

TEMAS DE PEDIATRIA

Nestlé®

NÚMERO 68 - 1999



*A Violência Doméstica
Contra a Criança*

TEMAS DE PEDIATRIA

número 68

*A violência doméstica
contra a criança*



Nestlé
NUTRIÇÃO
INFANTIL

1 9 9 9

A violência doméstica contra a criança

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
CIPED – Centro de Investigação em Pediatria - UNICAMP,
Campinas 1999

DENISE BARBIERI MARMO - Professora Assistente e Mestre do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Pesquisadora do Centro de Investigação em Pediatria - CIPED - UNICAMP.

ADRIANA DAVOLI - Ex-Assistente Social do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

ROSALINA OGIDO - Ex-Graduanda da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

JOSÉ MARTINS FILHO - Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Coordenador do Centro de Investigação em Pediatria - CIPED - UNICAMP.



Nestlé
NUTRIÇÃO
INFANTIL

Endereço da autora Denise Barbieri Marmo:
Av. Jesuíno Marcondes Machado, 2201 apto 52 Bloco C
Chácara da Barra - CEP 13092-321- Campinas - SP
Tel.: (019) 254 4339
Fax: (019) 788 8260
E-mail: jone@obelix.unicamp.br.

O presente trabalho reflete exclusivamente o ponto-de-vista do autor.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

Introdução

O abuso de crianças é um tema atual e de extrema importância porque é reflexo das condições instáveis de muitos países emergentes que buscam adaptar-se à globalização da economia com grandes dificuldades. No Brasil, país periférico, a fome, a falta de recursos para a educação e as péssimas condições econômicas e sociais da maioria da população refletem-se numa infância subnutrida, doente e triste.

A garantia dos direitos da criança, enunciada pela *Assembléia da ONU em 20 de novembro de 1959*, encontra-se no seu quadragésimo aniversário, já é adulta. Nossa realidade continua engatinhando na satisfação das necessidades básicas de nosso povo-infante.

O quadro social descrito fala-nos de uma violência estrutural que tem suas causas na realidade econômica do país. Somente a revisão do modelo de desenvolvimento nacional, com medidas que tragam melhoria às condições de vida da população, terá reflexos na atenção direta à infância. Mas, uma outra violência permeia nossos lares, vitimando muitas crianças: a *violência doméstica*, também conceituada como o abuso da criança ou os maus-tratos dirigidos contra a criança.

O abuso da criança está presente no mundo todo, tendo seu contorno definido pela cultura de cada país. O conceito de violência doméstica envolve uma relação interpessoal, onde a força, a intimidação ou a ameaça submetem a criança ao autoritarismo do adulto. A violência de que trataremos, pela sua importância estatística, é a doméstica, que ocorre no convívio familiar. Todas as formas de abuso tem nos lares sua manifestação predominante (2).

A premência do tema, embora a violência seja um fenômeno universal, deve-se ao seu acirramento nos países subdesenvolvidos na medida em que o “stress” decorrente das dificuldades econômicas das famílias contribui sobremaneira para a violência contra as crianças.

Quanto à sua importância, dois aspectos devem ser considerados

e que justificam este trabalho: a criança é considerada um ser inferior em nossa sociedade visto que não produz e que deve tudo aprender. A preocupação com a infância está relacionada com o sentido de "vir a ser" que esta representa: a criança é o futuro adulto.

O padrão cultural de nossa sociedade tem o adulto como centro: a referência é o adulto e tudo gira em torno deste período da existência humana. A criança deve aprender a obedecer. A autoridade do adulto sobre a criança muitas vezes assume uma configuração autoritária, possibilitando situações de exercício de poder quando a criança em nome da disciplina e da obediência, é maltratada ou "coisificada", como no caso do abuso sexual. Do ponto de vista legal a criança é um bem do Estado na condição de futuro cidadão. Neste sentido a legislação prescreve que maltratar crianças é crime de ação pública que tramita sob a tutela do Estado independentemente da vontade do ofendido. A família é, por definição, a protetora de seus membros. Mas, muitas vezes isto não ocorre. A violência doméstica é a agressão contra a criança por aqueles que supostamente seriam seus protetores. Muitas crianças são vitimadas no silêncio de seus lares, onde o agressor geralmente conta com a cumplicidade de outro(s) membro(s) da família por medo, insegurança ou indecisão, numa postura de não comprometimento com o agredido. A violência doméstica é de extrema importância, pois, quando não

há intervenção externa seu ciclo pode reproduzir-se infindavelmente.

Assim, admitir a existência da problemática em lares socialmente insuspeitos é o único caminho para o rompimento do ciclo de violência e para o restabelecimento de condições dignas para o desenvolvimento e crescimento infantis.

Os casos de violência mais evidentes são os que envolvem lesões corporais ou outros sintomas relacionados. Estes casos geralmente são atendidos nos serviços de saúde, a partir de queixas vagas ou incoerentes. Quando não são cogitados os maus tratos o diagnóstico pode estar equivocado e conseqüentemente, toda a conduta. Ainda que o aspecto terapêutico possa ser garantido no atendimento médico, quando não se detecta o episódio, este poderá se repetir e a criança continuar exposta a situações de agressão.

O tema da violência integra o desafio da preocupação integral com a criança, envolvendo vários aspectos que podem garantir seu bem-estar. Portanto, a abordagem, pelo médico, faz-se extremamente importante. A atitude de suspeita é o primeiro passo para que se faça o diagnóstico diferencial. Caso não seja possível um diagnóstico imediato, o comportamento da criança, nitidamente importante, poderá garantir posteriormente atitudes éticas relativas à situação. Submeter a criança a maus-tratos é crime de ação penal pública e cabe ao médico apresentar a denúncia

às autoridades competentes. A justificativa para a denúncia está pautada em questões ético-legais. O médico, ao denunciar casos de abuso contra a criança, cumpre o que está pautado em seu Código de Ética Profissional em relação ao assunto, além de cumprir seu dever legal.

A violência contra a criança merece considerações sobre as teorias relativas às causas, às conseqüências e à abordagem pelos diversos profissionais.

A bibliografia existente é vasta e de âmbito internacional. Neste trabalho enfatizaremos a abordagem pelo profissional médico, tendo em vista sua importância no desencadeamento da avaliação adequada.

As conseqüências da violência contra a criança são muitas vezes nefastas, causando erosão e desagregação da infância. As pesquisas existentes a respeito tratam esse tormento de maneira setorizada, caracterizando-o por tipos. Ainda que saibamos que uma mesma criança possa ter sido vítima de mais de uma forma de violência, não há investigações sistemáticas a respeito ⁽³⁾.

Abordaremos em linhas gerais, as principais conseqüências psicológicas do abuso físico e sexual, por terem sido objeto de pesquisa de muitos autores. Neste material, ainda que elaborado com vasta bibliografia, procurou-se evitar as citações e referências para garantir uma leitura fácil e que atenda às necessidades práticas de todos os profissionais interessados no tema.

ABUSO FÍSICO

Definição

O abuso físico é definido como: **“Dano físico não acidental resultante dos atos (ou omissões) de pais ou responsável(is), que violam os padrões da comunidade no tocante aos cuidados com a criança”** (Gabarino, J; Gilliam, G, 1981).

O abuso físico, segundo o conceito acima, ocorre de acordo com as características sociais de determinada sociedade.

Em nossa sociedade (Brasil) o uso da força física é tolerado quando usada como método disciplinar. Neste sentido, a caracterização do abuso muitas vezes é dificultada quando faltam as lesões explícitas que podem comprová-lo. Portanto, é extremamente importante a análise de discrepâncias entre os achados clínicos e a história do acompanhante e do nível educacional dos pais. A não intencionalidade do dano não exime o(s) agressor(es) de punição penal.

As lesões corporais em crianças compreendem contusões, fraturas, queimaduras, rupturas de órgãos e desorganização de funções. O uso de um instrumento provocador de lesão em qualquer parte do corpo é considerado abuso. A lesão pode ser causada por impacto, penetração, calor, um agente cáustico, um composto químico ou uma droga. Os castigos físicos empregados em crianças menores de 12 meses são atos abusivos.

Síndrome da “Criança Espancada”

No abuso físico a “Síndrome da Criança Espancada” é pouco freqüente, sendo caracterizada por traumas severos e repetidos (abuso físico grave) que levam freqüentemente a lesão permanente e até à morte. Como manifestações desta Síndrome poderemos ter situações em que o grau e o tipo de lesão não estão de acordo com a história fornecida: hematoma subdural; fraturas múltiplas (sem explicação e em diferentes estágios de consolidação); retardo grave do crescimento e desenvolvimento por falta de cuidados com a criança, edema dos tecidos moles ou escoriações da pele e a morte súbita da criança.

Considerações gerais

Dentre as categorias de abuso, o *físico* é o mais freqüente. O trauma nestes casos, é conseqüência da interação entre vários fatores que compreendem como variáveis a própria vítima e o perpetrador, assim como os tipos de instrumento utilizados e a força empregada. As conseqüências para a criança podem variar de marcas temporárias a cicatrizes permanentes, das deformidades à morte. Os danos psicológicos são comuns a todos os tipos de abuso e de negligência.

