

Departamentos Científicos

Maus Tratos na Infância e Adolescência

Texto publicado em: Proato – programa de atualização em traumatologia e ortopedia, módulo 1. Artmed/panamericana editora, p. 125-162. 2004

Introdução

Maus tratos são temas de crescente reconhecimento e importância. A violência é um problema de saúde pública e tem um alto custo social, emocional e financeiro para a comunidade e para o país. Antes o ortopedista dificilmente realizava o diagnóstico de maus tratos. Atualmente embora ainda o reconhecimento esteja distante do ideal é inegável a evolução em termos de conhecimento e divulgação. Ainda percebe-se muita dificuldade no encaminhamento adequado dos casos e isto deve ser aperfeiçoado. O ortopedista deve estar consciente da importância de sua participação na prevenção secundária e até na primária. Pelo seu conhecimento e participação neste difícil problema ele deve atuar na elaboração de políticas e campanhas públicas e privadas de conscientização e de prevenção.

Devemos entender que o diagnóstico de maus tratos dificilmente se baseia numa única lesão ou fator. Na maioria dos casos devemos estar preparados para utilizar dados da história, do exame físico e de imagem para o diagnóstico. Embora ao ortopedista haja maior interesse nos maus tratos físicos, para a adequada condução do caso é necessário conhecimento de aspectos estatísticos, das demais formas de maus tratos, do comportamento humano e informações sobre nossa legislação no tema.

Pelas razões acima expostas este capítulo não poderia ficar limitado às "lesões ortopédicas" e sim ser abrangente com conhecimentos básicos que abrangem os maus tratos.

1- O que são maus tratos?

Define-se Maus Tratos, Violência ou Abuso Infantil como toda ação ou omissão por parte do adulto cuidador ou adolescente de mais idade, que resulta em dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual ou social da criança ou adolescente (1).

Classicamente, considera-se os tipos de maus tratos em: físico, psicológico, sexual e negligência. Constitui situação de notificação obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente desde 1990 (2), bem como pelo Código Penal Brasileiro, desde 1940(3). Em 2001 o Ministério da Saúde determinou, através de um decreto, como obrigatória a notificação de qualquer forma de violência contra crianças e adolescentes, para todos os profissionais da área da saúde.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes vem acontecendo em todos os lugares do mundo e em todos os níveis culturais e sociais, desde as mais remotas eras, dentro do princípio que os filhos são de posse dos

pais e, desta forma, teriam estes a decisão plena do passado, presente e futuro a lhes oferecer.

As punições físicas foram proibidas legalmente, na maioria dos países, apenas a partir do século XX, sendo que a Suécia foi o primeiro país a oficializar esta proibição, apenas do castigo físico, em 1979. No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes passou a ter uma visão diferenciada legal somente em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (2).

Mesmo após este avanço, os mecanismos de proteção legal à vítima de maus tratos não têm se mostrado eficientes, pois os laudos periciais do IML, necessários para julgamento do caso, ainda se baseiam em conceitos do Código Penal, elaborado em 1940, época que muito pouco se conhecia sobre a violência doméstica e suas seqüelas. Desta forma, estes laudos e análise dos casos, em grande parte das vezes, não leva em conta o diferencial de uma agressão entre adultos e estranhos com aquela cometida contra um ser em desenvolvimento.

No caso da criança e do adolescente, a agressão está sendo cometida por aqueles dos quais a vítima é totalmente dependente, física e emocionalmente, mas os instrumentos disponíveis para avaliação jurídica usam os mesmos conceitos e medidas de gravidade para as duas situações.

É preciso que se leve em conta que, "ser em desenvolvimento" não significa um projeto de adulto, nem um indivíduo incompleto, mas sim uma criança ou adolescente com características próprias e normais para cada fase deste desenvolvimento. São pessoas completas e distintas em cada idade, na dependência do que lhes é oferecido de atenção, afeto, exemplos, modelos e informações, trazidos principalmente pelos seus responsáveis e ambiente que vive.

Em todas as formas de abuso, os adultos ou extrapolam seus poderes sobre a criança, empreendendo ações violentadoras contra ela, ou se desresponsabilizam de cuidá-la e protegê-la. (1)

Desde antes do nascimento, muitos fatores podem interferir no relacionamento pais e filhos, impedindo que se desenvolvam verdadeiros laços afetivos entre a criança e os responsáveis, colocando toda a família na faixa de risco para os mais diversos desvios de relacionamento.

A percepção de fatores de risco para a ruptura de vínculos entre pais e filhos deve ser o primeiro sinal de alerta para se definir condutas de abordagem, orientação e proteção. Desta forma, a possibilidade de evolução para um relacionamento violento, deve desencadear medidas imediatas de avaliação da família, de proteção a esta criança, que numa fase precoce, freqüentemente consiste apenas na orientação destes pais, a avaliação das causas desta perda de vínculos e o acompanhamento da evolução relacional desta família.

2- Epidemiologia:

Acredita-se que os maus tratos contra crianças e adolescentes sejam uma das maiores causas de distúrbios de comportamento desde a infância até a idade adulta, fazendo com que muitos homens e mulheres carreguem, para toda a vida, uma criança ferida dentro de si.

Nos Estados Unidos são computados cerca de 1 500 000 (um milhão e quinhentos mil) casos de maus tratos por ano.

Estima-se que para cada caso denunciado, outros 20 fiquem no silêncio. Da mesma forma, constata-se que os casos graves de violência domiciliar, que deixam seqüelas ou provocam a morte, são em sua maioria, resultado de agressões rotineiras, com várias ocorrências e relatos de atendimentos anteriores em serviços ambulatoriais, hospitalares ou de emergência, pela mesma causa, não diagnosticados e ou denunciados.

No Brasil, os números são poucos, mesmo assim chocantes. Em Curitiba, no programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, no ano de 2003, foram notificados 1537 casos de maus tratos, por todos os equipamentos que compõem a Rede, como unidades de saúde, creches, escolas, SAV- Sistema de Atendimento à Violência, antigo SOS Criança e hospitais (4).

A faixa etária de maior incidência de maus tratos foi a de 5 a 9 anos, com 520 notificações que correspondem a 38,5% dos casos, o que confirma os dados de outros serviços, como o CLAVES, do Rio de Janeiro (5). Em segundo lugar estão as crianças de 0 a 4 anos (29,8%), estas totalmente dependentes de seus responsáveis, incapazes de qualquer denúncia ou pedido de socorro. Impressiona que 102 notificações foram relativas a crianças menores de 1 ano.

Há que se supor um número muito maior de crianças muito pequenas vítimas ocultas de maus tratos, uma vez que nesta faixa etária são dependentes dos responsáveis até para manutenção da vida. Somente as que estiverem freqüentando algum serviço de saúde ou de educação teriam uma maior chance de que os sinais de maus tratos sejam identificados e notificados.

Nesta avaliação, não houve diferença significativa na incidência entre meninas e meninos, sendo 48,6% das notificações referentes ao sexo masculino e 51,4% ao feminino. Existem diferenças quanto ao tipo de violência, como no caso de negligência, com maior incidência no sexo feminino. Também o abuso sexual foi predominante no sexo feminino, como esperado, porém chama a atenção que 24,4% do total de casos, ocorreram com meninos.

