

Como reconhecer e atender às crianças vítimas de violência na emergência

How to identify and treat children at emergency that are victims of violence

Sylvia Regina de Souza Moraes¹ e Ana Lúcia Ferreira²

¹ Mestre em Medicina/Pediatria - UFRJ; Doutoranda em Medicina/Saúde da Criança – UFRJ; Professora da disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos

² Doutora em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ; Pediatra do Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência do IPPMG/UFRJ

RESUMO

A Emergência é um setor chave para o atendimento de vítimas de violência e cabe aos profissionais de saúde que ali atuam saber reconhecer e atender de forma adequada os pacientes e suas famílias. As autoras descrevem as formas de apresentação dos diversos tipos de maus-tratos contra crianças e orientam a respeito da atenção que pode ser oferecida às vítimas em um serviço de Emergência, ressaltando a importância da equipe multidisciplinar para o adequado enfrentamento do problema.

Palavras-chave: maus-tratos, violência doméstica, criança, emergência

ABSTRACT

The Emergency is a key sector for the care of victims of violence and it is up to health professionals who know recognize and act adequately meet the patients and their families. The authors describe the forms of presentation of the various types of ill-treatment against children and guide about the attention that can be offered to victims in a service of Emergency, emphasizing the importance of multidisciplinary team for the appropriate coping with the problem.

Keywords: child abuse, domestic violence, child, emergency

INTRODUÇÃO

Os profissionais da área de saúde se encontram em privilegiada situação para a suspeita e o diagnóstico de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Em geral, este fenômeno é dividido em quatro grandes categorias: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência. Muitas vezes, em uma mesma criança pode ser detectado mais de um tipo de abuso.

Alguns fatores fazem com que as vítimas sejam levadas aos serviços de emergência: a natureza aguda das lesões, a carência de serviços de atenção primária, a proximidade e o horário de funcionamento¹.

No setor de emergência, várias são as formas pelas quais este agravo pode se manifestar; no entanto, a violência física costuma ser o tipo mais frequentemente diagnosticado.

RECONHECENDO OS TIPOS DE ABUSO

ABUSO FÍSICO

Uso de força física de forma intencional, não acidental, ou atos de omissão intencionais, não acidentais, praticados por pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente deixando ou não marcas evidentes².

As manifestações de abuso físico podem se apresentar em qualquer parte do corpo, entretanto os principais locais de sua ocorrência são:

Pele

É o local mais comumente afetado e as equimoses são as lesões mais freqüentes. Podem ocorrer não só como resultado de trauma provocado, mas também acidental. A observação da distribuição e da aparência das lesões auxilia a distinção entre as duas etiologias. Nas de origem acidental as áreas expostas e iminências ósseas são os locais mais típicos. A chance de abuso aumenta quanto mais uma equimose se distribui centripetamente e aumenta em extensão. Lesões (não só equimoses) localizadas na face medial do braço ou antebraço devem merecer especial atenção, pois podem ser resultantes da elevação do braço para proteção da face contra alguma agressão. A evolução em geral tende a seguir um

padrão de coloração que se correlaciona com o tempo de ocorrência do trauma: primeiro dia — coloração vermelha ou vermelho-azulada; um a quatro dias — azul-escuro ou violeta; cinco a sete dias — esverdeado; sete a 10 dias — amarelado/amarronzado; a partir de 10 dias até três semanas ocorre a recuperação da coloração e da aparência normal da pele. Relacionar a época de ocorrência da lesão com o estágio de evolução e a veracidade das informações prestadas é fundamental em muitos casos^{3,4,5}.

Injúrias específicas são aquelas que refletem o método usado para provocá-las. Marcas de fivelas, de fios, de cabides, das mãos do agressor e de mordidas são alguns exemplos. É importante lembrar que lesões bilaterais e simétricas raramente ocorrem de forma natural e, portanto, merecem averiguação cuidadosa⁶.

As queimaduras estão entre as formas mais graves de abuso físico e podem ser provocadas por líquidos ou objetos quentes. São muito sugestivas aquelas que se apresentam com padrão de imersão característico (em bota, em luva, períneo, glúteos), com o formato dos objetos usados para perpetrar a agressão (cigarro, ferro de passar roupa), ou localizadas em palmas das mãos e plantas dos pés. As queimaduras provocadas raramente são de primeiro grau^{3,6}.

