse alto índice de possíveis casos presenciados por socorristas traz um alerta para a necessidade de a corporação estar preparada para a identificação dos sinais que apontam para a intencionalidade das lesões verificadas em crianças, e também indica que esse tipo de violação dos direitos humanos é comum no Distrito Federal.

**Gráfico 3 – Principais indícios de abuso físico infantil presenciados na cena de emergência**

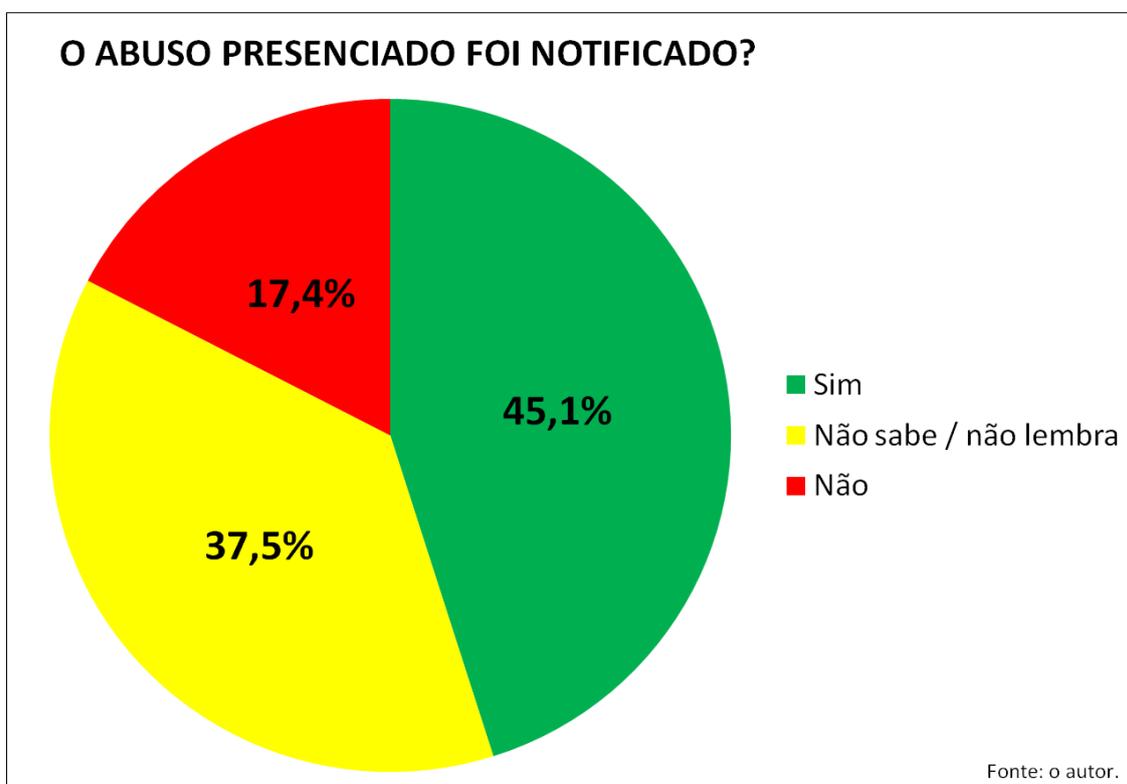


Fonte: O autor

Perguntados sobre os principais indícios de abuso físico infantil presenciados na cena de emergência (ressalte-se que a questão não era condicionada à verificação *in loco*, mas abria a possibilidade de o militar responder conforme aquilo que ele presumia ser indício de violência, como forma de testar seus conhecimentos), esses foram os resultados obtidos (Gráfico 3): 71,9% apontaram o comportamento suspeito dos familiares; 70,2% assinalaram a discrepância entre a história relatada e o ferimento encontrado; 42,1% apontaram a alteração do estado mental da criança sem motivo aparente, o que é uma correta avaliação para a síndrome do bebê sacudido;