Quanto ao agressor, cerca de 70% dos casos foram cometidos pela mãe ou pelo pai, fato que deve ser considerado para qualquer ação de prevenção, tratamento e proteção. O principal agente violador foi a mãe, com 44,6% dos casos. Logo em seguida vem o pai, que, se somado aos casos de agressões por aqueles que ocupam o seu lugar junto à criança, como padrasto ou companheiro da mãe, perfazem um total de 37,2% das

notificações. Em terceiro lugar estão aqueles que se ocupam ou convivem com a criança cotidianamente, como tios, avós, irmãos e outros, com 8,6% do total. Em apenas 3,3% dos casos, o agressor era desconhecido da vítima, na maioria, situações de violência sexual.

3- Características de risco para a criança ou adolescente:

Durante toda primeira e segunda infância a criança desenvolve espontaneamente um treinamento para a idade adulta, através de suas atitudes e brincadeiras. Coloca nas suas falas e ações, a visão apreendida do mundo que a rodeia, a imagem que internalizou de família, de relacionamento e o papel que ocupa em seu núcleo de convivência.

A simples observação do conteúdo das mensagens inseridas nestas brincadeiras, pode tornar visível os padrões de convivência e vínculos que a criança tem com seus pais e irmãos e ou cuidadores. No relacionamento pais e filhos, ou crianças, adolescentes e responsáveis, inúmeros fatores podem interferir na formação de vínculos, podendo acontecer até mesmo antes do nascimento, com a concepção de uma criança não desejada.

Considera-se a gravidez e o puerpério, fases de extrema fragilidade e importância na definição dos papéis e funções familiares, quando esta criança deve ser reconhecida como parte integrante daquela família. Porém, mesmo na infância e adolescência, pode haver ruptura destes laços, fazendo com que a segurança e o bem estar físico e ou emocional destas crianças ou adolescentes não seja o objetivo dos responsáveis. Na dependência de como estes responsáveis foram tratados na sua infância ou adolescência, eles poderão ser os alvos dos mais variados graus e tipos de maus tratos.

Desta forma, pode-se identificar características comuns a crianças e adolescentes em situação de risco para a violência e estas características deveriam sempre ser pesquisadas em toda anamnese médica inicial, para que, percebendo-se o risco, se atue, em tempo hábil, na prevenção dos maus tratos, embora a ausência destes sinais não afaste o diagnóstico. (Quadro I)

Quadro I

Características em crianças e adolescentes em risco para maus tratos:

- Crianças não desejadas, não planejadas e que não foram aceitas, muitas vezes desde a gravidez
- Prematuros ou crianças hospitalizadas por longos períodos, afastadas da mãe ou com risco de vida, onde os vínculos foram abalados
- Crianças de sexo diferente das expectativas, ou de aspecto físico contrastante com o dos pais ou de um deles

- Criança ou adolescente com capacidade intelectual ou perspectivas de vida contrastante com a dos pais
- Filhos criados por outras pessoas, ou com pais distantes física e ou emocionalmente, que desenvolveram valores morais diferenciados
- Filhos de outros relacionamentos
- Que não aprendeu a respeitar limites, de comportamento "difícil"
- Hiperativo ou com transtorno de conduta
- Portador de doença crônica ou deficiência

4- Conceitos

A violência doméstica, abuso ou maus tratos podem se apresentar de várias formas e intensidade, na dependência da psicopatologia que levou a este tipo de relacionamento entre os responsáveis e a criança ou adolescente. Para fins didáticos e epidemiológicos, estão divididos em quatro categorias, podendo haver coexistência de mais de um tipo de abuso, sendo eles: o abuso físico, psíquico, sexual e a negligência

Abuso Físico:

É definido como o uso da força física de forma intencional, por parte dos pais ou responsáveis ou adolescente mais velho, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar à morte a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes (1) .

É a forma de violência mais denunciada na maioria dos programas de atenção às vítimas de violência e também o mais freqüente nos laudos periciais do IML. Esta constatação, porém não afirma que seja a forma de violência mais freqüente na infância e adolescência.

Abuso Psicológico:

Consiste na submissão da criança ou adolescente, por parte dos pais ou responsáveis, definitivos ou temporários, a agressões verbais, humilhação, desqualificação, tratamento como de "minus valia", culpabilização, indiferença ou rejeição, podendo levar a danos, muitas vezes irreversíveis a seu desenvolvimento global, principalmente na área psicossocial.

É uma das formas de abuso mais difíceis de ser notificada, pela própria subjetividade de seus sintomas, mas há que se considerar que seja a violência mais freqüente contra crianças e adolescentes, pois tanto pode acontecer de forma isolada, como está presente em todas as outras formas de abuso.

Abuso Sexual:

Uso da criança ou adolescente para gratificação sexual de adulto ou adolescente mais velho, responsável por ele ou que mantém algum vínculo familiar ou de relacionamento, incluindo desde carícias, manipulação de

genitália, mama ou ânus, "voyeurismo", pornografia, exibicionismo, exploração sexual, até o ato sexual com penetração anal ou vaginal (6).

O Código Penal Brasileiro, no seu artigo 224, determina que a violência é sempre presumida em menores de 14 anos, deficientes mentais ou quando a vítima não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência. Legalmente, portanto, não haveria necessidade de grandes lesões físicas para caracterizar a violência no abuso sexual nestas situações.

Negligência:

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsáveis, à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, à criança ou adolescente, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono seu grau máximo.

A negligência tem sido aceita pela maioria dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes como consequência da pobreza e desvalorização da infância e adolescência, por fatores sócio-culturais.

Mas existe outra forma de negligência, que está presente em todas as faixas sócio- econômicas e culturais, de todos os países, que é a negligência intencional. Nesta, os responsáveis deixam de investir, seu tempo, sua atenção, seu carinho, seus cuidados mínimos àqueles que deles dependem, por total desvalorização deste relacionamento. Tanto a negligência sócio-cultural como a intencional devem ser notificadas, mas os encaminhamentos de cada uma diferem completamente.

Pfeiffer L, DCSCA/SBP. Manual de Prevenção de Acidentes e Violência, Nestlé. SP-2004 (7).

5 – Violência física:

Aspectos Gerais:

Considera-se a violência física a provocação de dor intencionalmente na criança ou adolescente, pelo adulto ou adolescente mais velho, do qual é dependente, numa relação de poder do mais forte sobre o mais fraco.

A violência física é, geralmente, a agressão que mais leva às notificações, por ser mais aparente, de mais fácil diagnóstico e também a que mais mobiliza as pessoas para a denúncia.

As lesões intencionais apresentam características próprias que as diferenciam das lesões não intencionais, ou acidentais. É preciso que todo profissional da área da saúde esteja capacitado para o reconhecimento das características de lesões intencionais, ao menos para levantar a suspeita e desencadear mecanismos investigatórios de definição diagnóstica e , se comprovada, de tratamento e proteção.