Papel do médico no abuso da criança

Os médicos que acompanham pacientes pediátricos devem estar sempre:

- Familiarizados com as manifestações comuns do abuso de crianças;

- Motivados a relatar seus achados à agência apropriada e;
- Preparados para testemunhar.

O serviço de emergência é o local onde mais comumente se faz a avaliação dos casos de abuso físico. Em seguida vem a clínica pediátrica.

As crianças que sofrem abuso físico também correm o risco de outras formas de abuso e negligência. Como os incidentes abusivos não parecem ser eventos isolados, cabe ao pediatra relatar a ocorrência de algum incidente para evitar outras ocorrências e ataques mais graves com possível risco à vida da criança.

O médico não deve preocupar-se quando decide relatar uma lesão ou abuso; deve saber que o fato de os pais terem procurado auxílio médico para a criança não indica que não tenham cometido agressão, mas que outras variáveis podem estar presentes na procura do atendimento.

O médico deve estar preparado para expressar uma opinião a respeito dos riscos à criança a curto e a longo prazo. Existe a necessidade de uma documentação cuidadosa e completa de todas as lesões. As crianças vítimas de abuso poderão ser atendidas e avaliadas pelas unidades de atendimento intensivo, de moléstias infecciosas, pelas de neurologia, neonatologia, ortopedia, cirurgia do trauma, genética, fisioterapia e várias outras unidades hospitalares e ambulatoriais. Disto se conclui que todos os médicos residentes e o pessoal paramédico de um hospital pediátrico ou geral

devem estar familiarizados com as manifestações de abuso e com os procedimentos adequados para o seu relato aos órgãos competentes.

DIAGNÓSTICO ANAMNESE

ASPECTOS GERAIS

A entrevista inicial com os familiares ou com os tutores da criança é uma oportunidade tanto para coletar dados para o exame físico e possíveis exames laboratoriais subseqüentes, quanto para estabelecer um relacionamento com os pais e a criança. A conversa com os pais não deve ser agressiva ou hostil, ainda que a suspeita recaia sobre um ou ambos os genitores.

Nos casos de maus-tratos envolvendo alegação de que um dos pais (separados ou divorciados) possa ter abusado da criança é importante que o profissional evite a impressão de possível manipulação de uma das partes contra a outra.

Fatores mais relevantes para a suspeita de abuso na entrevista:

- Na investigação de qualquer lesão, deve-se analisar se a lesão está de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Assim, lesões acidentais requerem certas habilidades motoras por parte de uma criança. Uma queda da cama não é possível antes que a criança consiga rolar, enquanto uma queda escada abaixo é

pouco provável até que a criança consiga engatinhar.

- Ao pesquisar a história de uma lesão, é importante avaliar se a lesão está de acordo com a história apresentada.
- Quando um irmão é acusado como causador das lesões na criança, deve-se avaliar se o seu desenvolvimento físico é compatível com a possibilidade de um tal ato.
- A entrevista com os responsáveis com a intenção de conhecer a história de lesões de aparência suspeita pode gerar descrições diferentes. Dados que mudam ou histórias em desacordo com a lesão sugerem lesões não-acidentais, embora, alguns pais, sentindo-se culpados por um acidente que eles acham que poderiam ter evitado, mintam quanto à causa, aumentando assim a suspeita sobre a possibilidade de lesões intencionais. O acompanhante da criança ao serviço de saúde pode ser o próprio agressor. Estatisticamente, o maior índice de violência doméstica é cometido por pais ou responsáveis (3). Estes, ao procurarem assistência médica podem estar fazendo um velado pedido de ajuda, para que sejam evitadas novas ocorrências. A preocupação com o tratamento da criança pode estar presente, em virtude de sentimentos de culpa (principalmente em situações esporádicas de descontrole emocional) ou por receio de punição posterior: social ou legal.

• **Entrevista com a mãe**

- De modo geral, é conveniente evitar perguntas que denotem suspeita ou censura.
- Levantar uma seqüência cronológica dos eventos mais importantes que podem ou não estar relacionados aos maus-tratos à criança.
- Gestação: iniciar com perguntas neutras como a data do nascimento, peso da criança ao nascer etc. Depois pergunta-se: "Como foi a gravidez", o que possibilitará   mulher refletir sobre suas expectativas quanto   criança, a natureza de seu relacionamento com o pai da criança e sobre os episódios de estresse e desconforto nas suas relações pessoais.
- Indagar   mulher sobre o relacionamento com seu parceiro durante a gravidez e inquiri-la sobre a ocorrência de alguma agressão durante este período ou se encontrou dificuldades para procurar cuidados médicos durante a gestao.
- Pesquisar como os pais interpretam o choro da criança e a capacidade que possuem para tolerar suas reações de choro, "manha" e birra. Trata-se de importante fator para prever como a criança será subsequenteiramente tratada.
- É importante avaliar os conflitos entre os adultos sobre a melhor forma de cuidar da criança.
- Deve-se pesquisar se a mãe foi, ela própria, vítima de abuso físico ou se-

xual na infância, adolescência ou fase adulta.

- Investigar o abuso do álcool e de substâncias psicotrópicas pois há uma importante associao destes fatores com o abuso da criança.
- Estar sempre alerta para as respostas emocionais dos próprios pais e demonstrar capacidade de ouvi-los e de apoiar suas expressões evitando, sempre, as questões dirigidas e as que sugerem antecipadamente respostas específicas.
- No fim da entrevista, permitir perguntas. Muitas vezes   na resposta   indagao: "Você tem alguma pergunta a me fazer?" que pode surgir a informao mais importante.

• **Entrevista com o pai**

- Esclarecer, desde o início, o seu papel e sua responsabilidade profissional, que exclui qualquer julgamento.
- Muitos homens que vitimam crianças propendem para o controle das relações familiares (o abuso sexual   crescentemente reconhecido como um problema de distribuio de poder nas famílias e como uma forma de desvio sexual). Por esse motivo, é importante manter-se alerta para a extensão do domínio que o homem pretende exercer na entrevista focalizando constantemente o desapontamento com a mãe ou a criao inadequada do filho.
- Ficar atento às reflexões do pai sobre sua própria infância, principalmente

- se surgirem referências às experiências pessoais sobre abuso físico ou de outra espécie.
- Pesquisar o uso de álcool e/ou de drogas psicoativas.
 - Muitas vezes os pais que vitimam seus filhos afirmam-se totalmente preocupados em atender às necessidades destes e podem tentar transmitir a imagem de homens que têm sido vergonhosamente acusados de coisas que nenhuma pessoa acreditaria que fizessem. É importante manter a cautela e a objetividade nestes casos pois muitos profissionais querem acreditar profundamente nos pais de seus pacientes e sentem-se muito incomodados por suspeitarem dos maus-tratos.
 - Quando um dos pais acusa o outro, o médico deve manter uma atitude tranqüila para o levantamento de todos os dados possíveis, ainda que seja necessário convocar outras pessoas da família. Não se deve tomar partido por um ou outro lado do conflito e deve-se evitar a todo custo, as conclusões precipitadas.
- **Entrevista com a criança**
- Criar um ambiente acolhedor e não intimidante.
 - O exame físico deve ser realizado sempre na presença dos pais ou acompanhantes que deverão assistir e oferecer apoio à criança durante o processo. De maneira geral, é importante não colher a história no decorrer do exame físico e sim posteriormente, preferentemente longe dos pais.
 - Na entrevista, deve-se estabelecer o nível do desenvolvimento cognitivo da criança e perguntar sobre suas experiências de modo direto e franco, evitando a aparência de acusação a um dos responsáveis ou de sugestão no sentido de uma determinada resposta pela criança. As anotações sobre as alegações de maus-tratos devem ser as mais fiéis possíveis à linguagem que a própria criança utilizou.
 - Para as crianças menores, é importante evitar perguntas que especifiquem a hora do dia ou a frequência do evento, embora seja possível indagar à criança se lembra onde e quando podem ter acontecido os atos abusivos.
 - Um auxiliar útil na avaliação do abuso sexual de crianças são os bonecos (ludoterapia). Estes têm originado alguma controvérsia mas revisões recentes sugerem que podem ser um modo de facilitar a comunicação com a criança sem recorrer a uma linguagem abstrata e incômoda.
 - No fim das sessões com crianças maiores, é aconselhável perguntar-lhes se têm alguma dúvida. Como acontece na entrevista com os pais é preciso ficar alerta para novas informações feitas sob a forma de perguntas.

EXAME FÍSICO

Pouco se sabe sobre a força necessária para ocasionar uma lesão. A consequência de uma pancada é a resultante

complexa de variáveis que compreendem a criança, o objeto utilizado e o manipulador do mesmo.

A utilização de fivelas de cinto, cabides etc, na agressão à criança, produz uma contusão na pele, reproduzindo, às vezes, a forma do objeto utilizado.

As estruturas subjacentes podem influir no padrão da marca. Assim, quando são utilizados objetos chatos em regiões como o dorso das mãos, arcos costais ou processos espinhosos, pode haver marcas apenas na pele suprajacente ao osso.

Contusão de cores diferentes indicam lesões em datas diferentes. (Aspecto cronológico das equimoses - "Espectro equimótico").