31,6% marcaram o intervalo prolongado entre o momento da lesão e o acionamento da equipe de socorro. Outros achados apresentaram menor incidência, tais como mordidas (12,3%), marcas de cordas (8,8%), queimaduras bem delimitadas (8,8%) e escaldaduras (5,3%). Quanto ao achado de hematomas em diferentes estágios de resolução, os quais podem ser indícios de casos de violência mais frequente ou cotidiana, 19,3% indicaram corretamente os hematomas nos braços. Entretanto, três alternativas que não representam casos clássicos de hematomas de lesões intencionais, por serem, na verdade, resultados de quedas comuns em crianças com impacto sobre proeminências ósseas, tiveram respondimento não desprezável: áreas tibiais (8,8%), palmas das mãos (8,8%) e testa (10,5%). Esse resultado reforça a necessidade de os socorristas do CBMDF estarem bem preparados para identificar com razoável precisão os casos de abuso físico infantil, a fim de poderem prestar informações úteis às equipes médicas e às autoridades competentes.

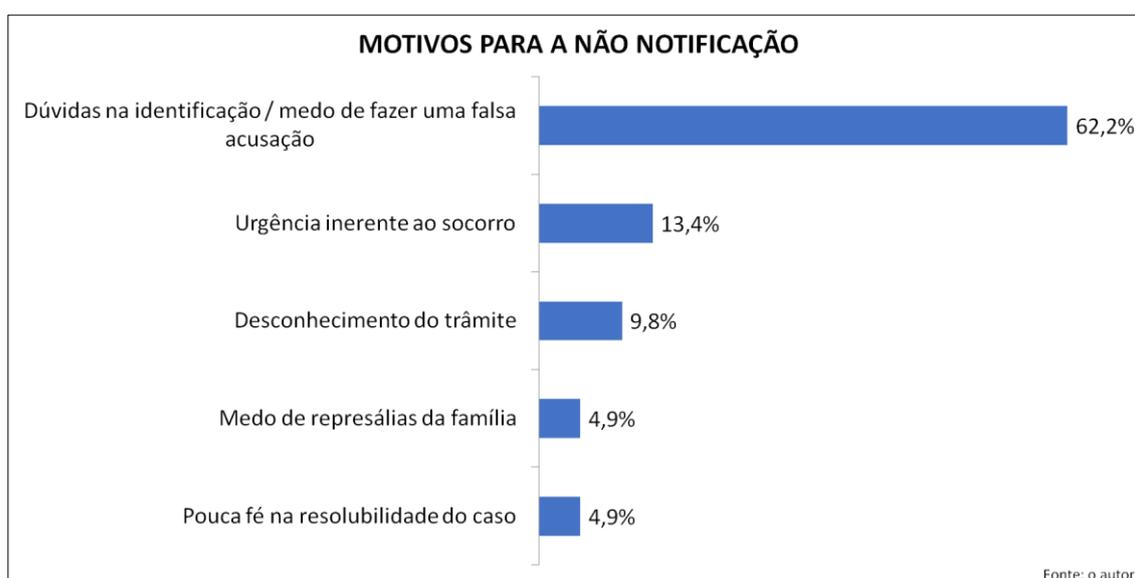
**Gráfico 4 – Notificação do abuso presenciado**



Fonte: O autor

Perguntados quanto ao reporte do abuso presenciado (Gráfico 4), 45,1% responderam que o caso foi notificado; 37,5% não sabem ou não lembram; e 17,4% afirmaram que o caso não foi notificado, o que aponta para a possibilidade de pelo menos 7 casos de abuso físico infantil presenciados em ocorrências atendidas pelo CBMDF não terem tido o correto e adequado encaminhamento por parte de nossos militares. Parte disso pode se dever ao fato de que 34,1% dos socorristas participantes da pesquisa não saberiam a quem informar em caso de abuso comprovado e/ou nítido.

**Gráfico 5 – Motivos para a não notificação**



Fonte: O autor

Perguntados sobre qual o principal motivo que consideram determinante para a não notificação (Gráfico 5), 62,2% responderam serem as dúvidas na identificação (“não haver cem por cento de certeza”), o que também está associado ao “medo de fazer uma falsa acusação”; 13,4% responderam que a urgência inerente ao socorro é o principal fator a dissuadir o socorrista de proceder à notificação; 9,8% apontaram o desconhecimento do trâmite como o principal entrave ao reporte; 4,9% assinalaram a pouca fé na resolubilidade do caso, preocupando-se quanto à falta de um devido acolhimento da criança por parte das autoridades competentes; 4,9% responderam que o “medo de represálias da família”, a “vergonha em falar com a família” ou a “resistência da família em não querer transportar” representam o principal motivo que leva as

guarnições a não notificarem abusos verificados na cena de emergência. Ainda que a ordem das alternativas no questionário possa ter enviesado uma preferência pela primeira opção, o que explicaria um percentual tão superior aos demais, o autor considera que a questão tenha atingido o seu objetivo, ao mapear uma gama considerável de entraves ao reporte e ao demonstrar que fatores relacionados a dúvidas (seja na identificação do abuso ou no procedimento de reporte) representam de longe a maior parcela dentre os motivos que explicam, mas não justificam, a não notificação do abuso às autoridades competentes.

