

Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança — o que o pediatra faz

Estresse tóxico, reação aguda × TEPT (DSM-5-TR), sinais de violência, escuta protegida, notificação obrigatória e TCC focada no trauma

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Adversidades repetidas sem um adulto protetor produzem **estresse tóxico** (SBP 2017; AAP 2012). Após um evento traumático, medo, pesadelos, regressão e queixas somáticas são **reações esperadas**: o pediatra acolhe, restabelece rotina e segurança e faz **vigilância ativa** (●). Sintomas **por mais de 1 mês** com prejuízo sugerem **transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**, com critérios próprios **até 6 anos** (DSM-5-TR): encaminhar com prioridade para **TCC focada no trauma (TF-CBT)**, a primeira linha; **não há medicamento indicado para o TEPT na criança** (NICE). Diante de sinais de violência: **escuta sem perguntas sugestivas**, registro literal, **notificação obrigatória (compulsória)** e **comunicação ao Conselho Tutelar** (ECA, art. 13), sem precisar de certeza. **Violência sexual recente, lesão grave, lactente com lesão suspeita, risco imediato ou ideação suicida com plano são** ●, sem devolver a criança ao agressor.

1. O que é e como se apresenta

Estresse na infância (SBP, MO nº 3, 2017): positivo (breve, desenvolve resiliência), **tolerável** (amortecido por relações de apoio) e **tóxico** — adversidade intensa ou prolongada (maus-tratos, violência doméstica, pobreza extrema) **sem adulto protetor**, que altera a arquitetura cerebral (AAP 2012).

Experiências adversas na infância (ACEs): abuso, negligência, violência contra o cuidador, uso de substâncias, doença mental ou prisão de um familiar, separação dos pais — efeito **cumulativo** (depressão, uso de substâncias, doença cardiometabólica no adulto). A AAP (2021) propõe o **cuidado informado pelo trauma**, que promove **relações seguras, estáveis e acolhedoras**, o principal fator de proteção.

Reação aguda esperada (acidente, violência, desastre, morte súbita de pessoa próxima): medo, pesadelos, apego excessivo, **regressão** (enurese), birras, brincadeira repetitiva sobre o evento, queixas somáticas. Cerca de **16%** dos expostos desenvolvem TEPT; a taxa cai de 21% no 1º mês para 11% em 1 ano, e a **recuperação espontânea após 6 meses é pouco provável** (Smith e cols., 2019).

TEPT (DSM-5-TR): exposição a morte, ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual (vívda, testemunhada ou, na criança pequena, ocorrida com o cuidador), sintomas por **mais de 1 mês** (do 3º dia a 1 mês: **estresse agudo**) e prejuízo:

SINTOMAS	ACIMA DE 6 ANOS	6 ANOS OU MENOS (SUBTIPO PRÉ-ESCOLAR)
Intrusão	≥ 1 (lembanças, pesadelos, flashbacks)	≥ 1; pode ser brincadeira repetitiva
Evitação	≥ 1	Evitação e alterações negativas num só grupo: basta 1
Cognição e humor negativos	≥ 2 (culpa, vergonha, desinteresse)	Incluídos acima (brincar restrito, retraimento, menos alegria)
Excitação e reatividade	≥ 2 (irritabilidade, hipervigilância, sono, imprudência)	≥ 2 (birras extremas , sobressalto, sono)

O **TEPT complexo** (CID-11) soma desregulação emocional, autoimagem negativa e dificuldade de relação (violência crônica intrafamiliar).

Formas de violência: física, psicológica (humilhação, ameaça, *bullying*, exposição à violência doméstica), sexual, institucional e patrimonial (Lei 13.431/2017, art. 4º); a SBP (2018) inclui a **negligência** e formas específicas, como o **traumatismo craniano abusivo** (bebê sacudido) e a **síndrome de Munchausen por procuração**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Reação aguda até 1 mês após evento único; funcionamento preservado; criança protegida	Psicoeducação, rotina, vigilância ativa (NICE); retorno programado
● Moderada	Sintomas > 1 mês ou prejuízo (TEPT provável); estresse agudo; luto traumático; suspeita de violência não sexual recente, sem risco imediato	Encaminhar com prioridade para TF-CBT, psiquiatria da infância e adolescência ou CAPSi; na violência, notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar
● Grave	Violência sexual recente ; lesão grave, fratura, queimadura; lactente com lesão suspeita ou traumatismo craniano abusivo; risco imediato (agressor com acesso, família que não protege); ideação suicida com plano, tentativa , psicose, dissociação grave	Pronto-socorro ou serviço de referência para violência ; internação como proteção (SBP 2018); SAMU 192; Conselho Tutelar; 190

Fatores que elevam a gravidade: lactente que não anda, deficiência ou transtorno do neurodesenvolvimento; violência intrafamiliar repetida, agressor que convive com a criança, família omissa (SBP 2018); trauma múltiplo, perda do cuidador; doença mental ou uso de substâncias nos pais; depressão, autolesão; relato repetido a muitos profissionais (revitimização).