Frente a estas características, faz-se necessária a verificação cuidadosa imediata dos antecedentes da criança, desde a gestação, de seu histórico de desenvolvimento e aprendizagem e outras seqüelas que possam ter

resultado das violências. O processo investigatório deve levar em conta o afastamento de doenças ou deficiências que possam estar favorecendo os acidentes ou lesões, que poderiam ser confundidas com o diagnóstico de maus tratos.

Todo ser humano caracteriza-se por um comportamento que se define pela atividade frontal, sendo, portanto, a parte anterior do corpo a mais freqüentemente atingida em quedas ou outras injúrias não intencionais. Desta forma, em traumas não intencionais, ou acidentes, os arranhões, lacerações ou hematomas vão surgir com maior probabilidade na parte da frente e descoberta do corpo, ou em áreas de extensão e extremidades, como testa, queixo, cotovelos, palma das mãos, parte anterior de coxas e pernas. Aparecem como resultados de brincadeiras mais arrojadas ou desatenção na execução das atividades rotineiras, bastante comuns na infância e adolescência.

De maneira geral, deve-se levantar suspeitas de maus-tratos sempre que forem encontrados. (Quadro V)

Quadro II

Sinais Gerais de Maus Tratos

Lesões que não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento psicomotor da criança.

Ex.: relato de lesões por quedas de bebês abaixo de quatro meses, seja de berço, cama, carrinho ou escadas, pois eles ainda não têm capacidade de movimentos como de rolar ou se arrastar. Da mesma forma, fratura de perna em crianças abaixo de 1 ano a 1 ano e meio, que não andam.

Lesões que não se justificam pelo acidente relatado.

Ex.: fraturas de crânio bilaterais em relato de quedas de berço, cama ou cadeiras altas, em que seria impossível o choque intenso em duas laterais do corpo ao mesmo tempo, fraturas de perna em quedas de bicicleta em crianças abaixo de quatro anos.

Lesões em várias partes do corpo, ou lesões bilaterais.

Ex.: lesões como equimoses, hematomas, arranhões, lacerações em várias partes do corpo, principalmente em regiões opostas, ou bilaterais, sem que haja justificativa pelo tipo de acidente, como quedas de escada e acidentes de trânsito.

Lesões que envolvem partes usualmente cobertas do corpo

Como áreas laterais do corpo, grandes extensões de dorso, pescoço, região interna de coxa, genitália.

Essas são partes naturalmente protegidas anatomicamente e pelas roupas e que podem ser atingidas em raras situações, como quedas de bicicleta, cavalo e acidentes de trânsito. Acidentes domésticos dificilmente atingiriam essas partes do corpo, e é necessária uma

boa descrição do mecanismo de lesão pelo motivo relatado, para que se justifique como "acidental ou não intencional" o que as provocou.

Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura.

A constatação de hematomas ou fraturas em diferentes estágios de evolução é patognomônico de traumas sucessivos e repetitivos, característicos de maus tratos.

História ou exame físico demonstrando sinais de lesões frequentes, ditas "acidentais".

A história de grande frequência de "acidentes", com necessidade de tratamento a nível ambulatorial, ou relato de hospitalizações por "traumas acidentais" deve ser cuidadosamente esclarecida.

As pesquisas com crianças que chegaram a óbito por maus tratos demonstram que elas tinham em seu histórico o relato de vários atendimentos anteriores (habitualmente mais de cinco) em salas de emergência, por agressões anteriores.

Inexplicável atraso entre o "acidente" e a procura de tratamento médico.

A falta de procura de tratamento em caso de lesões moderadas ou graves é, no mínimo, sinal importante de negligência. No caso de agressões intencionais, é bastante comum que os responsáveis pela agressão impeçam o encaminhamento da criança ou do adolescente para tratamento, com medo de serem descobertos. Algumas vezes, procuram algum tipo de tratamento nas farmácias ou em "curandeiras", agravando ainda mais o quadro geral.

Pfeiffer L, DCSCA/SBP. Manual de Prevenção de Acidentes e Violência, Nestlé. SP-2004 (7)

Aspectos específicos:

5.1- Pele:

As lesões de pele, na literatura e nos relatórios das nas notificações obrigatórias do programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência, aparece como a área mais atingida pelos maus tratos, com equimoses, hematomas, arranhões, lacerações e queimaduras, nos seus mais variados níveis de gravidade (4).

Apresentam características próprias, quando intencionais, embora a história trazida pelos pais seja sempre de acidente, dentre elas:

- Lacerações, equimoses, hematomas, cortes, perfurações ou queimaduras que lembram objetos, como fios, cintos, fivelas, mãos, dedos, "nós dos dedos", sola de chinelo ou sapato, garfos, facas, pontas de cigarro, ferro e outros (8).

- Lesões com marcas da arcada dentária de adulto, provocadas por mordidas ou "chupões". Quando múltiplas, são forte indício de tortura e, se encontradas em região de pescoço, mamas ou próximo à região genital, deve ser pesquisado abuso sexual.
- Hematomas ou equimoses em várias partes do corpo, com diferentes colorações, indicando lesões recentes e antigas, são fortes indicadores de maus tratos. Para datar o hematoma podemos usar a seguinte escala: de 0 a 3 dias o hematoma apresenta-se de cor vermelha ou azul, de 4 a 7 dias verde ou amarelo e de 8 a 26 dias amarelo ou marrom.
- Lesões circulares em pescoço, punhos ou tornozelos são indícios de tentativa de enforcamento ou de que esta criança ou adolescente estão sendo mantidos amarrados.
- Hematomas ou equimoses em áreas cobertas pela roupa ou protegidas naturalmente, como laterais de corpo, parte interna de coxas, pescoço. Lacerações, hematomas ou equimoses bilaterais.
- Lesões de difícil explicação pelo mecanismo de trauma.

Queimaduras:

Por imersão ou escaldadura:

Queimaduras em luva, em meia, com limites bem definidos, envolvendo todo membro ou parte dele. O encontro de linha regular até onde este membro foi mergulhado no líquido quente, são características de injúria intencional (maus tratos).

- Queimaduras que envolvem áreas de flexão
- Queimaduras em região genital e de nádegas.
- Queimaduras por líquidos quentes jogados contra a criança ou adolescentes.
- Queimaduras de contato: com forma dos objetos, como ponta de cigarro, grelhas, ferro de passar roupas, lâminas de faca, marcas redondas como o fundo de frigideiras ou panelas, bulbo de lâmpadas, garfos e outros metais aquecidos devem sempre exigir o diagnóstico diferencial com maus tratos.

5.1.2- Diagnóstico diferencial de lesões de pele – intencionais ou não intencionais?

Algumas patologias ou mesmo lesões não intencionais podem simular uma agressão e é preciso que se esteja atento a esta possibilidade, tanto para não deixar passar uma vítima de maus tratos sem tratamento, como para não acusar precipitadamente e injustamente alguns pais.