Dentre todos os militares perguntados, 82,9% já presenciaram outros tipos de abuso, dos quais se destacam o abuso físico contra a mulher (70,7%), a negligência com idoso (62,2%), o abuso físico contra idoso (35,4%), a negligência infantil (31,7%), o abuso sexual contra mulher (30,5%), o abuso emocional infantil (26,8%) e o abuso sexual infantil (12,2%). O objetivo desta questão foi ilustrar melhor o panorama do problema conforme verificado pelo serviço de emergências médicas no Distrito Federal, abrindo caminho para outros trabalhos nessa temática tão ampla, complexa e importante.

A maioria dos militares que responderam à pesquisa (70,7%) disse jamais ter recebido treinamento sobre identificação e manejo de abuso. Aqueles que receberam algum tipo de treinamento mais consistente o tiveram na graduação ou em cursos profissionalizantes (11%), sendo citados os cursos de Técnico em Enfermagem na Faculdade LS Educacional, graduação em Enfermagem em curso ofertado pela SES/DF, graduação em Pedagogia na Faculdade Jesus Maria José, “orientações básicas” durante graduação em Educação pela UnB, curso de Odontologia da UnB e graduação em Biomedicina. A maioria daqueles que tiveram instrução sobre o assunto durante o CSU-APH ressaltou espontaneamente que “apenas foi comentado”, “nada muito aprofundado”, “foi mencionado no CSU”, ou então “bem simples”. Quanto aos cursos de carreira, 3 militares disseram ter visto algo sobre o assunto durante o Curso de Formação de Praças, e 1 militar disse ter recebido instrução durante o Curso de Altos Estudos para Praças. Alguns cursos externos também foram mencionados: NEP SAMU DF, palestra sobre abuso infantil ministrada pela Secretaria de Segurança Pública no *workshop*

preparatório para a Copa do Mundo e curso de atendimento pré-hospitalar emergencial durante graduação em Farmácia, não especificados.

Quando perguntados se “Considera útil que fosse ministrada instrução sobre abuso no APH em curso ou outro ambiente de aprendizado?”, a maioria (53,7%) considerou muito útil; 37,8% consideraram útil; 1,2% considerou indiferente; 4,9% consideraram pouco útil; e 2,4% consideraram inútil atualmente. Quando perguntados se “Consideraria útil que existisse no CBMDF um protocolo para casos de abuso físico infantil, para melhor guiar os militares na identificação e manejo desses casos?”, a maioria (46,3%) respondeu que consideraria muito útil; 42,7% considerariam útil; 2,4% são indiferentes; 4,9% acham pouco útil; e apenas 3,7% responderam que seria inútil atualmente. Fica, assim, demonstrada a pertinência de se ministrar instruções que tratem da identificação, do manejo e do reporte de abuso físico infantil no CBMDF. Fica demonstrada, também, a justificativa para a implantação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) relativo a essa temática, com vistas a se evitar dúvidas, erros e omissões, de acordo com um público de especialistas e/ou profissionais que lidam cotidianamente com o APH dentro da corporação.