As contusões podem apresentar sangramento localizado ou difuso sendo que áreas como as periorbitais e genital, com tecido frouxo e vasos sanguíneos mal sustentados, estão sujeitas a infiltração hemorrágica extensa.

Os planos das fascias musculares podem impedir que o sangue chegue à superfície da pele no local exato em que ocorre o trauma. Contusões profundas podem não vir à superfície por horas ou dias e contusões grandes ou profundas podem permanecer vermelhas ou purpúreas por dias ou semanas após o trauma, para depois sofrer modificações de coloração.

Crianças que morrem em conseqüência de abuso físico podem apresentar extensas hemorragias intra e perimusculares sem seu correspondente quadro visual na superfície corporal.

Esmagamentos podem provocar redução da hemoglobina e do hematócrito, liberar creatina fosfoquinase e mioglobina e levar à insuficiência renal.

Lesões simétricas, com formas geométricas têm maior probabilidade de terem sido produzidas por abuso. Raramente os fenômenos naturais levam a lesões geométricas da pele.

Atos como beliscões, pontapés, empurrões ou arremessos e mordidas, além de percussões com a mão espalmada ou punho fechado, também vitimam crianças.

Exame físico geral

Verificar se a higiene da criança é descuidada, se existe desnutrição ou história prévia sugestiva de negligência ou abuso físico.

Os tipos de ferimentos podem ser os mais variados possíveis: escoriações, contusões, lacerações, vergões, equimoses, hematomas, marcas de dedos e queimaduras. Nenhuma destas lesões é patognomônica de agressão. O que poderá sugerir maus-tratos é a sua localização, sua severidade e freqüência. Lesões intratorácicas e intra-abdominais, quando não acompanhadas de marcas na pele são menos evidentes ao exame físico. O espancamento severo pode trazer como conseqüências: pneumotórax; hemotórax; hemoperitônio; obstrução intestinal aguda por hematoma da parede intestinal causado por traumatismo externo; perfuração intestinal, podendo levar à formação de pneumo-

peritônio; abscesso e/ou peritonite; perfuração de estômago, podendo levar à formação dos processos vistos no item anterior; ruptura de fígado, baço ou outro órgão.

Observar a presença de hemorragia na retina na “Síndrome do Bebê Sacudido”.

Exame gastrintestinal

Procurar sinais e sintomas de ruptura hepática, esplênica, pancreática, hematoma retroperitoneal ou intramural.

Exame geniturinário e anal

Buscar sinais e sintomas de abuso sexual como eritema, hematomas, equimoses, lacerações, corrimento vaginal, rupturas himenais, fissuras anais.

Exame do sistema nervoso

Pesquisar por sinais ou sintomas neurológicos que indiquem possível hemorragia subdural ou subaracnóidea, edema cerebral, coma.

Exame psiquiátrico

Buscar sinais de depressão, ansiedade, medo e distúrbios do sono.

Queimaduras

Procurar lesões simétricas e múltiplas que sugerem abuso físico. Nas queimaduras acidentais as lesões geralmente são uniformes, localizadas na parte anterior do corpo ou circunscritas a um segmento corporal. Lesões na região perineal, nádegas e membros inferiores podem ser decorrentes de tentativa frustrada dos pais ou responsáveis de impedir controle esfinteriano à criança.

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografia

O objetivo da imagem radiológica no abuso de crianças é principalmente a documentação das lesões observadas para posterior comprovação de que são conseqüentes a traumatismos não-acidentais.

A especificidade diagnóstica dependerá da capacidade de comprovar que as lesões observadas são decorrentes de abuso o que, por sua vez, depende da determinação de como e quando ocorreram as lesões.

Assim, são importantes os seguintes aspectos:

- conhecimento de biomecânica
- conhecimento das características patológicas e radiológicas de traumas acidentais e não-acidentais
- correlação clínico-radiológica

Segundo Kempe (1), a distribuição característica de fraturas múltiplas e a observação de lesões em diferentes estágios de consolidação é um fator importante na identificação da “Síndrome da Criança Espancada”.

O diagnóstico a partir de sinais radiológicos é resultante de uma combinação de circunstâncias: idade do paciente, natureza da lesão, tempo decorrido até a realização do exame, se o trauma foi repetido ou se ocorreu apenas uma vez.

Idade

Geralmente, em crianças com menos de 3 anos de idade, o perióstio desco-

la-se mais facilmente do osso em consequência de uma hemorragia, podendo gerar grandes hematomas no subperiósteo e levando à neoformação de tecido ósseo.

Natureza da lesão

As forças aplicadas por um adulto geralmente o são sob a forma de tração e/ou torção, causando separações epifisais e descolamento do periósteo.

As fraturas da diáfise resultam de impacto direto, por entortamento ou compressão.

Tempo decorrido entre a ocorrência da lesão e a imagem radiológica

A menos que ocorram grandes fraturas, deslocamentos ou separações epifisárias, nenhum sinal de lesão óssea é encontrado na primeira semana após o trauma.

As primeiras alterações reparativas ocorrem 12 a 14 dias após a lesão, com aumento progressivo. As mudanças reparativas são mais proeminentes na criança do que no adulto e manifestam-se radiologicamente por grande formação óssea (grande calo ósseo) (1,3).

A neoformação óssea isolada no subperiósteo é muitas vezes inaparente ao exame clínico e radiologicamente sutil. Nesses casos, a cintilografia óssea pode ser utilizada como exame complementar. A neoformação óssea no subperiósteo não é específica de traumatismos, podendo ser causada tanto por infecções quanto por distúrbios meta-

bólicos e de diversas naturezas.

Deve-se realizar um levantamento radiográfico completo do esqueleto (axial e apendicular) no caso de suspeita de abuso de crianças. O número de radiografias irá variar com o tamanho da criança mas não se deve realizar uma única radiografia do corpo inteiro.

Um levantamento completo do esqueleto é indicado:

- em lactentes com menos de 2 anos de idade que apresentem evidências clínicas de abuso físico;
- em lactentes com menos de 1 ano que apresentem evidências de negligência e privação significativas;
- em crianças maiores, até os 5 anos, sugere-se uma abordagem seletiva para a realização do exame completo do esqueleto;
- acima de 5 anos, a avaliação completa do esqueleto raramente é indicada.

A fratura diafisária pode ser espiral, oblíqua ou transcurva. As fraturas espirais são consequência da aplicação de forças rotacionais ou de torção do membro, enquanto as fraturas transversas são decorrentes de uma lesão direta. As fraturas espirais são mais comuns do que as fraturas transversas, tanto nas lesões acidentais como nas não-acidentais.

Uma fratura diafisária isolada não é específica de lesão não-acidental, porém, se ocorrer em associação com outras lesões no esqueleto ou em outras partes do corpo (3), assim como nos casos em que não existe uma história

verossímil (especialmente em lactentes em fase anterior à deambulação), deve ser considerada como não-acidental, até prova em contrário.

As fraturas da metáfise e epífise, as lesões da metáfise e da placa de crescimento cartilaginosa, embora mais raras do que as fraturas da diáfise, praticamente fazem o diagnóstico de lesão não-acidental, uma vez que as forças necessárias para produzir essas fraturas não podem ser geradas por simples quedas ou outros acidentes. Essas fraturas geralmente resultam de forças geradas pela rápida aceleração-desaceleração ou torção do membro, associadas a sacudidas violentas.

A neoformação óssea, quando presente, geralmente é mínima. Uma extensa reação periostal reflete um descolamento do fragmento ou um arrancamento concomitante do perióstio.

Ultrassonografia

Trata-se de um exame útil na avaliação de lesões de vísceras abdominais decorrentes de traumatismo (abuso físico). Assim, pode ser utilizada na avaliação da hematuria, na detecção de hematoma duodenal e do jejuno proximal e na avaliação de criança com pancreatite ou pseudocisto decorrentes de traumatismo pancreático.

Tomografia Computadorizada (TC)

Tanto a *tomografia computadorizada* quanto a *ressonância nuclear magnética* são úteis, uma vez que produzem

imagens transversas, o que permite a delimitação de toda a extensão de uma lesão musculoesquelética, bem como permite a avaliação da gravidade das lesões intracranianas associadas ao abuso.

A tomografia computadorizada oferece melhor definição da imagem de fraturas deprimidas e outros tipos de fraturas complexas, especialmente aquelas com lesão intracraniana subjacente.

Na lesão aguda a tomografia computadorizada mostra-se superior para a detecção de hemorragias subaracnóides, edema cerebral, hemorragia cerebral e hematoma subdural, além da facilidade em se realizar este exame em pacientes instáveis.

A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética podem ser utilizadas na avaliação de lesões viscerais.

Ressonância Nuclear Magnética (RNM)

Nas lesões subcrônicas e crônicas, a ressonância nuclear magnética é superior à tomografia computadorizada na detecção de lesões cerebrais como os pequenos hematomas subdurais e lesões intraparenquimatosas, contusões não-hemorrágicas da substância branca e lesões por ruptura. Além disto, a RNM pode determinar a idade de coleções líquidas extracerebrais. Assim, ela permite a diferenciação precisa dos hematomas subdurais de diferentes idades, através da alteração do sinal da RNM do hematoma à transformação dos produtos da degradação da hemoglobina.

A RNM também pode distinguir os hematomas subdurais crônicos da atrofia cerebral.