São patologias que podem simular maus tratos (9-12):

- Manchas mongólicas
- Doença hemorrágica do recém-nato e deficiência de vitamina K
- Leucemia aguda
- Tumores periorbitais, principalmente neuroblastoma
- Lesões purpúricas associadas a coagulopatias e distúrbios vasculares agudos devem ser - Púrpura de Henoch-Schönlein
- Púrpura trombocitopênica idiopática

- Hemofilia de Von Willebrand
- Fitofotodermatose

5. 2- Lesões músculo-esqueléticas:

As lesões de ossos e tecidos moles são as manifestações radiológicas mais comuns no abuso na infância e adolescência, sendo a segunda em frequência de uma maneira geral.

As fraturas estão presentes em 36 % dos pacientes vítimas de abuso físico (16). Suas características podem ser fundamentais para o diagnóstico, sendo algumas delas realmente patognômicas de maus tratos. No entanto elas devem ser analisadas com cuidado, pois em 50% dos casos, são fraturas da diáfise dos ossos longos, semelhantes as que ocorrem no trauma acidental (13-14). Frente a suspeita de maus tratos, a investigação radiológica completa de esqueleto deve ser solicitada na faixa de idade até os dois anos de idade para investigação de fraturas antigas e associadas e, acima desta faixa etária, radiografia seletiva de acordo com a informação, pela criança ou adolescente, de traumas anteriores. É importante lembrar que as lesões freqüentemente são acompanhadas por lesões de pele, hematomas, queimaduras, etc. (15).

Principais aspectos envolvidos:

-Idade

Ate três anos de idade as fraturas acidentais são incomuns principalmente fraturas dos membros superiores em crianças abaixo de quatro meses e de inferiores em crianças que não andam. A maioria dos maus tratos é localizada nessa faixa etária. Em algumas séries cerca de 50% das fraturas ocorrem em crianças com menos de um ano de idade. Por isso o médico deve ter atenção especial em crianças com fraturas nesta faixa etária tornando avaliando os outros fatores relacionados aos maus tratos (15-19).

- Incompatibilidade história x característica da fratura

Esta é o principal aspecto para a suspeita de maus tratos. Deve-se sempre verificar se o mecanismo do trauma é compatível com a lesão apresentada. Geralmente a história relatada envolve queda do berço, cama, do colo etc., quando a ocorrência de fraturas, nestas ocasiões, é bastante infreqüente (16). Os ossos longos como fêmur, tíbia, antebraço e úmero requerem uma força bastante considerável para sofrerem fraturas, que dificilmente ocorrem em quedas de pequena altura.

- Atraso na procura de atendimento

Outro dado importante é o tempo decorrido para procura do atendimento. As fraturas doem mais intensamente na seqüência do trauma e melhoram com o passar dos dias. Atraso em dias para a busca de atendimento deve ser atentamente esclarecido.

-Historia conflitante entre familiares e vitima

Como nas demais formas de maus tratos, história conflitante contadas por

familiares diferentes representa dados importantes para suspeita de lesão intencional.

-Múltiplas fraturas em diferentes estágios de cura

Embora patognomônico de maus tratos não é freqüente. É importante precisar a época da fratura pela radiografia para verificar se existe incompatibilidade entre a história e o trauma.

O calo ósseo ou reação periosteal começa a ser visível somente após 7 a 10 dias. Nesta fase também há regressão do quadro doloroso. Para datar a fratura podemos utilizamos a seguinte escala:

Quadro V
Evolução de fratura óssea

Edema e dor: 0 a 10 dias

Formação periosteal: 7 a 14 dias

Calo mole: 14 a 21 dias

Calo duro: 21 a 42 dias

O'Connor JF, Cohen J. Dating fractures. In: Kleinman PK, ed. Diagnostic imaging of child abuse. Baltimore: Williams & Williams, 1987 (20).

Como o perióstio da criança é espesso e pode ser descolado em grande extensão, em traumas de torção pode ser visto uma grande reação óssea ao redor do osso lesado. Em caso de dúvida, o radiologista deve ser contatado para se estabelecer a época mais precisa da fratura.

Fraturas "especiais"

Fraturas próximas às articulações: Fraturas da região da metáfise, descolamentos da placa de crescimento ou da epífise em crianças de baixa idade são altamente sugestivas de maus tratos, pois para ocorrerem acidentalmente estes devem ser de alta energia (atropelamento, colisões automobilísticas, quedas de altura). As radiografias devem ser avaliadas com atenção, pois, muitas vezes, as fraturas ou descolamento epifisário são difíceis de serem identificadas. Edemas das articulações, especialmente joelhos e cotovelos, são sugestivos de fraturas.

Lesões típicas de agressão são o descolamento da epífise distal do úmero, que apresenta o aspecto de "luxação de cotovelo" pois ocorre em crianças até um ano de idade quando os núcleos secundários não estão desenvolvidos. Semelhante quadro ocorre no deslocamento da epífise proximal do fêmur que apresenta aspecto de fratura do colo do fêmur. Numa série de 5 casos deste tipo de lesão, publicada pelo autor, quatro foram originadas por maus tratos. Estas lesões podem ser de difícil diagnóstico se o médico não conhecer os aspectos anatômicos próprios. Elas são, em geral, produzidas por sacudidas violentas associadas a torção dos membros. Na evolução, podem provocar deformidades ou alteração do

crescimento do membro. Embora raras são lesões características de maus tratos.

Fraturas de costela: Tem incidência de 5 a 27% nas crianças vítimas de abuso usualmente são ocasionadas por trauma direto ou violenta compressão do tórax quando a criança recebe socos ou pancadas, ou é sacudida. São de alta especificidade nas crianças até dois anos de idade. Deve-se lembrar que causas acidentais muito raramente produzem fraturas de costelas. Em adolescentes maiores, estas fraturas são resultado de pancadas diretas sobre o tórax, cabendo ao médico a investigação se o acidente mencionado poderia provocar aquela lesão. No caso de maus tratos são freqüentemente múltiplas e simétricas.

Fraturas com traços oblíquos ou em espiral podem ser provocadas por torção e, especialmente no fêmur, são sugestivas de agressão.

Fraturas de escápula e esterno: São incomuns, mas altamente específicas de maus tratos. Como nas fraturas de costela, são ocasionadas por trauma direto ou compressão violenta e faz parte de um quadro mais complexo de lesões em agressões mais violentas.

Fratura bilateral de clavícula: de difícil explicação por trauma mecânico não intencional.

Fraturas de coluna vertebral: Incomuns, cerca de 3%, mas extremamente graves (14), são indicativas de grande violência. Nas crianças menores de dois anos que são sacudidas, a região cervical é particularmente sensível para luxações ou fraturas. Podem ocorrer lesões medulares sem aparente comprometimento ósseo, mesmo quando avaliadas por tomografia ou ressonância magnética.

Na avaliação de crianças suspeitas de maus tratos, a região cervical e dorso-lombar deve ser pesquisada na procura de edema, equimose ou pontos dolorosos que possam indicar lesão interna.

Fraturas de crânio: Lesão que ocorre em grandes espancamentos, provocada por socos ou arremesso contra o chão ou paredes. As hemorragias cerebrais desencadeadas por estes traumas são a maior causa de óbitos e seqüelas. Cerca de 80% dos pacientes sobreviventes de fraturas cranianas apresentam lesão do parênquima cerebral.