Áreas irregulares de alopecia podem ser o resultado de tração, que pode ainda resultar em hematoma subgaleal.

Esqueleto

As fraturas provocadas podem ser de diversos tipos, no entanto, algumas associam-se a forte suspeita de abuso: metáfises de ossos longos (especialmente fêmur distal e tibia proximal); arcos costais em menores de dois anos (especialmente as de localização lateral e posterior); fraturas cranianas complexas; múltiplas fraturas (especialmente bilaterais); diferentes épocas de ocorrência; fraturas em locais incomuns (metacarpo, metatarso, escápula). No entanto, as fraturas mais comumente relatadas em abuso são as de baixa especificidade: fraturas lineares de crânio, de ossos longos e de clavícula^{3,5,6}.

Sistema Nervoso Central

A cabeça é o principal alvo de injúrias intencionais em lactentes. O trauma craniano provocado é de difícil diagnóstico e depende fundamentalmente da suspeita. É a principal causa de morte nos casos de abuso contra a criança. As lesões podem ser produzidas por trauma direto ou injúria tipo *shaking*, que pode causar sérios danos ao sistema nervoso central sem evidências externas de trauma.

A denominada *Shaken Baby Syndrome* é caracterizada por lesões intracranianas (hemorragia subdural), hemorragia retiniana e fratura de costelas, úmero e extremidades em lactentes de baixa idade, sem história de trauma significativo⁷. Esta situação pode ocorrer quando os bebês são seguros pelo tórax e violentamente sacudidos. A cabeça relativamente grande da criança e os músculos do pescoço fracos são fatores predisponentes para as anormalidades descritas nesta síndrome. O hematoma subdural é a lesão mais freqüentemente relatada em casos de abuso.

Abdome

O hematoma duodenal é a lesão com mais freqüência associada a trauma provocado⁴. Outras injúrias mais graves podem ocorrer, tais como ruptura de vísceras, lacerações hepáticas, esplênicas e renais. Tais agravos podem apresentar-se como quadros de choque devido à hemorragia maciça e associam-se a altas taxas de mortalidade. Nem sempre são encontrados sinais cutâneos sugestivos de traumatismo provocado⁵.

MANIFESTAÇÕES EMOCIONAIS / COMPORTAMENTAIS DO ABUSO FÍSICO

Embora em geral não sejam manifestações que demandem intervenção de serviços de emergência, cabe lembrar que crianças abusadas fisicamente podem apresentar ansiedade, depressão, comportamento agressivo, síndrome do stress pós-traumático e mau rendimento escolar, dentre outros distúrbios psicológicos⁷.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR

PROCURAÇÃO

É a situação na qual os sintomas ou sinais que a criança apresenta foram inventados ou provocados pelos pais ou responsáveis⁶. Pode ocorrer, também, sob a forma de alteração de material coletado para exame complementar, de modo a modificar seu resultado (ex: adição de sangue na urina da criança).

Tal comportamento submete a criança à ingestão de medicamentos e realização de procedimentos e/ou exames complementares desnecessários⁸.

A detecção da síndrome é difícil devido à natureza dissimulada de sua apresentação, à capacidade do perpetrador de enganar as pessoas à sua volta e aos obstáculos que os profissionais encontram para fazer o diagnóstico. As formas de apresentação são variadas: problemas neurológicos (convulsões e apnéia) e gastrointestinais (vômitos, diarreia, dor abdominal), *failure to thrive*, envenenamentos, alergias, sinais e sintomas que não são condizentes com o exame físico e/ou exames laboratoriais, dentre outros⁸.

Em geral, a criança é levada freqüentemente aos serviços de saúde para investigação e tratamento, a família desconhece a etiologia da “doença” e, ao ser afastada do perpetrador, os sinais e sintomas desaparecem. O diagnóstico é de exclusão.

ABUSO SEXUAL

Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou induções de sua vontade. Podem variar desde atos em que não exista contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) até os diferentes atos com contato sexual sem penetração (manipulação de partes do corpo, sexo oral, intercurso femoral) ou com penetração (digital, com objetos, intercurso vaginal ou anal). Engloba, ainda, a situação de exploração sexual visando aos lucros, como prostituição e pornografia².