Cintilografia óssea

Tem um papel controvertido e serve mais como exame complementar nos casos em que são necessárias evidências diagnósticas adicionais das lesões infligidas.

Vantagens:

- Sensibilidade para definir a extensão de uma lesão esquelética, sendo prontamente demonstradas as fraturas agudas não deslocadas e fraturas sutis em fase de cicatrização.

Desvantagens:

- A emissão normal do marcador radio-nuclídeo captada em torno da placa de crescimento torna difícil a identificação de lesões metafiseoepifisais. As fraturas simétricas também podem passar despercebidas.
- Incapacidade de determinação da idade e do tipo de fratura;
- Relativa insensibilidade na detecção de fraturas do crânio e de corpos vertebrais;
- Maior custo em relação à radiografia e maior exposição à radiação por parte da placa de crescimento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Traumas acidentais

- Gerais
- Traumas obstétricos
- Fraturas dos engatinhadores

Doenças ósseas

- Osteogênese imperfeita
- Hiperostose cortical infantil (Doença de Caffey)

Doenças nutricionais - metabólicas

- Escorbuto
- Raquitismo
- Hiperparatireoidismo secundário (Osteodistrofia renal)
- Síndrome de Menkes
- Mucopolidose II (Doença de células I)
- Deficiência de vitamina K por doenças hepáticas

Doenças hematológicas

- Distúrbios da agregação plaquetária
- Coagulação intravascular disseminada (C.I.V.D.)

Infecções

- Sífilis congênita
- Osteomielite
- Síndrome da pele escaldada estafilocócica
- Impetigo
- Púrpura fulminante da meningococemia

As queimaduras de cigarro podem infectar-se, sendo difícil diferenciá-las das lesões circulares do impetigo.

Outras doenças dermatológicas

- Síndrome de Ehlers-Danlos tipo I (dermatorrexe)
- Púrpura de Schoenlein - Henoch
- Lesões equimóticas da vasculite por hipersensibilidade
- Eritema multiforme
- Fitofotodermatite
- Epidermólise bolhosa

Doenças neuromusculares

- Insensibilidade congênita à dor
- Paralisia cerebral - mielodisplasia

Toxicidade

- Osteodistrofia do metotrexate
- Terapia com prostaglandinas
- Hipervitaminose A
- Toxicidade dos salicilatos

Neoplasias e doenças associadas

- Leucemia
- Neuroblastoma metastático
- Histiocitose X

Variantes da normalidade

- Neoformação óssea fisiológica, a partir do periósteo
- Manchas mongólicas

Psiquiatria

- Lesões auto-infligidas associadas à depressão infantil

Outros

- Distúrbios cromossômicos com anormalidades cutâneas ou esqueléticas associadas
- Síndrome de Cornélia de Lange
- Síndrome de Lesch - Nyhan
- Disautonomia familiar
- Doença fictícia
- Comportamento de auto-exploração
- Comportamentos rítmicos

ABUSO RITUALÍSTICO DE CRIANÇAS

Cultos Satânicos

Embora o uso de drogas, o abuso sexual e a exploração sexual façam parte

das práticas dos cultos, as crianças também podem ser relacionadas e marcadas para sacrifício.

Manifestações Incomuns do Abuso de Crianças

Síndrome de "Münchausen por Procuração"

Tipo de abuso da criança em que o responsável, geralmente a mãe, simula a doença através de falsas histórias, manipulação de resultados de exames ou achados físicos provocados a fim de simular a doença da criança.

Sinais de alarme para a síndrome:

- Doença persistente ou recidivante, sem explicação plausível
- Discrepância entre a história e os achados clínicos
- Médicos experientes notam que "nunca viram um caso semelhante antes"
- Os sinais e sintomas não ocorrem na ausência da mãe
- Mãe muito atenciosa que se recusa a deixar o filho sozinho
- Tratamento não tolerado. Por exemplo, vômitos não esperados após a administração das drogas. Ocorrência muito rara num diagnóstico primário.
- Os sintomas e sinais são pouco usuais ou a evolução não tem lógica clínica
- A atitude da mãe em relação à doença da criança não condiz com sua gravidade ou queixa-se que muito pouco está sendo feito para diagnosticar a doença do filho.

- “Convulsões” que não respondem aos anticonvulsivantes usuais.
- Mães com história própria da “Síndrome de Münchausen”
- Mãe com conhecimentos paramédicos
- Ausência do pai

(Adaptado de Medom R: “Münchausen Syndrome” by proxy. Arch Dis Child 57:92, 1982.)

Síndrome do “Bebê Sacudido”

Síndrome caracterizada por hematoma subdural ou hemorragia subaracnóidea que pode ser o resultado de sacudidas violentas das extremidades ou dos ombros da criança, com indução de hemorragia intracraniana e intraocular, sem sinais externos de trauma da cabeça ou pescoço.

Síndrome da “Orelha de Lata”

Apesar da raridade desta e da síndrome descrita acima, devemos sempre considerá-las ao examinar uma criança com suspeita de abuso físico.

A “Síndrome da Orelha de Lata” descreve uma tríade clínica constituída por:

- equimose unilateral da orelha;
- evidência de edema cerebral ipsolateral, com obliteração das cisternas basais ;
- retinopatia hemorrágica.

CONSEQÜÊNCIAS DO ABUSO FÍSICO

Autoconceito negativo e baixa autoestima, comportamento agressivo, dificuldades de relacionamento com crian-

ças e adultos, capacidade prejudicada de acreditar nos outros e infelicidade generalizada. Evidências cumulativas da pesquisa coincidem com dados clínicos, no sentido de reconhecer que a criança vítima de abuso físico tem sérios problemas emocionais (3).

RELATO DE CASO

Caso 1

A.A.R., 3 anos de idade, sexo feminino, parda, procedente de Campinas, atendida em 08.05.90. Acompanhante: vizinha da menor.

Q.P.D.: Queimaduras por todo o corpo devido aos maus tratos sofridos nos últimos 2 dias.

H.P.M.A: Segundo relato da acompanhante a criança é constantemente maltratada pela mãe, o mesmo ocorrendo com seus irmãos. A genitora teria espancado a menina com “gravetos em brasa” e a teria agredido com as mãos na região da cabeça.

Ao exame físico: Regular estado geral, desnutrida, com áreas de queimadura de 2º grau nos membros superiores (principalmente à esquerda), face e tórax, hematoma na região frontal e nasal, com pequena epistaxe anterior e leucocoria à esquerda, com estrabismo convergente.

Diagnóstico: Politraumatismo secundário a abuso físico.

Conduta: Os resultados dos exames com raios-x foram os seguintes: crânio e ossos nasais - normais; membros - calo ósseo no rádio direito.

A criança permaneceu no Pronto Socorro por 24 horas, sendo o caso encaminhado ao Juizado da Infância e da Juventude. A criança ficou sob a guarda judicial para sua proteção durante o processo de apuração de responsabilidades.

O atendimento médico diário prosseguiu por 10 dias para a realização de curativos nas lesões. Estas apresentaram infecção secundária, tendo sido realizado o controle com antibióticoterapia oral. Por ocasião da alta as lesões estavam em fase avançada de cicatrização.

A leucocoria foi avaliada pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas - UNICAMP.

Caso 2

A.J.S.B., 2 anos de idade, sexo masculino, branco, natural de Frutal (M.G.) e procedente de Campinas (SP), atendido em 09.09.90. Acompanhante: a tia.

Q.P.D.: Ferimentos disseminados por todo o corpo.

H.P.M.A.: A criança está aos cuidados da tia há 20 dias. É filha de pais amasiados, sendo que o pai faleceu em acidente automobilístico há 8 meses. A mãe, que constantemente deixava os 4 filhos sob os cuidados de uma vizinha de 12 anos após a morte do companheiro, abandonou esta criança com a tia.

Segundo a acompanhante, ao recebê-la, a criança apresentava múltiplas lesões na face, nos membros e tronco, edema nos tornozelos e um grande

“galo” na parte posterior da cabeça. Devido ao não desaparecimento do “galo” e piora do edema dos membros, a tia trouxe a criança para a UNICAMP, sendo esta internada para investigação.

Ao exame físico: Regular estado geral, apática, irritadiça, desnutrida, micropoliadenopatia, leve edema generalizado, inclusive pré-pubiano.

Cabeça: Lesão na região occipital com sinais flogísticos à palpação, com flutuação central.

Face: Várias lesões eritemato-crostosas.

Tórax: Palpação de costelas inferiores com sinais de fratura já recalcificada.

Abdome: Distendido, submaciez móvel positiva.

Membros: Edema perimaleolar bilateral com sinais inflamatórios.

Região anal: Apresentando fissura de aproximadamente 1,5 cm.

Pele: Várias lesões eritemato-papulares crostosas no tronco e membros.

Diagnóstico: Politraumatismo secundário a abuso físico.

Conduta: Realizado encaminhamento do caso ao Juiz da Infância e da Juventude através de Relatório Médico visando garantir a proteção da criança. Tia orientada a discutir a guarda legal da criança com referido Juiz.