Fraturas com área de depressão (tipo bola de pingue-pongue), que cruzam a linha média e fraturas bilaterais em pacientes que não sofreram traumatismos de alta energia (no trânsito), devem ter como primeira hipótese a lesão intencional.

Fraturas de região temporal: Podem apresentar envolvimento do aparelho auditivo e são causadas por pancadas violentas nesta região, comuns em agressão de adulto contra criança maior ou adolescente. A perda da audição é uma das graves seqüelas deste tipo de agressão ("lesão do boxeador"). O

sinal característico é sangramento isolado do conduto auditivo. Deve ser afastada a hipótese de otite ou corpo estranho.

Fraturas de mandíbula: Mais freqüente nas agressões a crianças maiores ou adolescentes.

O Quadro VI resume os tipos de fraturas mais encontradas nos traumas intencionais.

Quadro VI
Quando suspeitar de fraturas intencionais

- fraturas múltiplas, bilaterais ou em diferentes estágios de consolidação
- fraturas não compatíveis com o desenvolvimento motor
- fraturas dos arcos costais abaixo de 2 anos ou de arcos costais posteriores
- fraturas de crânio: múltiplas, complexas, bilaterais, que cruzam a linha média ou em bola de ping pong
- fraturas espiralares
- fraturas metafisárias por arrancamento
- fraturas diafisárias espiróides de ossos longos
- descolamentos epifisários
- fraturas do extremo distal da clavícula e da escápula
- fraturas metacarpais e metatarsais, acompanhadas de outras fraturas
- fraturas de vértebras sem história de trauma acidental de alto impacto
- fraturas de mandíbula sem outras lesões que a justifiquem

Loder e Bookout (21) avaliando 154 fraturas em 75 crianças vítimas de maus tratos encontraram como fratura mais comum a de crânio (32%) seguida da tíbia (16%). O padrão mais comum foi a fratura transversa. Em 65% das crianças havia uma fratura apenas atendida na fase aguda. Fraturas em diferentes estágios de consolidação foram observadas em apenas 13% das crianças. Estes dados reforçam a importância de se abranger todos os fatores relacionados aos traumas e não apenas basear-se em características isoladas.

Diagnóstico diferencial

- Lesões não intencionais ou acidentes (mecanismo do traumaXhistóriaXDPM compatíveis com a lesão)
- Traumas de alta energia como nos acidentes de trânsito, provocados por acidentes de trânsito, como atropelamentos, colisões de veículos, entre outros, que devem ser compatíveis na localização e gravidade como o trauma relatado.

- Quedas de alturas elevadas e escadas, devendo ser avaliada a possibilidade de negligência ou intencionalidade por parte dos responsáveis.
- Fraturas unilaterais de crânio em bebês a partir do quinto ou sexto mês que caem da cama ou do trocador.
- Lesões de cabeça e membros em quedas de bicicleta ou outros veículos não motorizados, usados sem proteção

Doenças que podem provocar lesões semelhantes às agressões físicas:

As doenças apontadas abaixo, embora raras, devem ser lembradas e seu diagnóstico afastado ou confirmado, diante de lesões que podem sugerir maus-tratos, mas que ocorrem em crianças cujas famílias não apresentam características para tal suspeita.

- Osteogênese imperfeita: doença congênita de origem genética, caracterizada por fraqueza óssea generalizada, levando a múltiplas fraturas. O diagnóstico diferencial deve sempre ser lembrado em bebês com fraturas múltiplas em diferentes estágios de consolidação. Nas crianças maiores e adolescentes outros sinais e sintomas auxiliam o diagnóstico, como estatura, escleras azuladas e alterações de face. O padrão da fratura não é um parâmetro confiável para diferenciá-la de maus tratos (22).
- Raquitismo por erros alimentares, desnutrição crônica ou doenças do metabolismo de cálcio – se caracteriza por uma “fraqueza óssea” generalizada, levando a maior possibilidade de fraturas.
- Osteodistrofia, Sífilis Congênita: por aumento da fragilidade óssea, podem levar a fraturas em traumas de baixo impacto, contrastando a lesão com o mecanismo de força que o provocou. A sintomatologia que acompanha estas doenças auxilia o diagnóstico diferencial.
- Tumores e osteomielite: provocando dores intermitentes ou contínuas, dificuldades de marcha, quando em membros inferiores e fragilidade óssea frente aos traumas, mesmo aos não intencionais. Em crianças de baixa idade a osteomielite subaguda pode apresentar um padrão com reação óssea semelhante a de uma fratura.
- Leucemias e outras doenças hematológicas podem causar sangramentos e lesões ósseas. Na leucemia a dor óssea é a apresentação esquelética mais comum e a ocorrência de fraturas é rara.
- Hiperostose Cortical Infantil produz neoformação óssea periosteal extensa, porém sem deformidades ou irregularidades do osso.
- Doenças genéticas – levando a alterações musculares ou ósseas, habitualmente crônicas e progressivas, onde o histórico da criança ou adolescente e da família podem levar a diagnóstico, muitas vezes havendo o relato de casos semelhantes em parentes próximos, sendo a avaliação médica indispensável.
- Insensibilidade Congênita à Dor: como abordado no diagnóstico diferencial das lesões de pele, esta doença rara, elimina nas crianças e adolescentes um mecanismo de defesa primordial do ser humano, que é a dor. Desta forma, muitas destas crianças assumem comportamento de risco, sendo mais susceptíveis aos traumas, por

total despreocupação com os fatores desencadeantes dos acidentes e conseqüentemente, de lesões que trariam o sofrimento. O quadro ainda é agravado pela não percepção da lesão pós-trauma, e a continuidade das atividades, mesmo com a presença de fraturas, que algumas vezes cicatrizam sem tratamento

5.3 - Lesões intracranianas

São as terceiras em frequência, mas as responsáveis pelo maior número de óbitos. As seqüelas podem ser observadas em cerca de 80% dos que sofreram, quando crianças, agressões envolvendo região encefálica, sendo a deficiência mental e déficits motores, descritos em muitos casos.

Pesquisas norte americanas consideram os traumas cranianos intencionais hoje, uma das grandes causas de deficiência mental.

Síndrome do Bebê Sacudido:

A aplicação de sacudidas violentas da criança com até dois anos de vida, é uma das formas mais graves de agressão à criança pequena, pois leva a lesão cerebral, deixando seqüelas, na dependência da força aplicada e intensidade.

Pode desencadear desde micro hemorragias de SNC, por ruptura de vasos sangüíneos, formação de hematomas e rompimento de fibras nervosas, lacerações de tecido cerebral até hemorragias maciças e morte, sem que haja fratura de calota craniana..

Na Síndrome do Bebê Sacudido – “Shaked Baby”, as forças de aceleração e desaceleração, aliadas às de rotação, fazem com que a massa encefálica do bebê se movimente bruscamente, com velocidades diferentes, dependentes de sua estrutura, volume, peso e fixação, se chocando com a calota craniana, provocando vários tipos de lesões vasculares e teciduais, por contusão, rompimento ou cisalhamento.