As lesões na genitália e no ânus devem ser

abordadas com cuidado e demandam investigação para abuso sexual. Mesmo as de menor porte, como as lacerações vaginais, devem ter avaliação detalhada. Na maioria dos casos, entretanto, não há lesão detectável nos órgãos genitais em casos de abuso sexual. Assim, é fundamental lembrar que um exame normal não é critério para a exclusão de abuso sexual.

A presença de doença sexualmente transmissível em crianças demanda investigação para abuso sexual, embora outras formas de transmissão (vertical, contato direto não sexual) também possam ocorrer. No caso específico da infecção por HPV (condiloma acuminado), estabelecer uma relação causal com abuso sexual é ainda mais difícil devido: à alta prevalência na população em geral; às diversas formas de contágio (incluindo hetero ou auto-inoculação através de lesões muco-cutâneas e fômites); ao longo período de incubação do vírus; à possibilidade de uma lesão representar a reativação de lesões subclínicas ou de infecção latente⁹. Todos os casos de DST em crianças necessitam avaliação para determinar se está indicada investigação adicional para abuso sexual.

Alguns sinais, queixas físicas e comportamentais podem associar-se a situações de abuso sexual. A existência de tais elementos pode, mas não necessariamente está, associada ao abuso sexual. Desde os muito sugestivos até outros menos associados, todos devem ser analisados tomando-se em consideração as circunstâncias envolvidas, o contexto geral e nunca de forma isolada.

Lesões Físicas

Fissuras, lacerações, áreas de ruptura, equimoses e hematomas na genitália, reto, ânus, perineo ou região perianal; doenças sexualmente transmissíveis; dor na genitália ou no ânus; alteração nos hábitos, tais como mudanças na frequência urinária, enurese, constipação ou encoprese; leucorréia^{2,5,6}.

COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS OU QUE DEMANDAM ATENÇÃO

Descrição detalhada de contato sexual; conhecimento inapropriado sobre o comportamento

sexual de adultos; masturbação compulsiva; curiosidade sexual excessiva; mudanças inexplicadas no comportamento da criança: medos excessivos, fobias, recusa de dormir só, insistência em dormir completamente vestido, fugas de casa^{2,5,6}.

NEGLIGÊNCIA

É a omissão em termos de prover as necessidades físicas, emocionais e sociais da criança ou do adolescente. Constituem os principais exemplos deste agravo: a negligência educacional e a privação de medicamentos, alimentos, higiene, segurança, supervisão, cuidados afetivos e proteção. Este tipo de abuso é de identificação complexa, pois muitas vezes é necessário que seja feita a distinção entre a situação de privação socioeconômica e o descaso dos responsáveis².

Esta é a forma de maus-tratos mais notificada em todos os países. Raramente os profissionais de saúde têm dificuldade quanto ao diagnóstico — a dificuldade em geral reside na decisão sobre a interferência em defesa da criança. Condições que podem sugerir negligência: padrões de crescimento que se desviam do normal, retardo na busca de atendimento médico, atraso vacinal, freqüentes episódios de trauma, intoxicações, quedas freqüentes ou outras injúrias que reflitam supervisão inadequada, não freqüência à escola, padrão de interação entre a criança e os responsáveis que evidencie negligência².

ABUSO PSICOLÓGICO

É a interferência negativa do adulto ou pessoa mais velha sobre a competência social e a auto-estima da criança, produzindo um padrão de comportamento destrutivo. As formas mais comuns de apresentação são: *rejeitar* — não é reconhecido o valor da criança nem a legitimidade de suas necessidades; *isolar* — a criança é afastada de experiências comuns à sua idade e ao seu meio social; *aterrorizar* — a criança é agredida verbalmente, instaurando-se um clima de medo, atemorizando-a e fazendo-a crer que o mundo imunizados ou com esquema vacinal incompleto para hepatite B, devem completar o esquema vacinal e tomar imunoglobulina humana anti-hepatite B.

É importante ainda, nos casos de abuso sexual

em que houver possibilidade de aquisição de DST, pesquisar gonorréia e clamídia e solicitar sorologias para hepatite B, sífilis e AIDS¹¹.