BIBLIOGRAFIA

01. Caffey, J. - Pediatric X-Ray Diagnosis, Year Book Medical Publishers, Inc, Chicago, 895-903, 1967.
02. Eby, J. - Investigation presumed child abuse, Can. Med. Assoc. J., 139(1): 8, 1988.
03. Guerra, V. N. dE A. - Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas, São Paulo, Iglu, 1985.
04. Herbert, S. K. - O Traumatologista e a Criança

- Maltratada, Porto Alegre, AMIRGS, 30(1): 26-32, 1986.
05. Holter, J. C.; Stanford, B. F. - Child Abuse: early case finding in the Emergency Department, *Pediatrics*, 42(1): 128-138, 1990.
 06. Johnson, C. F.; - Lesões infligidas versus lesões acidentais, *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 4: 861-886, 1990.
 07. Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B. F.; - Droigemueller, W. & Silver, H. K. - The Battered Child Syndrome, *Journal of the American Medical Association*, 181: 17-24, 1962.
 08. King, J.; Diefendorf, J. A.; Negrete, V. F.; Carlson, M. - Analysis of 429 fractures in 189 battered Children, *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 8: 585-589, 1988.
 09. Merten, D. F.; Carpenter; L. M. - Imagens Radiológicas de lesões infligidas na Síndrome de Abuso de Crianças, *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 4: 887-910, 1990.
 10. Palhares, F. A. B.; Santos, H.; OLIVO, L. - Maus tratos na infância: uma proposta de atuação multidisciplinar a nível regional, *Jornal de Pediatria*, 64(9): 384-385, 1988.
 11. Reece, -Robert - Manifestações Incomuns do Abuso da Criança, *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, 4: 981-998, 1990.
 12. Santos, H. O. - Crianças Espancadas, Campinas, Papyrus, 1987.

NEGLIGÊNCIA

Definição

A negligência caracteriza-se pela omissão dos pais ou dos responsáveis por uma criança em atender suas necessidades básicas, podendo resultar em danos físicos, emocionais, psicológicos ou até mesmo na morte da criança.

A negligência física ocorre quando a criança não é adequadamente vestida, alimentada ou não se providenciam os cuidados higiênicos mínimos, enquanto na negligência emocional a criança não recebe atenção, carinho, proteção ou outros estímulos necessários ao desenvolvimento pleno de um indivíduo.

Diagnóstico

Nos países subdesenvolvidos o diagnóstico de negligência é de difícil caracterização. A falta de recursos para moradia e alimentação adequados, aliados à baixa escolaridade da grande maioria da população e ao saneamento básico precário, formam um quadro em que a atenção digna à infância é muito dificultada. Mas, a negligência pode estar presente em algumas famílias a despeito de condições sociais satisfatórias, pois manifesta-se em virtude de componentes psicodinâmicos.

NEGLIGÊNCIA SEVERA

Nestas famílias, existe o caos em todos os setores: econômico, social, familiar, emocional. Não há a preparação de refeições, as crianças ficam abandonadas à própria sorte; vive-se apenas o presente, sem planejamento para o futuro. Estas crianças podem chegar ao serviço médico apresentando desnutrição grave ou vítimas de acidentes como queimaduras, fraturas etc., fruto da indiferença e omissão de seus pais.

As famílias negligentes são geralmente numerosas, pois não existe planejamento familiar. As conseqüências deste abuso são os danos psicológicos e emocionais (permanentes em alguns casos) e também os danos físicos.

NEGLIGÊNCIA MODERADA

Estas famílias partilham de muitas das características e normas de comportamento das famílias severamente negli-

gentes, mas num grau menor. Em alguns aspectos, estas famílias podem apresentar maior organização. Por exemplo, as crianças talvez freqüentem a escola regularmente e as refeições talvez sejam preparadas.

Outros aspectos encontrados na negligência

Nas famílias negligentes a interação dos pais com seus filhos é muito precária e quando ocorre se faz através de voz em alto tom (gritos), nas situações em que o comportamento das crianças é irritante. O contato através da atenção, de conversas e brincadeiras é inexistente. Estas famílias esquivam-se de problemas e transmitem um modelo de fracasso aos filhos, gerando comportamentos de dependência. As crianças mais velhas freqüentemente assumem os cuidados dos filhos menores. As crianças destas famílias buscam a atenção e a afeição de pessoas estranhas, sem a reserva normal de uma criança mais segura. Freqüentemente, também são hiperativas, mas suas ações mostram-se bem objetivas.

Caso

R.P.A., 11 meses, sexo feminino, branca, natural e procedente de Campinas-SP, atendida em setembro de 1991. Acompanhante: o pai.

Q.P.D.: Criança “roxa” e com “tremores” há 1 dia.

H.P.M.A.: Pai refere que a criança passava bem e que notou “galo” na região posterior da cabeça à direita há 1 dia.

No mesmo dia ela começou a ficar “roxa”, “mole” e a apresentar tremores. Foi trazida logo em seguida ao Pronto Socorro. Foi realizada radiografia onde constatou-se fratura craniana nas regiões parietal e occipital.

Antecedentes Pessoais: Há 2 meses a criança foi internada com fratura na perna direita.

Exame Físico: Deu entrada apática, pálida, com pequena resposta aos estímulos e boa perfusão, apresentando quadro de subnutrição crônica, queimadura na região palmar esquerda, equimose esternal. Foi realizada radiografia onde constatarem-se fraturas cranianas nas regiões parietal e occipital. Descartadas hipoglicemia e alterações do líquido.

A entrevista com os pais foi realizada separadamente, revelando que a criança de 7 anos era a responsável pelos cuidados da de 11 meses, já que ambos trabalhavam fora do domicílio.

Além disso o pai relata ter sofrido abuso físico durante a infância e a mãe relata agressões verbais por parte de seu pai. A paciente não foi um filho desejado e os relatos sobre como ocorreram as lesões em R.P.A. mostraram-se conflitantes. Assim, apesar de os pais mostrarem-se preocupados com a criança, a repetição dos acidentes e o seu estado nutricional demonstram tratar-se de um caso de negligência em que, apesar de os danos não terem sido intencionais, existiu risco à integridade física da criança.

BIBLIOGRAFIA

01. Davoli, A.; Ogido, R. - A Negligência como forma de violência contra a criança e a atuação médica, *Jornal Brasileiro de Pediatria*, 68 (11,12): 363-342, 1992.
02. Young, Leontine - Physical Child Neglect, National Committee for Prevention of Child Abuse, USA, 1981.

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

INTRODUÇÃO

Com o grande aumento do consumo de drogas na última década, tornou-se maior o número de crianças afetadas por estas substâncias, seja de maneira acidental ou intencional. A anamnese constitui um fator importante para a determinação das circunstâncias em que ocorreu a intoxicação.

A ingestão acidental de substâncias geralmente demonstra cuidados inadequados com a criança.

Nem todos os pais dependentes de drogas abusam de seus filhos, mas um certo grau de negligência é praticamente inevitável.

EFEITOS PRÉ-NATAIS DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

O álcool, assim como outras drogas, atravessa a barreira placentária.

Álcool

O álcool é o principal agente teratogênico para fetos em desenvolvimento. O efeito mais grave é a "Síndrome Alcoólica Fetal", que pode levar a retardo mental (Q.I. médio de 63), insuficiência do crescimento, anomalias faciais e cardíacas,

renais, auditivas e do sistema esquelético. Podem ocorrer sintomas de abstinência em bebês cujas mães beberam durante toda a gestação. Além disso, a longo prazo, podem ser observados distúrbios do aprendizado, hiperatividade, impulsividade e comportamento anti-social.

Em nosso país, esta síndrome dificilmente é caracterizada como abuso.

Cocaína

A cocaína causa um aumento na frequência de hemorragia ou descolamento da placenta, maior frequência de aborto espontâneo e de partos prematuros, de trabalho de parto induzido, sofrimento fetal e coloração meconial. Os bebês expostos à cocaína freqüentemente apresentam retardo no crescimento intra-uterino, com perímetro cefálico pequeno e desproporcional às outras medidas corporais.

O vasoespasmio induzido pela cocaína pode ser responsável pela maior frequência de anormalidades genitúricas, cardíacas e do sistema nervoso central relatadas nestas crianças. O mesmo mecanismo é postulado para os infartos cerebrais perinatais, atresia intestinal e enterocolite necrotizante relatadas em bebês expostos à cocaína e nascidos a termo.

Recém-nascidos expostos intra-uterinamente à cocaína podem parecer normais ou apresentar diversas anormalidade neurocomportamentais como aumento do tônus muscular; tremores; persistência de reflexos primitivos, so-

bressaltos freqüentes; padrões deficientes de movimentos; controle deficiente da postura; padrões irregulares de sono; alimentação deficiente e distúrbios do processamento visual. Alguns apresentam interação social deficiente com aversão do olhar e dificuldade em serem consolados. Lactentes expostos à cocaína podem passar pelo que parece ser uma abstinência de início tardio, com duas a oito semanas de idade. Tornam-se irritadiços, hipertônicos, ligeiramente febris, dormem mal e não toleram mudanças.

Anfetaminas

Apresentam efeitos farmacológicos semelhantes aos da cocaína.

Maconha

Muitos estudos indicam que mães que fumaram maconha mais de uma vez por mês, durante a gravidez, têm um risco significativamente maior de terem um bebê pré-termo, de baixo peso ou pequeno para a idade gestacional. A maconha parece potencializar os efeitos adversos do cigarro comum.