O tamanho da cabeça relativamente grande em relação ao corpo, a anatomia de coluna cervical e forâmen magnum, a fraqueza de musculatura cervical e o menor grau de mielinização, fazem com que possa haver lesão de massa encefálica após o mecanismo acima descrito, sem que se evidenciem sinais externos evidentes de trauma.

O “chacoalhamento” a que a criança é submetida não precisa ser prolongado, pode ser bastante breve e ocorrer uma ou repetidas vezes durante dias, semanas ou meses (7).

A sintomatologia nem sempre é evidente, mas deve-se pensar nesta síndrome toda vez que uma criança de menos de dois anos apresenta sinais de comprometimento de SNC, sem que haja sinais infecciosos ou histórico de convulsões graves (29-24). Os sintomas vão desde alterações do nível de consciência, irritabilidade ou sonolência, convulsões, déficits motores, problemas respiratórios, hipoventilação, coma e em muitos casos, morte Rubin e cols. encontraram uma incidência de 37% de lesões intracranianas sem sintomatologia em pacientes vítimas de maus tratos. Novamente a maioria delas ocorreu em paciente com menos de 2 anos de idade. Eles recomendam pesquisa com tomografia computadorizada de crânio em todos

os pacientes com confirmação de maus tratos nessa faixa etária (24). O encontro de hemorragia retiniana com edema cerebral e ou hematoma subdural, sem que sejam decorrentes de grandes traumas não intencionais, como acidentes de trânsito, deve obrigatoriamente levar a investigação de maus tratos.

Em agressões a adolescentes, as hemorragias subaracnóides, muitas vezes acompanhada pelo hematoma subdural são seqüelas mais comuns de agressões.

5.4 - Lesões oculares:

- Lesão biocular - Há que se pensar em maus tratos toda vez que se encontra lesão de ambos os olhos, sem que haja comprometimento de nariz. Os traumatismos com bola, ou mesmo objetos atirados sem intenção de dolo, são geralmente unilaterais e, se mais extensos, quando provocados por grandes traumas – acidentes de trânsito – se acompanham de lesões em outras áreas do corpo e principalmente no nariz.

- Hemorragia retiniana, principalmente em crianças abaixo de 3 anos, estrabismo que aparece de forma aguda, sem lesão ou histórico anterior de desvio ou déficit de visão importante que os justifique, devem levar à investigação de maus tratos.

5.5 - Lesões Abdominais:

Mais comuns em crianças maiores e adolescentes, decorrentes de espancamentos, socos ou pontapés podem levar a quadros graves de ruptura de vísceras maciças ou sangramento de vísceras ocas e até mesmo síndromes obstrutivas ou semiobstrutivas de intestino delgado, por formação de hematomas de parede, todos de gravíssimo prognóstico.

6 – Violência psicológica

É a forma de maus tratos mais difícil de ser conceituada e diagnosticada, pois muitas vezes resultam do despreparo dos pais para a responsabilidade com os filhos, valendo-se eles de ameaças, humilhações ou desrespeito, como formas culturalmente aprendidas de educar. (7) Considera-se violência psicológica toda situação provocada intencionalmente pelo responsável, seja ele definitivo ou temporário, que cause dor emocional à criança tão importante que possa deixar seqüelas.

Ele acompanha todas as outras formas de maus tratos, mas é cometido também de forma isolada, através de agressões verbais, humilhações, tratamento como de “minus valia”, hostilidade, culpabilização, rejeição ou indiferença, deixando marcas e levando a danos ao desenvolvimento da personalidade da criança ou adolescente.

Quanto mais precoce na vida da criança, maiores seus efeitos negativos, como a deturpação da sua imagem e das possibilidades de relacionamento e respeito frente a outros, incapacitando-a para a luta pela vida.

Muitas dificuldades de relacionamento, de insegurança, incapacidades ou mesmo a procura de prazeres solitários, como as drogas, têm suas raízes no uso inadequado do poder do adulto sobre a criança ou adolescente, através da sua capacidade intelectual de maltratá-los sem deixar marcas visíveis. Como resultado, a vítima pode apresentar diversos distúrbios de comportamento, como a apatia ou agressividade constante, baixa auto-estima, dificuldades de fala, enurese ou encoprese, aumento injustificado de doenças, tiques, manias, depressão, comportamento de risco, desejo de autodestruição.

7 – Violência sexual

Define-se violência sexual como a situação em que a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, (responsável por ele ou que possui algum vínculo familiar ou de relacionamento conhecido), incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, “voyeurismo”, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos. Os crimes de natureza sexual são qualificados como: Estupro, Atentado Violento ao Pudor, Sedução, Posse sexual mediante fraude, Atentado ao pudor mediante fraude, Assédio Sexual, corrupção de menores, Rapto violento ou mediante fraude, Rapto consensual (3).

Nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, o ato libidinoso é o mais freqüente, onde, através inicialmente de manobras de sedução progressiva, que a criança interpreta como uma forma de atenção e fica feliz com esta “dedicação” que não conhecia. Com a aproximação cada vez maior e mais íntima do abusador, a criança maior pode perceber que aquele relacionamento não é mais prazeroso para ela e a solicitação de que não conte para ninguém, faz com que ela comece a evitar estes contatos (6).

Conforme o tempo passa e o abusador não é descoberto, mais confiante fica. O abuso é sempre progressivo e quanto mais a criança evita o adulto, mais ele se sente estimulado. Iniciam-se então as intimidações, a inversão dos fatos e valores (você veio porque quis, você gosta, todo pai faz isto com sua filha – é um segredo só nosso, se você contar, ninguém vai acreditar).

Depois vêm as ameaças, à própria criança ou a algum membro de sua família, importante para ela, comumente a mãe. Abuso então se completa, com todas as formas de intimidações, ameaças e uso do poder, mesmo a violência física. Muitos tentam isolar a criança do contato com outras pessoas e passa a obrigá-la a praticar todas as formas de atos sexuais, constantemente incluindo penetração anal.

As estatísticas norte americanas apontam que 20% das crianças que sofrem maus tratos são também abusadas sexualmente. Os dados da notificação obrigatória de Curitiba apontam para 17,6%, sendo que 75,6% ou 180 notificações foram do sexo feminino e 24,4%, ou 58 notificações do sexo

masculino. Destes casos, aparece como maior agressor o companheiro da mãe, vindo em segundo lugar o pai, depois tio, avô, parente próximo, ou seja, pessoas da convivência e confiança da vítima.