No espaço destinado a considerações adicionais, em que foi solicitada a não identificação (seja de vítimas, seja da própria guarnição), foram trazidos breves relatos de ocorrências envolvendo abuso físico de crianças. Também foram feitos comentários destacando a importância de um protocolo que guie a ação dos bombeiros em cena, ou então elogiando a iniciativa da pesquisa. No Apêndice B são trazidos alguns desses comentários, para ilustração do problema e para que a conscientização acerca dele seja aumentada.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A necessidade de se dar o devido encaminhamento aos casos de abuso físico infantil justifica-se na medida em que contribui com a reversão de um estado de violência muito nocivo à incolumidade física e ao desenvolvimento psíquico da criança, e, ademais, encontra prescrição legal (Art. 13, Estatuto da Criança e do Adolescente). Para que o caso possa ser encaminhado às autoridades competentes, muitas vezes é determinante a perícia na identificação de indícios de abuso por parte de profissionais que trabalhem na

prestação de socorro e atendimento médico. Portanto, os bombeiros militares – em especial aqueles empregados no serviço de atendimento pré-hospitalar – devem estar preparados para atender esse tipo de ocorrência, sabendo identificar o abuso, gerir satisfatoriamente a situação e dar o devido encaminhamento ao caso, isto é, reportar o abuso sofrido pelo menor através dos canais disponíveis. O contexto atual da instituição do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH) entre o CBMDF e o SAMU torna ainda mais evidente a inserção dos bombeiros militares no sistema de notificação compulsória. Salienta-se ainda que o Código de Processo Penal Militar (Art. 243) determina que o militar tem a obrigação de prender quem seja encontrado em flagrante delito.

Quanto às hipóteses inicialmente formuladas, a pesquisa confirmou que, de fato, os socorristas do CBMDF, de um modo geral, possuem um conhecimento razoável acerca do que seja abuso e da importância de reportá-lo. A grande maioria dos participantes da pesquisa foi capaz de identificar os principais indícios que caracterizam o abuso físico em crianças. Entretanto, a pesquisa mostrou que mesmo nossos especialistas não dispõem de um conhecimento aprofundado ou de um procedimento padronizado que os capacite a identificar os sinais de violência menos óbvios, os quais podem interferir diretamente no solucionamento do caso. Além disso, mais de um terço dos militares não saberia a quem reportar a situação de abuso, o que se deve, principalmente, à falta de um protocolo que estabeleça claramente os sinais a serem verificados e os procedimentos a serem adotados em caso de se verificar tal situação durante o socorro.

De acordo com a pesquisa, menos da metade (45,1%) dos casos confirmados ou suspeitos de abuso físico infantil foram indubitavelmente notificados às autoridades competentes, o que aponta para a possibilidade de um número expressivo de subnotificações desse tipo de violação dos direitos humanos por parte das guarnições de UR. Quanto aos fatores que motivariam o não reporte, confirmou-se que são os mesmos comumente elencados por profissionais do serviço de emergências médicas de outros países, inclusive desenvolvidos, como apontam a 8ª edição do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS) (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2017) e artigos publicados na revista *Prehospital and Disaster*

*Medicine*. Dentre esses fatores, destacam-se as dúvidas na identificação, a urgência inerente ao socorro e o desconhecimento do trâmite a ser adotado. O autor considera que a criação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para a identificação, o manejo e o reporte de abuso físico infantil seja primordial à consecução da missão fim do CBMDF, e decisiva para sanar as dúvidas na identificação e no reporte. Quanto ao problema da urgência inerente ao socorro, o autor entende que o POP também servirá ao propósito de conferir maior celeridade tanto à identificação quanto ao manejo da situação, bastando uma simples comunicação via rádio ao Oficial de Área durante o deslocamento para o hospital, para que as medidas cabíveis possam ser tomadas sem prejuízo ao atendimento. Caso a UR estivesse transportando a vítima acompanhada do familiar suspeito de ter cometido a agressão, a comunicação poderia ser feita via código internacional “Q” para radiocomunicação, sendo sugerida a seguinte mensagem: “UR prefixo tal, deslocando para Hospital tal, em Papa-Sierra (presença de suspeito)”.

Além do abuso físico infantil, outros tipos de abuso já foram presenciados por 82,9% dos participantes da pesquisa, o que aponta para a dimensão do problema e para a pertinência de outros trabalhos que possam contribuir com a sua solução. Em contrapartida, 70,7% disseram jamais ter recebido treinamento sobre identificação e manejo de abuso, o que prova que o seu eventual conhecimento foi adquirido, sobretudo, empiricamente. De toda forma, tais percentuais apontam para uma inequívoca necessidade de treinamento por parte de nossas guarnições para o problema discutido no presente trabalho. Como suporte a essa ideia, 91,5% dos participantes consideraram útil ou muito útil a existência de instrução sobre o assunto, e 89% consideraram útil ou muito útil a existência de um POP com a finalidade de guiar nossos profissionais para o atendimento a esse tipo de ocorrência. O autor sugere a inclusão de tópico sobre “Identificação, manejo e reporte de abuso” no Manual de Atendimento Pré-Hospitalar da corporação e, conseqüentemente, a inserção desse conteúdo no currículo dos cursos do CBMDF, especialmente nos cursos de formação e nos cursos de especialização (CSU-APH e APH-B).