Nas mulheres que fumam maconha (mas negando a ingestão de álcool) durante a gravidez, existe uma probabilidade cinco vezes maior de terem crianças com anomalias típicas da Síndrome Alcoólica Fetal. Os efeitos adversos da maconha parecem ser transitórios ou então são sutis e mais difíceis de serem detectados em crianças maiores.

Opiáceos

Os lactentes expostos a opiáceos têm

maior incidência de sofrimento fetal, retardo do crescimento intra-uterino e perímetro cefálico pequeno. Durante dias a meses após o nascimento, as crianças podem apresentar sinais de abstinência como tremores, hipertonia, padrão deficiente de sono e alimentação, distúrbios da capacidade interativa, diarreia, febre, taquipnéia, taquicardia, choro alto, sudorese e convulsão.

Mais tardiamente, as crianças podem apresentar deficits como distúrbios da performance motora e da cognição, deficiente organização e percepção, falta de concentração, hiperatividade, impulsividade, agressividade, ausência de inibição.

EFEITOS PÓS-NATAIS DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Intoxicação Através do Leite Materno

Algumas drogas podem passar através do leite materno causando efeitos adversos ao lactente. Episódios de convulsões ocorreram em lactentes expostos à cocaína presente no leite materno. Verificou-se que lactentes cujas mães haviam tomado pelo menos uma dose de bebida alcoólica diariamente, enquanto amamentavam as crianças, apresentavam uma leve, porém significativa deficiência em seu desenvolvimento motor, mas não em seu desenvolvimento mental.

Inalação Passiva

Crianças já foram intoxicadas pela inalação passiva de drogas ao se encontra-

rem em recintos fechados, cheios de fumaça. Alguns sinais de intoxicações compreendem: sonolência, ataxia, náusea, nistagmo, alucinações, crises convulsivas e coma.

Intoxicação Deliberada

Os pais dependentes podem fornecer drogas ou álcool à criança como forma de acalmá-la, quando esta apresenta-se chorosa ou irritada.

MAIOR RISCO DE MORTE NEONATAL SÚBITA

O risco de morte neonatal súbita em lactentes expostos a opiáceos e cocaína intra-uterinamente parece estar aumentando. Não se determinou se este fato deve-se apenas aos efeitos da droga ou também a fatores ambientais nos lares de dependentes.

ASSOCIAÇÃO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS, ABUSO DA CRIANÇA E NEGLIGÊNCIA

Desvio de Recursos

O dinheiro que deveria ser utilizado para a compra de alimentos, por exemplo, pode ser desviado para as drogas ou o álcool. A cocaína suprime o apetite e diminui o interesse do usuário em cuidar de suas necessidades corporais ou das de seus filhos.

Atividade Criminal

Por exemplo, roubar, vender drogas e prostituir a si mesmo e aos filhos.

Doença Mental

A maioria dos indivíduos que fazem uso abusivo de drogas têm evidências de outros distúrbios mentais, emocionais ou de personalidade que podem comprometer sua capacidade de cuidar de crianças. Compreendem a doença maníaco-depressiva, o narcisismo, a personalidade anti-social e psicose, bem como doenças orgânicas cerebrais causadas pelo abuso de drogas.

Associação com outras Doenças Orgânicas

Os usuários de drogas endovenosas e seus filhos têm frequência mais alta de infecções comuns, além de maior exposição a hepatite, sífilis, gonorréia e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Ingestão Acidental

Em famílias negligentes o acesso das crianças a determinadas substâncias pode ser pela pouca preocupação dos pais em colocar estes materiais em local adequado, aumentando o risco de ingestão acidental (ex: - veneno guardado em garrafa de refrigerante).

Outros Fatores

Os adultos que tiveram, eles próprios, maus pais, têm maior probabilidade de abusar de seus filhos ou de negligenciá-los e, além disto, sua vida familiar é mais desorganizada e imprevisível. A inversão dos papéis familiares é observada tanto em famílias que abusam

de crianças como naquelas que abusam de drogas e álcool. Além disso, estudos indicam que o uso de álcool e de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, está associado a um risco maior de abuso subsequente por parte dos adolescentes.

INVESTIGAÇÃO DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Uma criança anteriormente sadia que começa a apresentar sintomas neurológicos inexplicados ou crises convulsivas deve ser avaliada quanto a intoxicação por álcool ou drogas e deve-se realizar a notificação da ocorrência caso o exame toxicológico seja positivo.

Devem ser feitos testes para a detecção da presença de álcool ou drogas na autópsia de crianças que foram vítimas de abuso ou cuja morte não tenha outra explicação. É provável que a exposição às drogas ou ao álcool esteja relacionada à morte neonatal súbita.

RELATO DE CASO - ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Caso

E.M., 11 meses de idade, sexo feminino, branca, natural de Corumbá (M.T.) e procedente de Campinas (SP), atendida em 05.02.90. Acompanhante: mãe da menor.

Q.P.D.: Criança “engasgou com leite”.

H.P.M.A.: A mãe refere que a criança apresentava estado gripal há dois dias, com tosse seca e rinorréia clara. Nega febre ou dor. Há cerca de sete horas a criança teria mamado 50ml de leite e

minutos depois, começou a chorar muito. A mãe encontrou-a engasgada, sentada no chão, confusa, não atendendo aos chamados, com o peito “roncando”, tossindo, “espumando” pela boca e pelo nariz. Foi então trazida ao Pronto Socorro da Pediatria da UNICAMP.

A mãe não soube informar se a criança havia sofrido queda ou se havia ingerido algum produto químico ou medicamento. Negava uso crônico de medicamentos (anticonvulsivantes, analgésicos, antibióticos, outros).

Hipóteses diagnósticas: *Encefalopatia aguda por distúrbio metabólico, por quadro infeccioso ou por intoxicação exógena.*

Encaminhada para internação na enfermaria, sendo imediatamente transferida para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em mau estado geral, taquipnéica, com retração intercostal bilateral, boa perfusão periférica, acianótica, hidratada e corada. À ausculta pulmonar: roncospasmos disseminados em ambos os hemitórax. Exame neurológico: Glasgow 5. A criança foi entubada e colocada em respiração assistida. A punção líquórica demonstrou resultado normal e a hipótese de processo infeccioso foi afastada após triagem laboratorial. A análise toxicológica foi positiva para Fenobarbital (resultado não quantitativo). Paciente apresentou boa evolução clínica, sendo encaminhada para a enfermaria e obtendo alta após quatro dias de internação.

Diagnóstico definitivo: Encefalopatia aguda secundária a intoxicação exógena por fenobarbital.

Comentário: A mãe desta criança, 19 anos, solteira, morava em Corumbá (MT). Mudou-se para Campinas há 10 meses para trabalhar como empregada doméstica. Seus pais não aceitaram sua gravidez e achou conveniente vir morar próxima à irmã, residente em Sumaré.

Demonstrou-se surpresa ao saber o resultado dos exames toxicológicos. Alega que a criança nunca usou tais medicamentos e suspeita que a sua patroa pudesse tê-los administrado à criança. Seu relacionamento com ela não é bom e no dia anterior houvera um desentendimento entre elas. Diante das suspeitas a mãe da criança pediu demissão do emprego tendo sido feito um boletim de ocorrência policial para apuração correta dos fatos. A mãe da criança dispôs-se inclusive a retomar à cidade de origem.

BIBLIOGRAFIA

01. Bays, J. - Abuso de Substâncias e Abuso de crianças - Impacto da dependência sobre a criança, Clínicas Pediátricas da América do Norte, 4: 955-980, 1990.

ABUSO SEXUAL

INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde, a identificação do abuso sexual em crianças ocorre, geralmente, através de evidências físicas como lesões físicas gerais, lesões genitais e gravidez. O abuso sexual, mesmo quando não traz danos visíveis à integridade física da criança, é um

fenômeno danoso, na medida em que causa a erosão da infância. A criança abusada é sempre vítima e sua vulnerabilidade a atos abusivos decorre das próprias características da infância: inocência, confiança nos adultos, porte físico que facilita coação ou uso de força física e impossibilidade de consentir porque, ainda que o faça, seu ato não decorre de um exercício de liberdade, pois este envolve deliberação decorrente de juízo.

Apesar de também vitimar os meninos, as meninas são as vítimas mais frequentes, sendo mais comum o incesto pai/filha que tem analogia com o próprio padrão cultural da sociedade patriarcal, na qual a mulher, a despeito das conquistas femininas ainda é vista como um objeto sexual. O abuso sexual está presente em todos os níveis sócio-econômicos (10) pode ser classificado em intra e extrafamiliar, conforme seja perpetrado por familiares ou não da vítima. Em 80% dos casos o abuso é praticado por membros da família ou por pessoa conhecida da criança. Os agressores dificilmente procuram tratamento voluntariamente e sem o tratamento especializado a agressão tende a continuar.

DEFINIÇÃO

O abuso sexual, segundo o "National Center for Child Abuse and Neglect" (E.U.A), consiste em contatos e interações entre criança e um adulto, sendo a criança usada para a estimulação sexual do executor ou de uma outra pessoa.