Quadro III

Sinais de alerta para o abuso sexual

- Lesões em região genital
- Hematomas ou lacerações em região próxima ou em área genital, como partes internas de coxas, grandes lábios, vulva, vagina, região escrotal ou anal devem ser sempre investigadas pela possibilidade de abuso sexual, tanto em meninas como em meninos.
- Dilatação anal ou uretral, ou rompimento de hímen dão o diagnóstico de abuso sexual, mas estes nem sempre são sinais evidentes, necessitando sempre uma avaliação minuciosa por profissionais especializados da área médica.
- -Lesões como equimoses, hematomas, mordidas ou lacerações em mamas, pescoço, parte interna e ou superior de coxas, baixo abdome e ou região de períneo.
- Sangramento vaginal em crianças pré-púberes, ou anal, acompanhados de dor, afastados os problemas orgânicos que pudessem determiná-los.
- Lesões por doenças sexualmente transmissíveis – o encontro de doença sexualmente transmissível, como Gonorréia, Sífilis, HPV, Clamidia entre outros, dá o diagnóstico de abuso sexual.
- Aborto - a perda de embrião ou feto, de forma natural ou provocada caracteriza o abuso sexual.
- Gravidez

DCSCA/SBP. Manual de Acidentes e Violência, Nestlé. SP-2004

Quadro IV

Diagnóstico diferencial de abuso sexual

- Distúrbios hormonais
- Puberdade precoce
- Fissuras anais por obstipação
- Acidentes com bicicletas, cavalo, ginástica olímpica e outros corpos estranhos
- Vulvovaginites inespecíficas
- Distúrbios emocionais
- Distúrbios de comportamento

DCSCA/SBP. Manual de Acidentes e Violência, Nestlé. SP-2004

Em todos os casos de suspeita de maus tratos graves, sejam eles físicos, psicológicos, ou negligência, o abuso sexual deve ser investigado, com anamnese cuidadosa e exame físico completo, que inclua área genital.

A abordagem de uma criança ou adolescente vítima de violência sexual exige preparo e experiência, para que não se cometa outras violências por atitudes ou palavras que podem piorar o mal estar da vítima. São casos onde o Conselho Tutelar deve ser acionado imediatamente para encaminhar a vítima para uma delegacia para fazer um boletim de ocorrência e então para o laudo pericial do Instituto Médico Legal, onde o ideal seria que fosse feito junto ao exame médico para tratamento, em Centros de Referência, com ambiente adequado e com todo suporte psicológico necessário.

8 – Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsáveis, à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e atenção à criança ou adolescente, podendo se apresentar em variados níveis de gravidade, sendo o máximo, o abandono (1,22).

É praticada em todos os níveis sócio-culturais, sendo mais visível a das famílias de situação sócio econômica mais baixa, onde muitas vezes não existe mesmo condições financeiras para uma alimentação adequada ou uma vestimenta sempre limpa. Mas a falta de atenção, carinho, cuidado à saúde e de vínculos não se justifica pela pobreza. Nas classes mais elevadas, a negligência aparece de maneira mais sutil, nem por isto menos perversa, como a falta de interesse pelo filho, pelo que ele faz, com quem anda, pelo que come ou deixa de comer, pelo que sente.

Muitos passam os dias abandonados nas escolas e depois nos shoppings, comendo fast food, deixando o tempo passar para chegar a hora de voltar para casa, tendo acesso às drogas e aliciadores sexuais, da mesma forma que os meninos de rua – seriam os “meninos de shopping”. À noite voltam para suas casas, fazem um lanche ou chamam um “disk qualquer coisa”, se fecham em seus quartos e ficam no computador até altas horas, em jogos desafiadores de sua competência ou salas de bate papo – às vezes os mais longos do dia.

Sendo uma agressão crônica, a negligência, em todas as suas apresentações, deixa na criança e em consequência no adolescente, o valor baixo que tem perante seus responsáveis, perdendo o estímulo a lutar pela vida, transformando-os, na dependência da gravidade e do tempo da agressão, em um adulto já vencido pela sua infância e desamor de seus pais.

É preciso que se faça o diagnostico diferencial da negligencia associada a fatores psicossociais, daquela negligencia intencional propriamente dita.

7.1- Negligencia por fatores bio-psicossociais:

Nestes casos, pode se encontrar a ausência de condições sociais mínimas,

onde apenas a sobrevivência e, às vezes nem ela, é o foco de atenção da família. Em outras famílias, a falta de condições mínimas educacionais e ou culturais dos responsáveis, faz com que a criança não represente nenhum valor, ou futuro, dispensando-os de qualquer investimento sobre ela, seja em atenção à sua saúde, à educação, ao afeto e ao cuidar em geral.

É de notificação obrigatória também, porque se os pais não conseguem oferecer à criança o mínimo de qualidade de vida, as redes sociais têm de garantir este direito a ela.

7.2- Negligência intencional propriamente dita:

Como consequência da desvinculação pais e filhos, pode ser encontrada em todos os padrões sócio-culturais, dirigida para alguma das crianças da família ou a todos os seus membros. Na negligência intencional, existe o abandono, muitas vezes velado, de maior ou menor gravidade, do acompanhamento ao desenvolvimento físico e emocional da criança ou adolescente, que deixa seqüelas definitivas na sua estrutura da personalidade.

Conduta médica

Em casos de suspeita de maus tratos deve ser feita a notificação. Isto está claramente especificado no artigo 13 do código da criança e do adolescente. Abrange não somente o médico, mas outros profissionais que possam ser responsáveis por atenção à criança como o professor, cuidadores de creches etc. Deve ser enfatizado que para a notificação não é necessário a comprovação dos maus tratos. É comum quando há a suspeita de maus tratos o médico querer "descobrir" quem e porque a efetuou. Isto é um grande erro. O médico não está preparado e nem é sua função fazê-lo. Acusações e cobranças neste sentido feitas pelo médico geram problemas de relacionamento graves e podem dificultar os procedimentos necessários. Além do mais, apesar da maioria das agressões serem de autoria dos responsáveis em cerca de 30% dos casos ou autores são outras pessoas (25-26).

Mais importante que o aspecto legal é a proteção da criança. A criança que sofreu agressão e é atendida no hospital tem grande risco, se não for adequadamente protegida, de nova agressão violenta. E cerca de 5% dos pacientes podem morrer em decorrência de agressão.

O médico deve agir com cautela visando a proteção do seu paciente e o cumprimento da lei. É um assunto que deve ser tratado com discrição, evitando exposição desnecessária da criança e demais envolvidos. Algumas recomendações podem facilitar o atendimento desses pacientes.

Internação

Recomendamos que a criança seja internada. Com isto há a retirada da criança do ambiente de risco e propicia uma melhor avaliação das condições sociais da criança e de sua família. O médico deve realizar o tratamento normalmente.

Documentação

A documentação deve ser o mais detalhada possível. Nos casos em que se observa lesões de pele e hematomas a fotografia é indispensável. A história deve ser detalhada assim como o exame físico que não deve se restringir a lesão apresentada. Procura-se por sinais de outras lesões recentes ou antigas. O registro no prontuário deve ser minucioso. Havendo alguma suspeita de lesões em outros locais ou nos traumas mais violentos deve ser solicitada a avaliação de pediatra e eventualmente de neurocirurgião pelo risco hematoma cerebral.

Protocolo de atendimento

Isto é útil para todos os serviços especialmente nos centros de emergência em que são atendidos um grande número de crianças deve ser estabelecida um protocolo de atendimento. Devem participar além do médico o serviço social e psicologia. Determina-se um profissional como responsável pelas condutas e controle o adequado seguimento do protocolo. Esta função não nos parece adequada ao médico que na maioria das vezes trabalha em outras instituições e não dispõe de tempo e na maioria das vezes não está preparado para executá-la adequadamente.