Retomando a pergunta principal da pesquisa, se “O serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF está preparado para atender

ocorrências que envolvam abuso físico infantil, realizando a sua correta identificação e o encaminhamento adequado do caso às autoridades competentes?”, ao final deste trabalho pode-se concluir que o CBMDF não está plenamente preparado para atender esse tipo de ocorrência. O autor considera que esse nível de excelência só será possível com o devido treinamento dos militares e com a confecção de um protocolo que os guie durante a prestação do socorro.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Carlos Eduardo Rios do. **Da comunicação obrigatória de maus-tratos contra a criança**. Artigos Jus.com.br. Elaborado e publicado em junho de 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/67158/da-comunicacao-obrigatoria-de-maus-tratos-contr-a-crianca>. Acesso em: 24 jun. 2019.

AZEVEDO, Cláudio Roberto Freire de (Org.). **Protocolos de Regulação de Urgência**. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza. Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016.

BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de Faria. **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.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal brasileiro. Diário Oficial da União. 31 dez. 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União. 13 out. 1941, retificado em 24 out. 1941. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 1.002, de 21 de outubro de 1969**. Código de Processo Penal Militar. Diário Oficial da União. 21 out. 1969, retificado em 21. jan. 1970, 23 jan. 1970, 28 jan. 1970. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del1002.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del1002.htm). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010**. Regulamenta o inciso I do art. 10-B da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Diário Oficial da União. 30 abr. 2010a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7163.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7163.htm). Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul. 1990, retificado em 27 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991**. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 nov. 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8255.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8255.htm). Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_suporte\\_basico\\_vida.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf). Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/DPTDCA/SNPDCA/SDH/PR. **Cartilha do Disque Denúncia Nacional**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010b. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pair/cartilha\\_disque\\_100.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pair/cartilha_disque_100.pdf). Acesso em: 16 abr. 2020.

CHAPLEAU, Will. **Manual de emergências**: um guia para primeiros socorros. Tradução: Ana Cláudia Franco Owen *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE GOIÁS. **Manual operacional de bombeiros**: resgate pré-hospitalar. Goiânia: 2016. Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/MANUAL-DE-RESGATE-PR%C3%89-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Anuário estatístico de atendimentos do ano de 2016**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/2016-06-24-19-34-08/anuario-estatistico-ocorrencias-cbmdf?task=document.viewdoc&id=11966>. Acesso em: 28 jun. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Academia de Bombeiro Militar. Seção de Coordenação de Turmas/Curso de Formação de Oficiais. **Memorando nº 471/2019/CBMDF/ABMIL/DIVEN/SECOT/CFO**. Brasília: CBMDF, 08 out. 2019. Processo eletrônico SEI: 00053-00089080/2019-91.

DISTRITO FEDERAL. Portaria Conjunta Nº 40, de 5 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a instituição do serviço unificado de atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, dentre outras ações. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**. 13 dez. 2018. Seção I, p.6.

DONATO, Lyvia Maria Torres Moura. **Crianças e adolescentes em situação de violência**: representações sociais dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Campo Grande, [s.n], 2016.

JONES, Jeffrey S.; WALKER, George; KROHMER, Jon R. **To Report or Not to Report**: Emergency Services Response to Elder Abuse. Prehospital and Disaster Medicine, Volume 10, Issue 02, [S.I.], June 1995, pp 96 - 100.

KING, BR; BAKER, MD; LUDWIG, S. **Reporting of child abuse by prehospital personnel**. Prehospital and Disaster Medicine, Jan-Mar 1993; 8(1):67-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10155455/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

KRUG, EG; DAHLBERG, LL; MERCY, A; ZWI, AB; LOZANO, R. **Abuso infantil e negligência por pais e outros cuidadores**. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre saúde e violência. Genebra: OMS; 2002. p. 57-81. apud BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de Faria. **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.