Esta forma de abuso inclui atos onde não há contato físico, como exibi-

cionismo e “voyeurismo”; atos onde há contato físico, como os físico-genitais, contato oral-genital e uso sexual do ânus. A presença de violência ocorre através do estupro, brutalização ou mesmo assassinato de crianças. O estupro é a violência sexual caracterizada pelo contato íntimo entre uma criança do sexo feminino, menor de 14 anos e um adulto, passível de punição legal. Toda prática diversa de conjunção carnal é considerada ato libidinoso. O abuso sexual, excetuando o estupro, enquadra-se no crime de maus-tratos à infância, previsto no Código Penal.

A exploração sexual de crianças para fins econômicos, como a pornografia e a prostituição infantis são também formas de abuso.

A legislação define a criança em termos de idade cronológica mas a idade define apenas um dos aspectos do abuso sexual. Os costumes culturais, o ato praticado, o grau de violência ou intimidação envolvida e o sexo da vítima são alguns dos outros fatores a serem considerados quando nos deparamos com a necessidade de proteger a criança.

DIAGNÓSTICO

Anamnese

Com relação à entrevista no caso de abuso sexual deve-se salientar que a ocultação do abuso pelas crianças ocorre, não apenas pelo fato de estarem sob ameaça, mas também por medo de que algo de mau ocorra a alguém que amam ou que a revelação possa gerar censura ou a ruptura na família.

As crianças raramente inventam histó-

rias. Elas fantasiam somente com os dados que possuem e não discorrerem sobre situações às quais não tenham sido expostas.

A entrevista não deve ser realizada caso a criança seja nova demais ou não se mostre disposta a falar ou, caso já tenha sido entrevistada várias vezes. Nestes casos, o médico deve buscar informações com o(s) adulto(s) que a esteja acompanhando (06).

Caso o acompanhante seja o suposto agressor, deve-se contatar outras pessoas da família diretamente ligadas à criança. Cumpre salientar que o agressor muitas vezes mantém contato muito estreito com a criança, dela abusando freqüentemente sem lhe causar lesões, não se intimidando em acompanhá-la aos serviços de saúde.

Nas entrevistas, pode-se utilizar desenhos ou, caso seja possível, bonecos anatomicamente corretos. Nestes últimos, a indicação da genitália pode sugerir a hipótese de a criança ter sido vítima de abuso porém não pode ser interpretada como prova.

QUEIXAS COMPORTAMENTAIS E SOMÁTICAS

Estas queixas podem indicar o seguinte:

- a criança tem brincadeiras ou demonstra desejos que sugerem conteúdo sexual não condizente com a idade
- preocupação com o sexo
- demonstra-se sexualmente provocante com os adultos
- isolamento
- distúrbios do sono

- dor abdominal
- enurese
- fraco desempenho escolar
- comportamento suicida
- comportamento regressivo
- mudança súbita de humor
- mudança do comportamento alimentar (obesidade ou perda do apetite)
- desobediência, agitação

Durante a anamnese deve-se pesquisar os seguintes dados (10):

- Com quem a criança passa o dia e com quem dorme;
- Hábitos da vida diária (banho, privacidade na troca de roupa e se há privacidade na vida sexual dos adultos);
- Quem poderia ser o responsável pelo abuso;
- Início e duração do abuso;
- Local;
- Como foi o abuso: se houve carícias, masturbação, felação, ejaculação, penetração anal e/ou vaginal, tentativa de penetração peniana, digital ou de corpo estranho;
- Uso abusivo de álcool e/ou drogas na família;
- Doença mental na família;
- Funcionamento habitual da família e
- Modificação na conduta da criança e da família.

Situações normalmente associadas às falsas alegações (04)

As crianças pequenas nunca iniciam falsas alegações sem a influência de um adulto (que age de forma consciente ou inconsciente). Os fatores mais comuns que levam a uma falsa alegação são quatro. Cumpre notar que a presença de um destes fatores não indica que a

alegação seja falsa mas, nas falsas alegações é comum que se encontre um ou mais destes fatores.

1. A presença de transtorno posterior ao estresse pós-traumático no adulto.
2. Ocorre em mães que sofreram, elas próprias, abuso sexual e identificam-se com o filho, agindo e sentindo como se estivessem sofrendo abusos sexuais, o que pode ser real ou não.
3. A presença de uma desordem psiquiátrica severa num dos pais e a evidência de um relacionamento simbiótico problemático entre mãe e filho.
4. A esquizofrenia e a “Síndrome de Munchausen por procuração” são diagnósticos tipicamente associados a denúncias fictícias.
5. A existência de uma disputa de custódia ou visitação em andamento. Mais de 50% das denúncias de abuso sexual que surgem no contexto de disputa de custódia são falsas.
6. Um profissional (psicólogo, médico ou outro) convencido precocemente da veracidade da acusação.

EXAME FÍSICO

Grande proporção das crianças que sofrem abuso sexual são lesadas fisicamente.

O contato sexual pode ocorrer sem contato anogenital e, por outro lado, anormalidades no exame físico podem ter explicações inocentes por parte do acompanhante (3). A suspeita de abuso deve ser levantada somente após terem sido afastados outros fatores que podem desencadear os mesmos sintomas (10).

Quando há suspeita médica de abuso sexual na família é indicado o afasta-

mento temporário da criança, através de hospitalização. Em seguida à separação da criança e do perpetrador, os sinais regridem em dias, semanas ou meses. A velocidade com que as alterações desaparecem distinguem as variantes anatômicas normais das decorrentes do abuso (10).

O exame físico visa à detecção de anormalidades genitais e não genitais.

Deve-se realizar o menor número possível de exames físicos (03). A criança deve poder participar do exame físico, sendo-lhe explicadas suas etapas. Uma alternativa é a utilização de espelho no exame dos genitais, o que possibilita o controle por parte da criança. Esta conduta tem como objetivo evitar que a criança vivencie o exame como mais uma forma de abuso. Também é preciso atenção às lesões físicas em áreas que não são genitais.

Exame ginecológico

Os sinais nas áreas genitais de meninas devem ser examinados com cuidado e requerem interpretação minuciosa de seu significado. O exame das meninas pré-púberes deve ser realizado na posição de pernas de rã ou na posição joelho-tórax. O exame especular, nestas meninas é contra-indicado, a não ser em casos de sangramento vaginal por fonte aparentemente interna ou no caso de lesão vaginal penetrante. Nestes casos deve-se aplicar anestesia geral (6). Nas áreas genitais e anal pode-se encontrar eritema, edema, escoriações, lacerações, fissuras, hematomas, sangramentos, corrimento, presença de sêmem, edema genital, evidências e sinais de doença sexualmente transmis-

sível, vaginite, uretrite e gravidez (10). Nos casos em que o abuso sexual é freqüente, os achados físicos serão sutis e raras as lacerações e os hematomas. Este diagnóstico torna-se extremamente importante para evitar novas ocorrências, pois esta forma de abuso pode prolongar-se durante anos.

Não é recomendado o uso do diâmetro transversal do orifício himenal como teste diagnóstico ou confirmatório de abuso sexual (6). Deve ser feito exame direto da secreção vaginal, do reto, da uretra e faringe, buscando identificar espermatozoides, tricomonas e/ou gardinerellas (*Gardnerella Vaginalis* ou *Corynebacterium Vaginalis*), dependendo da história do abuso (10) e lembrar que as evidências de líquido seminal raramente são encontradas. O tempo de sobrevivência do espermatozóide é menor em meninas pré-púberes, que carecem de muco cervical. Na penetração anal freqüentemente há hiperpigmentação, espessamento da pele perianal, perda das dobras normais do ânus e diminuição do tonus muscular ao exame digital (6) (toque retal).

Como exames complementares pode-se citar a vulvosopia e a colposcopia.

Avaliação das doenças sexualmente transmissíveis

Com relação às doenças sexualmente transmissíveis, é importante avaliar se o diagnóstico está correto e excluir a transmissão congênita ou durante o parto vaginal, como pode ocorrer, por exemplo, com os seguintes agentes (6):

- Neisseria Gonorrhoea
- Chlamydia Trachomatis
- Trichomonas Vaginalis

- Treponema Pallidum
- Vírus Papiloma Humano
- Vírus Herpes Simples
- HIV

Nada impede, entretanto, que uma criança com uma infecção adquirida congenitamente venha a ser vítima de abuso sexual.

O *Mycoplasma Hominis* e o *Ureaplasma Urealyticum* levantam a suspeita porém não fornecem a confirmação de um abuso sexual, uma vez que são observados mesmo em crianças que não sofreram abuso.

A vaginite por “candida” e por “molusco contagioso” raramente é causada por contato sexual, sendo mais comum o contágio pela pele ou por fomites.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALTERAÇÕES NA REGIÃO GENITAL OU ANAL

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

- Eritema e escoriações podem ser causadas por falta de higiene, candidíase.
- A hiperpigmentação perianal pode estar presente em crianças que não sofreram abuso.