Notificação

Como já ressaltado anteriormente é obrigatório por lei. Deve ser notificado o conselho tutelar que deverá fazer uma avaliação do caso e encaminhar ao representante do judiciário. A equipe do hospital deve fornecer dados a respeito das lesões pois aquele órgão é formado por leigos que possivelmente não tem conhecimento a respeito do assunto e necessitam informações técnicas. A notificação não fere o código de ético pois há uma lei maior que é Estatuto da Criança e do Adolescente que a determina. O médico pode ser solicitado a fornecer um relatório do atendimento e do quadro do paciente para ser encaminhado a autoridade judicial. A notificação pode ser feita sem a identificação do profissional. Em Curitiba, baseados em vários estudos realizados, foi elaborada uma ficha de notificação em que são descritas as lesões em que a pessoa que a preencha utiliza um código (28-31). Somente as pessoas da Rede de Proteção é que podem através deste código, e quando necessário, identificar quem fez a notificação.

Muitos profissionais tem receio da notificação pois temem uma ação judicial da família envolvida. Deve ficar claro que o profissional está amparado pela lei e que, uma acusação contra o médico por ele ter seguido uma determinação legal e na defesa de seu paciente não seria acatada pelo judiciário. Para isto é importante uma documentação completa no prontuário.

Eventualmente o médico pode ser chamado como testemunha ou para esclarecimentos profissionais ante a autoridade judicial. Isto é passível de ocorrer não somente nos casos de maus tratos mas em muitas ocasiões da prática médica. Caso ocorra é conveniente que o médico tenha em mãos uma cópia do prontuário para eventual consulta. Na respostas às perguntas do juiz, deve se ater a aspectos técnicos e ao tema em questão evitando

divagações e opiniões que não possam ser sustentadas pelo quadro da criança e documentação do prontuário.

Anexo

Artigos que contemplam a prevenção, a obrigatoriedade de notificação e penalidades relacionadas, constantes do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 70. É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Art. 73. A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade da pessoa física ou jurídica, nos termos desta Lei.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Referências Bibliográficas:

1- Associação Brasileira de Proteção Infância e Adolescência (ABRAPIA). Guia de orientação para profissionais de saúde. Autores & Agentes Associados; Rio de Janeiro; 1997

1. Estatuto da Criança e do Adolescente. Curitiba: COMTIBA. 76p (publicado em "Diário Oficial da União", de 16 de julho de 1990).

1. Código Penal Brasileiro. 39ª Ed. São Paulo: Ed. Saraiva; 2002.
2. Programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Maus Tratos. Manual de Atendimento. Prefeitura de Curitiba e Sociedade Paranaense de Pediatria et al.: Curitiba; 2003.
3. CLAVES; Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Jorge Careli; 1997.
4. Associação Brasileira de Proteção Infância e Adolescência (ABRAPIA). Abuso Sexual: mitos e realidade. Autores & Agentes Associados; Rio de Janeiro; 1997.

5. Departamento Científica de Segurança da Criança e Adolescente /Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Acidentes e Violência, Nestlé. SP-2004
6. Labbé J, Cauette G. Recent skin injuries in normal children. *Pediatrics*. 2001;108:271-276
7. Wickes IG, Zaid ZH. Battered child or pigmented? *Br Med J*. 1972;2:404.
8. Stewart GM, Rosemberg NM. Conditions Mistaken for child abuse: Part II. *Pediatric Emergency Care*. 1996;12:217-221.
9. Colver GB, Harris DWS, Tidman MJ. Skin diseases that may mimic child abuse. *Br J Dermatol*. 1990; 123:129.
10. Winship IM, Winship WS. Epidermolysis bullosa misdiagnosed as child abuse. *South Afr Med J*. 1987;73:369-370.
11. King J, Diefendor FD, Apthorp J et al. Analysis of 429 fractures in 189 battered children. *J Pediatr Orthop*, 1988;8:585.
12. Akbarnia BA, Silberstein MJ, Torg JS, Kirkpatrick J et al. Manifestation of the battered-child syndrome. *J Bone Joint Surg*. 1974;56:1159.
13. McMahon P, Grossman W, Gaffney M, et al.
Soft-tissue injury as an indication of child abuse.
J Bone Joint Surg Am, Aug 1995, 77(8) p1179-83
14. Hennrikus WL, Shaw BA, Gerardi JA. **Injuries when children reportedly fall from a bed or couch.** *Clin Orthop*, Feb 2003, (407) p148-51.
15. Banaszkiwicz PA, Scotland TR, Myerscough EJ. **Fractures in children younger than age 1 year: importance of collaboration with child protection services.**
J Pediatr Orthop, Nov-Dec 2002, 22(6) p740-4.
16. Blakemore LC, Loder RT, Hensinger RN. **Role of intentional abuse in children 1 to 5 years old with isolated femoral shaft fractures.** *J Pediatr Orthop*, Sep-Oct 1996, 16(5) p585-8.
17. Rex C, Kay PR **Features of femoral fractures in nonaccidental injury.**
J Pediatr Orthop (United States), May-Jun 2000, 20(3) p411-3
18. O'Connor JF, Cohen J. Dating fractures. In: Kleinman PK, ed. *Diagnostic imaging of child abuse*. Baltimore: Williams & Williams, 1987.
19. Loder RT, Bookout C. Fracture patterns in battered children. *J Orthop Trauma*, 5(4) 1991, p 428-33.
20. **Dent JA**; Paterson CR. Fractures in early childhood: osteogenesis imperfecta or child **abuse**? **J Pediatr Orthop 1991 Mar-Apr;11(2):184-6**
21. Laskey AL, Holsti M, Runyan DK, et al. **Occult head trauma in young suspected victims of physical abuse.** *J Pediatr*, Jun 2004, 144(6) p719-22.
22. Rubin DM, Christian CW, Bilaniuk LT, et al. **Occult head injury in high-risk abused children.** *Pediatrics*, Jun 2003, 111(6 Pt 1) p1382-6.
23. Pfeiffer L. Maus-tratos - Crianças sem vínculos, adolescentes sem rumo. [monografia] Curitiba: PUC; 2000.

24. Ministério da Saúde. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência a violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência. Rio de Janeiro: SBP; 2000.
26. Secretaria Municipal da Criança et al. Relatórios [mimeo]. Curitiba, 2000.
27. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. Violência urbana: Ocorrências, agressores e vítimas. Levantamento realizado no IML-Clínica Médico Legal, Curitiba: IPPUC; 1998.
28. Aronson R. , Pfeiffer L., Oliveira VL. Analise das Notificações Obrigatórias da violência ou Suspeita de Violência contra Crianças e Adolescentes do ano de 2002/2003 [mimeo]. Programa Rede de Proteção. Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba: Sociedade Paranaense de Pediatria; 2003/2004.
29. SMS/Curitiba et Als. Manual do Programa de Atenção à Mulher Vitima de Violência, SMS Curitiba, 2002.