3. Diagnóstico no consultório

Perguntar sobre trauma: perguntas abertas ("aconteceu algo assustador ou difícil com vocês?"); questionário de ACEs só com resposta e seguimento (AAP 2021). O mnemônico **FRAYED** (Forkey, relatório da AAP) lembra medos, desregulação, apego, sono, atraso escolar e tristeza ou dissociação.

Sinais de alerta de violência (SBP 2018; NICE CG89 e NG76):

- **História:** incompatível com a lesão ou o desenvolvimento, que muda entre relatos; demora em procurar atendimento.
- **Física:** equimoses em orelha, pescoço, tronco, nádegas, face e freio labial; **qualquer equimose no lactente que não anda**; marcas de mão, cinto, mordida; queimaduras "em luva" ou "em meia", de cigarro; fraturas de costela, metafisárias ou em quem não anda; lactente com irritabilidade, vômitos, sonolência ou convulsão sem história. Regra **TEN-4-FACESp** em "A pele como sinal de doença sistêmica na criança".
- **Sexual:** lesão ou sangramento anogenital sem explicação, IST, gravidez, comportamento sexualizado repetido, relato da criança.
- **Psicológica e negligência:** baixo ganho de peso sem causa orgânica, vacinas e tratamentos abandonados, cuidador que humilha na consulta.
- **Munchausen por procuração:** sintomas só na presença do cuidador, exames incongruentes.

Escuta protegida (Lei 13.431/2017; SBP 2018): a **escuta especializada** é da rede de proteção (art. 7º) e o **depoimento especial**, da autoridade policial ou judicial, se possível uma única vez (arts. 8º e 11). O pediatra **não investiga**; acolhe a revelação espontânea (SBP 2018; SEUP 2024):

- Ambiente reservado, com outro profissional; ouvir a criança **sem o acompanhante** se o suspeito for da família.
- **Perguntas abertas e mínimas** ("quer me contar mais?"), **nunca sugestivas** ("foi seu padrasto?"); não repetir a entrevista.
- Dizer que ela **não tem culpa**; **não prometer segredo**.
- **Registrar literalmente, entre aspas**, quem disse e quem estava presente; fotografar as lesões com régua milimétrica (SBP 2018).

Exames (SBP 2018): violência física — **radiografia de todo o esqueleto**, mandatória sobretudo **abaixo de 2 anos**, repetida após 10–14 dias; **hemograma e coagulograma** nas equimoses; suspeita de traumatismo craniano abusivo — neuroimagem e fundo de olho no hospital. Violência sexual: testagem para HIV, sífilis, hepatites B e C e IST no serviço de referência (MS 2024).

Diferencial que não pode passar: coagulopatia, PTI, leucemia, osteogênese imperfeita, mancha mongólica, líquen escleroso. No TEPT: ansiedade, depressão, **TDH** (a hipervigilância imita desatenção), transtorno opositor, distúrbios do sono e **violência ainda em curso**.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

1. **Segurança primeiro:** terapia não substitui proteção.
2. **Primeiros cuidados psicológicos** (OMS/OPAS 2015): **observar**, **escutar** sem pressionar e **aproximar** a família de apoio e serviços.
3. **Psicoeducação:** reações esperadas; rotina, sono e escola; não forçar a falar; limitar notícias e imagens; cuidar dos pais.
4. **Vigilância ativa** no primeiro mês; persistência ou prejuízo → encaminhar.
5. **Notificação obrigatória (compulsória)** e **Conselho Tutelar** na suspeita de violência.
6. **Seguimento compartilhado:** desenvolvimento, sono, escola, comorbidades e risco.

O que é do especialista: TF-CBT — o NICE (NG116) a **oferece** de 7 a 17 anos com sintomas por mais de 3 meses e a **considera** no primeiro mês (estresse agudo), entre 1 e 3 meses e aos 5–6 anos, em 6 a 12 sessões, com os pais; **EMDR** (7–17 anos) só se não houver resposta à TF-CBT. Abaixo de 5 anos expostos a maus-tratos: **psicoterapia pais-criança** e intervenções de apego; após abuso sexual, TF-CBT com sessões para o cuidador não agressor (NICE NG76).