Hematomas podem ser encontrados nas seguintes doenças:

- Síndrome de Ehlers - Danlos
- Doenças hematológicas
- Vasculite devida à hipersensibilidade
- Púrpura fulminans
- Meningite com CIVD
- Manchas mongólicas
- Fitodermatite

Dor, sangramento, fissuras e alterações dermatológicas podem ser causadas por:

- corpo estranho
- vaginites (estreptococo do grupo B)
- Líquen escleroso
- líquen plano
- dermatite seborréica
- dermatite atópica
- dermatite de contato
- líquen crônico simples
- psoríase

ANORMALIDADES CONGÊNITAS

- hemangioma vulvar
- anomalia congênita do esfíncter anal externo
- outras

LESÕES ACIDENTAIS

OUTRAS CAUSAS

DE ALTERAÇÕES ANAIS

- Síndrome de Crohn
- Síndrome hemolítico-urêmica
- líquen escleroso
- dilatação anal post-mortem
- tumor retal
- constipação severa ou crônica
- megacólon

INFEÇÕES

ALTERAÇÕES URETRAIS

- hemangiona uretral
- pólipos
- papiloma
- carúncula uretral
- sarcoma botríóide
- ureterocele prolapsada

CONSEQÜÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL (10)

A curto prazo podem ocorrer distúrbios da alimentação, do sono ou associados

ao esfíncter, problemas escolares, interesse sexual precoce e/ou atitudes provocativas precoces, ansiedades e dores psicossomáticas.

Nos adolescentes pode ocorrer troca freqüente de parceiros, uso de drogas, depressão, fuga de casa, tentativa de suicídio, sintomas concursivos e dissociativos e delinquência juvenil.

A longo prazo, o abuso sexual pode levar à prostituição, tanto de homens quanto de mulheres, a distúrbios psicológicos e psicossomáticos, frigidez, vaginismo, dispareunia, homossexualismo (homens e mulheres), troca freqüente de parceiro, impotência, pedofilia, pederastia, dificuldades sexuais, abuso de drogas, baixa auto-estima, depressão, sintomas concursivos e dissociativos, automutilação e múltiplas tentativas de suicídio.

TRATAMENTO

Consiste na realização do tratamento clínico indicado. Todas as lesões após 6 horas são consideradas potencialmente infectadas. Sua reparação cirúrgica torna-se necessária nos traumas importantes, na dependência da extensão e gravidade do ferimento. A ludoterapia é indicada no tratamento dos aspectos psicológicos.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nos casos de abuso sexual haverá possibilidade de contágio e aparecimento de diferentes infecções, o que dificultaria a utilização de antibioticoterapia profilática. Serão necessárias avaliações sorológicas para a detecção das doenças sexualmente transmissíveis, sendo

que a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS)” e a Hepatite B, por ainda não serem passíveis de cura, requerem atenção especial. Em relação à lues, gonorréia, infecção por clamídia ou por herpes vírus e outras, o diagnóstico e o tratamento deverão ser instituídos o mais precocemente possível.

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ

O uso de anticoncepcional deve ser discutido com toda vítima em idade pós-menarca, até 72 horas após um estupro. Os estrógenos orais presumivelmente atuam impedindo a implantação do blastocisto no endométrico. O regime terapêutico é de 2 comprimidos de uma vez mais 2 comprimidos duas horas depois. A menstruação segue-se ao tratamento dentro de 21 dias em 95% das pacientes.

RELATO DE CASO - ABUSO SEXUAL

Caso

C.F.V., 10 anos de idade, sexo masculino, branco, natural de Itu (SP) e procedente de Campinas (SP), atendido em 04.05.93. Acompanhante: a mãe.

Q.P.D.: Vítima de abuso sexual há 6 meses.

H.P.M.A.: A mãe relata que durante 6 meses a criança foi vítima de abuso sexual por parte do tio paterno de 18 anos. Refere saber que o mesmo abusa de um outro primo de 8 anos de idade. O paciente confirma o relato da mãe, nega agressão física e comenta ter recebido presentes em troca dos atos executados. Os episódios foram interrompidos quando a mãe da criança ficou ciente da situação, há cerca de 2 meses.

Exame físico: Órgãos genitais externos: Testículos na bolsa escrotal, glândula exposta, sem lesões. Ânus: Sem lesões cutâneas, sem deformidades, cicatrizes ou hemorróidas.

Hipótese diagnóstica: Abuso sexual.

Conduta: Realizadas sorologias para Hepatite B e HIV - ambas negativas. Foram realizados dois encaminhamentos: ao Juizado da Infância e da Juventude solicitando providências e ao Serviço de Psicologia da Pediatria. Discutiu-se com os pais a necessária proteção à criança.

BIBLIOGRAFIA

01. Azevedo, M. A.; Guerra, V.N. de A. - Pele de Asno não é só História, São Paulo, Roca, 1988.
02. Bays, J.; Jenny, C. Vaginal and anal conditions confused with Child Abuse Trauma, American Journal of Diseases of Children, 144(12): 1319-1322, 1990.
03. Hobbs, C. J.; Wynne, J. M. - Child Sexual Abuse - an increasing rate of diagnosis, The Lancet, 10: 837-841, 1987.
04. Klajner-Diamond, H.; Wehrspann, W.; Steinhauer, P.; Assessing the credibility of young children's allegations of Sexual Abuse: Clinical Issues, Can. J. Psychiatry, 32(7): 610-623, 1987.
05. Mc Cann, J. - Uso do Colposcópico nos exames de Abusos Sexuais em crianças, Clínicas Pediátricas da América do Norte, 4: 937-954, 1990.
06. Paradise, J. A. - Avaliação Médica de Crianças vítimas de Abuso Sexual, Clínicas Pediátricas da América do Norte, 4: 911-936, 1990.
07. Sherer, E. A.; Gulko, P. S.; Dillenburg, R. F.; Ramos, M. C.; Bakos, L. - Condiloma Acuminado em crianças, Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 7(3): 168-170, 1987.
08. Sigurdson, E.; Malcolm, S.; Terrie, D. - What do children know about preventing sexual assault? How can their awareness be increased? Can J. Psychiatry, 32(7): 551-557, 1987.
09. Zavaschi, M. L.; Quinalha, A. F.; Enk, J.; Teelborn, M.; Defavery, R. - "Abuso Sexual em crianças: Uma revisão", Jornal de Pediatria, 67(3,4): 130-136, 1991.
10. Zeitlin, H. - Investigation of the sexually abused child, The Lancet, 10: 842-845, 1987.

BIBLIOGRAFIA GERAL

01. Ariès, P. - História Social da Criança e da Família, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

02. Azevedo, M. A.; Guerra, V.N.A. (organizadores) - Crianças Vitimadas: A Síndrome do Pequeno Poder, São Paulo, Iglu, 1981.
03. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria - O Pediatra e a Criança Vitimada, nº 10, vol. XXI, outubro 1991.
04. Cadernos do Terceiro Mundo - Infância e futuro comprometido - 1987.
05. Crianças e Adolescentes - Indicadores Sociais, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, IBGE, vol. 1, 1987.
06. Garbarino, J., & Gilliam, G. - Understanding abusive families, Massachusetts, Lexington, Books, 1981.
07. Gelles, R. J. - Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation, Amer. J. Orthopsychiatry, 43: 611-21, 1973.
08. Gelles, R. J.; Cornell, C. P. - Intimate Violence in Families, London, SAGE Publications, 1986.
09. Gil, D. G. - A sociocultural perspective on physical child abuse, Child welfare, 50: 389-95, 1971.
10. Gil, D. G. - Violence against children - physical abuse in United States, 8a. ed., Cambridge, Harvard University Press, 1986.
11. Giovannoni, J. M. - Parental mistreatment: Perpetrators and victims, Journal of Marriage and the Family, 33: 649-57, 1974.
12. Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B.F. - The battered child syndrome. JAMA, 181: 17-24, 1962.
13. Lippi, J. R. S. - Abuso e negligência na Infância: Prevenção e Direitos, Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional, 1990.
14. Lippi, J. R. S. (org.) - Psiquiatria Infantil: Estudo Multidisciplinar, Belo Horizonte, Abenepi, 1987.
15. Lynch, M. A., & Roberts, J. - Consequences of child abuse, London, Academic Press, 1982.
16. Oliver, J. E. - Successive Generations of Child Maltreatment, British Journal of Psychiatry, 153: 543-53, 1988.
17. Pardeck, John - An Overview of Child Abuse and Neglect - Early Child Development and Care, 31: 7-17, 1988.
18. Schimtt, B. D., & Kempe, C. H. - Neglect and abuse of children, Vaughan, V. D. & McKay, R. J.; Nelson W. E. (eds), Textbook of Pediatrics, 10a. ed., Phil, Pennsylvania, Saunders, 1975.
19. Vondra, J. I.; Toth, S. - Ecological perspectives on child maltreatment: Research and intervention, Early Child Development and Care, 42: 11-29, 1989.
20. Wolfe, David; et. al. - Early Intervention for Parents at Risk of Child Abuse and Neglect: A Preliminary Investigation, J. Consult. Clin. Psychol., 5(1): 40-7, 1988.

AGRADECIMENTO: À preciosa colaboração do professor e sempre amigo Prof. Dr. André Moreno Morcillo pela revisão deste texto.



Nestlé
NUTRIÇÃO
INFANTIL

Informação destinada exclusivamente ao profissional de saúde.

Impresso no Brasil.

OU/LU TO
993.64.40.34