LÉXICO: Dicionário de Português Online. **Reporte**. Disponível em: <https://www.lexico.pt/reportes/>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MAGALHÃES, MLC; REIS, JTL; FURTADO, FM; MOREIRA, AMP; CARDOSO FILHO, FNF; CARNEIRO, PSM *et al.* **O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência**. Femina [Internet]. 2009. apud OLIVEIRA, Bruno Gonçalves de; FREIRE, Ivna Vidal; ASSIS, Carla Santana; SENA, Edite Lago da Silva; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; YARID, Sérgio Donha. **Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência**. In: Revista Bioética. Vol.26 no.3 Brasília Jul./Set. 2018

MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA, R.M.C. **Suporte avançado à vida**: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Pública. 2002; 36(5): 584-9. apud PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da

Silva. **Atendimento pré-hospitalar**: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul Enferm, 2006;19(3):279-83.

MARTINS-JÚNIOR, PA; RIBEIRO, DC; OLIVEIRA, GS; PAIVA, Saul; MARQUES, LS; JORGE-RAMOS, M.L. **Abuso físico de crianças e adolescentes**: Os profissionais de saúde percebem e denunciam? Ciência & Saúde Coletiva. Vol.24 no.7. Rio de Janeiro Jul. 2019.

MATO GROSSO DO SUL. **Mapa da Violência 2012**: Crianças e Adolescentes. SINAN/SVS/MS. apud MORESCHI, Marcia Teresinha (Org.). **Violência contra Crianças e Adolescentes**: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

MORESCHI, Marcia Teresinha (Org.). **Violência contra Crianças e Adolescentes**: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

NAMBOODRI, Brooke L; ROSEN, Tony; DAYAA, Joseph A; BISCHOF, Jason J; RAMADAN, Nadeem; PATEL, Mehul D; GROVER, Joseph; BRICE, Jane H; PLATTS-MILLS, Timothy F. **Elder Abuse Identification in the Prehospital Setting**: an examination of State Emergency Medical Services Protocols. Journal of the American Geriatrics Society, May 2018; 66(5):962-968. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29566428/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **PHTLS**: Atendimento Pré-hospitalar no Trauma, Oitava Edição. Jones & Bartlett Learning, Burlington, 2017.

OLIVEIRA, Bruno Gonçalves de; FREIRE, Ivna Vidal; ASSIS, Carla Santana; SENA, Edite Lago da Silva; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; YARID, Sérgio Donha. **Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência**. In: Revista Bioética. Vol.26 no.3 Brasília Jul./Set. 2018.

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Atendimento pré-hospitalar**: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. [S.l.] Acta Paul Enferm, 2006;19(3):279-83.

RIBEIRO, KP. **O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado**. In: Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. v . 1. p. 499-508. apud PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Atendimento pré-hospitalar**: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul Enferm, 2006;19(3):279-83.

ROSEN, Tony; LIEN, Cynthia; STERN, Michael E; BLOEMEN, Elizabeth M; MYSLIWIEC, Regina; McCARTHY, Thomas J; CLARK, Sunday; MULCARE, Mary R; RIBAUDO, Daniel S; LACHS, Mark S; PILLEMER, Karl;

FLOMENBAUM, Neal E. **Emergency Medical Services Perspectives on Identifying and Reporting Victims of Elder Abuse, Neglect, and Self-Neglect.** The Journal of Emergency Medicine, Oct 2017; 53(4):573-582. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28712685/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

TIYYAGURA, Gunjan K; GAWEL, Marcie; ALPHONSO, Aimee; KOZIEL, Jeannette; BILODEAU, Kyle; BECHTEL, Kirsten. **Barriers and Facilitators to Recognition and Reporting of Child Abuse by Prehospital Providers.** Prehospital Emergency Care. Jan-Feb 2017; 21(1):46-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27436455/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

VIOLA, Thiago Wendt; SALUM, Giovanni Abrahão; KLUWE-SCHIAVON, Bruno; SANVICENTE-VIEIRA, Breno; LEVANDOWSKI, Mateus Luz; GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo. **The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis.** In: Child Abuse and Neglect. Volume 51, [S.l.], jan. 2016, pp. 1-11.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