Medicamentos: não oferecer fármaco para prevenir ou tratar o TEPT abaixo de 18 anos (NICE NG116; SBP e MS sem posição — o site segue o NICE); sertralina somada à TF-CBT não superou placebo (Smith e cols., 2019). O medicamento é para **comorbidade**, pelo especialista:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Fluoxetina (depressão comórbida)	Início 10 mg/dia (< 40 kg) ou 20 mg/dia (≥ 40 kg); máx. 60 mg/dia	1x/dia	6–12 meses após remissão	Documento do site "Ansiedade e depressão" (AAP/GLAD-PC; NICE)
Sertralina (ansiedade ou depressão comórbida)	Início 25 mg/dia; máx. 200 mg/dia	1x/dia	6–12 meses após remissão	Documento do site (AACAP 2020; AEP/SEPEAP)
Escitalopram (depressão comórbida)	Início 10 mg/dia	1x/dia	6–12 meses após remissão	Padrão do site (GLAD-PC 2018)
Profilaxias na violência sexual	Conforme o PCDT PEP 2024 (MS)	—	HIV: 28 dias	Serviço de referência; PEP o mais precocemente possível, até 72 h (PCDT PEP 2024; SBP 2018)

Não usar: debriefing psicológico (NICE NG116); benzodiazepínicos (AEPap 2007); anti-histamínicos sedativos (padrão do site); confrontar a família antes de garantir a proteção.

Desastres: primeiros cuidados psicológicos; triagem breve **1 mês depois** nos de alto risco; TF-CBT em grupo no trauma coletivo (NICE NG116).

Luto traumático: morte súbita ou violenta mistura luto e trauma. Linguagem da idade, cerimônias de despedida se a criança quiser (AEPap 2007) e rotina; o **transtorno de luto prolongado** (DSM-5-TR: perda há pelo menos 6 meses na criança e no adolescente, 12 no adulto — APA) é encaminhado.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Violência sexual recente**, com ou sem lesão.
- Lesão grave, fratura, queimadura, trauma abdominal ou craniano; **lactente** com lesão suspeita ou sinais neurológicos sem explicação.
- **Risco imediato** ou criança que não pode voltar para casa (internação como proteção; SBP 2018).
- **Ideação suicida com plano, tentativa**, psicose ou dissociação grave (ver "Risco de suicídio").
- Negligência grave com desnutrição, desidratação ou doença crônica descompensada.

Como encaminhar

1. **Necessidades médicas primeiro:** estabilizar, oxigênio para **SpO2 ≥ 94%** se necessário, acesso venoso, SAMU 192; questões policiais e judiciais depois (SBP 2018).
2. **Violência sexual recente:** contatar o **serviço de referência** para profilaxias (antirretroviral até 72 h, IST, hepatite B, anticoncepção de emergência nas púberes), testagem e coleta de vestígios com cadeia de custódia (PCDT PEP 2024; SBP 2018). O atendimento é obrigatório e não depende da polícia (SBP 2018; Lei 12.845/2013).
3. **Não devolver a criança ao suspeito:** Conselho Tutelar; perigo imediato, **polícia (190)**; denúncia, **Disque 100**.
4. **Notificação obrigatória (compulsória)** na ficha de violência interpessoal/autoprovocada do Sinan, com cópia no prontuário.
5. **Relatório** com o relato literal, lesões, exames e medidas.

Base legal: suspeita ou confirmação de maus-tratos é **obrigatoriamente comunicada ao Conselho Tutelar** (ECA, art. 13); a omissão do médico é infração (ECA, art. 245). A comunicação se faz da forma mais rápida possível — telefone, pessoalmente ou com uma via da ficha (MS 2010; PCDT PEP 2024). **Não é preciso ter certeza**; o sigilo médico não a impede.