Qualquer secreção vaginal deve ser examinada através de preparação a fresco e coloração por Gram.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial de maus-tratos contra a criança é muito amplo. Abordaremos apenas o diagnóstico diferencial dos abusos físico e sexual.

Abuso físico

Equimoses e lesões hemorrágicas da pele: distúrbios da coagulação associados a deficiências de fatores da coagulação, doenças metabólicas, imunológicas, infecciosas, hematológicas ou hepáticas; manchas mongólicas em crianças de baixa idade (principalmente as de localização pouco típica, como em membros superiores)^{1,2}.

Escoriações: lesões auto-infligidas associadas a algumas patologias neuropsiquiátricas^{1,2}.

Fraturas: osteogênese imperfeita, hiperostose cortical infantil, escorbuto, raquitismo. Nas fraturas em recém-nascidos considerar a possibilidade de tocotraumatismos, especialmente nos casos de uso de fórceps^{1,3}.

Abuso sexual

Traumas genitais em geral: acidentes, lesões auto-infligidas, esportes, doenças de pele que afetem mucosas (infecções, oxiuriose, dermatite de fraldas)^{1,2}.

Lesões anais: fissuras decorrentes de constipação intestinal, Doença de Crohn, anomalias congênitas^{1,2,5}.

Alterações uretrais: prolapso de uretra, hemangioma uretral, pólipos^{4,5}.

DST por transmissão vertical².

CONDUTAS A SEREM ADOTADAS

1) Avaliar, estabilizar e tratar problemas médicos.

2) Nos casos em que for cabível, encaminhar

para exame de corpo de delito (ECD). A solicitação do ECD só pode ser feita por autoridades, sendo então necessário que a família vá à Delegacia de Polícia e registre a ocorrência dos fatos, para que o Delegado faça então a solicitação do ECD².

3) Determinar se é seguro que a criança retorne para casa. Em caso de dúvida, mantê-la internada até que possa ser estabelecido o local mais adequado para encaminhá-la.

4) Sempre que possível, assegurar a avaliação de problemas na esfera emocional e social ainda na Emergência e encaminhar para acompanhamento multidisciplinar com abordagem integrada da família.

5) Notificar o caso (suspeito ou confirmado) ao Conselho Tutelar da localidade de moradia da vítima ou, na falta deste, a qualquer órgão de proteção da infância e da juventude tais como Juizados, Disque-denúncia, SOS. Por motivos éticos, é recomendável comunicar à família sobre a necessidade da notificação². Embora exista uma ficha própria para a notificação de maus-tratos, na sua falta esta pode ser feita em qualquer impresso ou mesmo por telefone.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No setor de Emergência das unidades de saúde não só é possível suspeitar de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, como também dispensar atenção adequada e acionar serviços de proteção às vítimas. Para isso, no entanto, é indispensável que os profissionais que ali atuam disponham de ferramentas técnicas e de preparo emocional. A atuação em equipe multidisciplinar, sempre que possível, é recomendável: as visões do assistente social e do psicólogo complementam a avaliação médica e auxiliam na tomada de decisões.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Keshavarz R, Kawashima R & Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 23(4): 341-345
- 2.Brasil. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 3.Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatric Clinics of North America* 1990; 37(4):791-814,
- 4.Ludwig, S. Child Abuse. In: Fleisher, G.R. & Ludwig S *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 3th ed. Philadelphia, Pa.: Williams & Wilkins p. 1429 -1463, 1993.
- 5.Wissow LS (ed). Child advocacy for the clinician: an approach to child abuse and neglect. Baltimore, Ed Williams & Wilkins, 1990.
6. Monteiro Filho, L. , Barreto Phebo, L. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção — Guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis; Abrapia; 1997.
7. Lane, W.G. Diagnosis and manegement of physical abuse in children. *Clinics in Family Practice* 2003; 5:493-514.
- 8.Ayoub CC, Alexander R, Beck D et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxys. *Chid maltreatment* 2002; 7(2):105-111
- 9.Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ , Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics* 2005; 116(4): 815-825
- 10.Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: procuram-se as vítimas. São Paulo, Editora Cortez, 1985.
- 11.Brasil. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno nº 6. Brasília: Ministério da Saúde. 2ª edição, 2005