### ATENDIMENTO A OCORRÊNCIAS ENVOLVENDO ABUSO FÍSICO INFANTIL NO CBMDF

Este questionário é parte de uma pesquisa para o trabalho de conclusão de curso do Curso de Formação de Oficiais, Turma 36, e tem por finalidade conhecer a prática vivenciada pelos bombeiros do CBMDF empregados no atendimento pré-hospitalar com relação às ocorrências envolvendo abuso físico infantil, com o intuito de se melhorar o serviço prestado pela corporação. Ressalta-se que a pesquisa é feita de modo a garantir o sigilo das informações prestadas, em nenhum momento sendo solicitada qualquer identificação, seja do socorrista, da vítima ou ainda do agressor. Os relatos porventura divulgados permanecerão anônimos, servindo tão somente à exemplificação do problema. Agradeço pela participação neste questionário, que demandará poucos minutos.

**1) Função exercida atualmente no âmbito do APH do CBMDF: (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Responsável técnico (socorrista)
- b) Auxiliar de UR
- c) Condutor
- d) Instrutor
- e) Outra. Qual?

**2) Anos de trabalho na prontidão: (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Menos de 5 anos
- b) 5-10 anos
- c) 11-15 anos
- d) 16-20 anos
- e) 21-25 anos
- f) Mais de 25 anos

**3) Tempo (anos) atuando no APH: (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Menos de 5 anos
- b) 5-10 anos
- c) 11-15 anos

- d) 16-20 anos
- e) 21-25 anos
- f) Mais de 25 anos

**4) Cursos de especialização que possui na área de APH: (questão obrigatória, *checkboxes*<sup>13</sup>)**

- Nenhum
- APH
- CSU
- CTE – Técnico em emergência
- CTE – Técnico em enfermagem
- Outro

**5) Já presenciou cena envolvendo abuso físico infantil? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Certamente não
- b) Possivelmente sim, mas apenas indícios
- c) Com certeza, era um caso confirmado de abuso

**6) Principais indícios de abuso físico infantil presenciados na cena de emergência (pode marcar mais de um):**

- Discrepância entre a história relatada e o ferimento encontrado
- Intervalo prolongado entre o momento da lesão e o acionamento da equipe de socorro
- Comportamento suspeito dos familiares
- Hematomas em diferentes estágios de resolução nos braços
- Hematomas em diferentes estágios de resolução nas áreas tibiais
- Hematomas em diferentes estágios de resolução nas palmas das mãos
- Hematomas em diferentes estágios de resolução na testa
- Escaldaduras
- Queimaduras bem delimitadas (formado de objeto manufaturado)
- Mordidas
- Marcas de cordas
- Alteração do estado mental sem motivo aparente

---

<sup>13</sup> Possível assinalar mais de uma opção.

**7) O abuso em questão foi notificado? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe / não lembra
- d) Não presenciei abuso

**8) Em uma ocorrência, com caso de abuso comprovado e/ou nítido, saberia exatamente a quem (qual órgão) e como reportar? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Sim
- b) Não

**9) Qual é o principal motivo que você considera determinante para a não notificação (reporte)? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Dúvidas na identificação (não haver 100% de certeza)
- b) Receio de interferir em domínio familiar
- c) Medo de represálias da família
- d) Urgência inerente ao socorro
- e) Desconhecimento do trâmite
- f) Pouca fé na resolubilidade do caso (autoridades não são capazes de dar um bom acolhimento/solucionamento do caso)
- g) Outro. Qual?

**10) Já presenciou cena envolvendo outros tipos de abuso (contra idosos, mulheres, abuso sexual, negligência, etc.)? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Sim
- b) Não

**11) Quais? (pode marcar mais de uma)**

- Abuso sexual infantil
- Abuso emocional infantil
- Negligência infantil
- Abuso sexual contra mulher
- Abuso físico contra mulher
- Abuso físico contra idoso
- Negligência com idoso

**12) Você recebeu treinamento sobre identificação e manejo de abuso? Onde? (Especifique se foi em curso de graduação, curso de pós-graduação, etc., citando a instituição, ou então se foi em curso de carreira ou especialização do CBMDF, ou curso externo) – resposta aberta, obrigatória**

**13) Considera útil que fosse ministrada instrução sobre abuso no APH em curso ou outro ambiente de aprendizado? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Inútil atualmente
- b) Pouco útil
- c) Indiferente
- d) Útil
- e) Muito útil