Ambulatório: TF-CBT, psiquiatria da infância e adolescência ou **CAPSi/CAPS IJ** pela UBS e RAPS, **com prioridade** no TEPT, na violência ou com comorbidade; na violência sexual, seguimento sorológico e psicológico no serviço de referência (PCDT PEP 2024).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Medo, pesadelos e voltar a fazer xixi na cama são esperados depois de um susto grande. Mantenha rotina e escola, fique por perto, deixe que ele fale quando quiser e evite notícias e vídeos do que aconteceu."
- "Se ele contar que alguém o machucou ou tocou suas partes íntimas: acredite, diga que ele não tem culpa, não pergunte detalhes e procure o pediatra ou o Conselho Tutelar."
- **Voltar antes** se os sintomas não melhorarem em cerca de 1 mês ou atrapalharem escola, sono ou convivência.
- **Pronto-socorro ou SAMU (192)** se houver fala ou tentativa de se machucar, confusão, lesões, sangramento genital ou violência sexual recente. **CVV 188; Disque 100; 190** em perigo imediato.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Intervenção precoce	Acolher; estresse tóxico (2017)	Primeiros cuidados psicológicos (OPAS); linha de cuidado (2010)	Cuidado informado pelo trauma (2021)	Vigilância ativa ou TF-CBT; sem debriefing	Debriefing questionado (AEPap 2007)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento do TEPT	Encaminhar para atendimento psicológico	Seguimento psicológico e social	Terapias baseadas em evidência	TF-CBT 1ª linha; EMDR se falha	TCC; fármaco pelo especialista	Sem posição específica localizada	TF-CBT e <i>Trauma Systems Therapy</i>	Segue o NICE
Medicamento para TEPT	Sem posição específica	Sem posição específica	Sem posição localizada	Não oferecer < 18 anos	Papel escasso; sem benzodiazepínico	Sem posição específica localizada	Em alguns casos, com terapia	Segue o NICE
Suspeita de violência	Notificação e Conselho Tutelar; RX de esqueleto < 2 anos	Sinan + Conselho Tutelar	Comunicação obrigatória	Suspeitar por forma, local e explicação (CG89)	Notificar sempre; perguntas abertas (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Violência sexual aguda	Profilaxias até 72 h; internar se risco	PEP até 72 h, 28 dias; IST, HBV, contracepção	Sem posição localizada	Serviço especializado	Urgente; profilaxias (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem: a reação aguda se acolhe com vigilância ativa e não com *debriefing*, a **TF-CBT** é a primeira linha e a proteção vem antes do tratamento. A divergência principal é sobre **medicamentos**: o NICE não os oferece para o TEPT abaixo de 18 anos; a AACAP (2010, lida pelo resumo) e o Boston Children's admitem medicação associada à psicoterapia em casos selecionados; a AEPap dá papel escasso, pelo especialista. No Brasil, a lei exige **notificação obrigatória (compulsória)** e **comunicação ao Conselho Tutelar já na suspeita** (ECA; Lei 13.431/2017). **O site adota a posição da SBP** (Manual 2018; MO 2017), completada pelo Ministério da Saúde nas profilaxias (PCDT PEP 2024) e, na falta de posição de ambos, pelo **NICE** (TF-CBT como primeira linha; nenhum medicamento para o TEPT na criança).

PONTOS PRÁTICOS

1. Medo, pesadelos e regressão no primeiro mês são esperados: acolha, restabeleça a rotina e faça vigilância ativa; sem *debriefing*.
2. Sintomas por mais de 1 mês com prejuízo sugerem TEPT (até 6 anos, na brincadeira e nas birras): TF-CBT com prioridade; sem remédio para o TEPT na criança.
3. Na revelação, perguntas abertas, sem prometer segredo, com registro literal; escuta especializada e depoimento especial são da rede e da Justiça.
4. Toda suspeita de violência: notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar, sem precisar de certeza.
5. Violência sexual recente, lesão grave, lactente com lesão suspeita, risco imediato ou ideação suicida com plano = 🚫; profilaxias até 72 h (PCDT PEP); nunca devolver ao agressor.
6. O fator de proteção mais forte é um adulto seguro: cuide também dos pais.

Veja também, nesta Biblioteca: **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual e Ansiedade e depressão na infância e adolescência** (Patologias do consultório); **Transtornos de ansiedade na criança e no adolescente, Risco de suicídio na criança e no adolescente — rastreio e manejo pelo pediatra, Transtornos Depressivos na Adolescência e Autolesão e Transtorno de Personalidade Borderline** (Saúde mental).

8. Fontes

- SBP, SPSP, CFM. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2ª ed., 2018. [PDF](#)
- SBP, DC de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância (MO nº 3), 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, IST e hepatites virais, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Linha de cuidado para crianças, adolescentes e famílias em situação de violências, 2010. [PDF](#)
- Brasil. Lei nº 13.431/2017 (escuta especializada e depoimento especial). planalto.gov.br; ECA, Lei nº 8.069/1990. planalto.gov.br
- OMS/OPAS. Primeiros cuidados psicológicos, 2015. [PDF](#)

- AAP. Forkey H et al. Trauma-Informed Care. Pediatrics, 2021 (lido pelo resumo). [DOI](#); FRAYED. contemporarypediatrics.com
- AAP. Shonkoff JP, Garner AS. Early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics, 2012 (lido pelo resumo). [DOI](#)
- NICE. Post-traumatic stress disorder (NG116), 2018. nice.org.uk; Child abuse and neglect (NG76), 2017. nice.org.uk; Child maltreatment (CG89). nice.org.uk
- AEP/SEUP. Agresión sexual en la infancia y adolescencia. Protocolos de Urgencias, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- AEPap. Ortiz Soto P et al. Estrés postraumático en niños y adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria, 2007. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Post-traumatic stress disorder (PTSD). childrenshospital.org
- Smith P et al. Practitioner review — PTSD in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry, 2019. [PMC](#)
- AACAP. Practice parameter — PTSD in children and adolescents. JAACAP, 2010 (lido pelo resumo). [DOI](#)
- APA. Prolonged grief disorder (DSM-5-TR). psychiatry.org; National Center for PTSD. PTSD and DSM-5. ptsd.va.gov

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.