**14) Consideraria útil que existisse no CBMDF um protocolo para casos de abuso físico infantil, para melhor guiar os militares na identificação e manejo desses casos? (questão obrigatória, múltipla escolha)**

- a) Inútil atualmente
- b) Pouco útil
- c) Indiferente
- d) Útil
- e) Muito útil

**15) Espaço para considerações adicionais. Aproveite aqui para fazer breves relatos de experiências pessoais envolvendo situações em que a guarnição percebeu indícios de abuso no atendimento à vítima de trauma, preferencialmente abuso físico infantil. (Atenção: não identifique ninguém) – resposta aberta, obrigatória**

## APÊNDICE B – PRINCIPAIS RESPOSTAS AO ITEM 15 DO QUESTIONÁRIO

“Em várias ocorrências envolvendo crianças, encontramos negligência, abuso psicológico e agressão física. Normalmente informamos a autoridade policial do hospital, e o conselho tutelar é acionado.”

“Visualizei sinais de agressão física, que foram relatados como provenientes de quedas.”

“Atropelamento de uma criança de 10 anos que voltava sozinha da escola. Populares acionaram o CBMDF. Chegando ao local, a criança estava chorando e muito preocupada em não deixar que a mãe soubesse do fato, com medo de apanhar. Não quis informar o número de contato da mãe nem mesmo o endereço onde morava. Foi acionado o conselho tutelar.”

“Durante um atendimento a uma criança com muitas dores no corpo, sem saber informar exatamente o motivo das dores, o padrasto estava muito nervoso, até que um vizinho informou que poderia ser vítima de abuso sexual.”

“Presenciamos negligência da mãe, que deixava o bebê longos períodos sem alimento e sozinho e era usuária de droga.”

“Seria bom ter protocolos até mesmo para respaldo da guarnição com relação a como proceder.”

“Na maioria dos casos o agressor se encontra no local. Sempre se aciona a PM para os casos e eles que tomam parte da resolução do fato, inclusive indo ao hospital colher informações com as vítimas e familiares.”

“Atualmente considero ser mais comum o abuso e a negligência ao idoso, o que também poderia ser motivo de sugestão de protocolo e abordagem em cursos de especialização da Corporação.”

“Apoio emocional às vítimas, transporte ao hospital para atendimento aos danos físicos, orientação para fazer boletim de ocorrência, orientação para buscar apoio emocional com alguém especializado.”

“A visão clínica e situacional do socorrista e equipe de APH tem que estar treinada para que ocorra a mais breve solução e não continuação da situação de abusos.”

“Deixando um detalhe sobre a pergunta 14, os protocolos hoje a meu ver não são didáticos e [são] de pouco conhecimento da corporação. Eu já me deparei com várias situações, não só situações de abuso infantil, mesmo antes de servir na guarnição de UR. Esse questionário não pode se limitar a ser respondido apenas por guarnições que trabalham nas URs. Visto que todos os bombeiros podem se deparar com situações assim, independentemente de trabalhar na UR ou não. Em minha opinião todos os bombeiros são socorristas (ou melhor, a grande parte) que de certa forma têm o dever de atuar em situações de socorro. Todos no curso de formação passam por instruções no GAEPH (tido como o detentor do conhecimento do APH). Isso já é mais do que suficiente para provar que todos precisam de instruções para saber lidar com QTOs envolvendo abuso infantil.”

“O assunto merece mais atenção do CBMDF.”

“Seria bom um curso ou palestra nos GBMs para tratar mais sobre o assunto.”

“Acredito que as instruções de APH seriam muito mais proveitosas se tivéssemos ao menos uma semana a mais, pois muitos conhecimentos primordiais não são passados, ficando para se aprender no dia-a-dia, a depender muito do profissional que atua como socorrista. Se existe uma preocupação para se criar protocolo, obrigar o profissional a fazer um curso de especialização para aprender é muito arriscado, se ele irá necessariamente atuar sem ter esse curso, ou seja, mesmo assim.”

“Apesar de não ter presenciado casos de abusos durante o serviço, considero de extrema importância o treinamento dos militares do CBMDF.”

“Em ocorrências de flagrante abuso, físico ou sexual, acionamos a Polícia Militar e também, em caso de crianças, a Vara da Infância e Juventude. Acho importante estabelecer protocolos para tais situações.”