

# UMA REVISÃO SOBRE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COMO DIAGNOSTICAR E CONDUZIR?

A REVIEW ON EVIL CHALLENGES AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS:  
HOW TO DIAGNOSIT AND DRIVE?

**Christiane Leal Corrêa<sup>1</sup>, Renan Vinícios Santos de Moraes<sup>2</sup>, Victor Hugo de Oliveira Magalhães<sup>2</sup>, Warlley Labrujo Gomes Da Silva<sup>2</sup>, Claudio Pedro Donadio Fiorito<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Doutora em Fisiopatologia, Professora da Escola de Medicina, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professora do Departamento de Patologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

<sup>2</sup> *Acadêmico de Medicina, Universidade Estácio de Sá, campus João Uchôa, Rio de Janeiro/ RJ/Brasil*

## Resumo

Nas emergências dos hospitais brasileiros, é muito comum o atendimento de crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de mau trato. No entanto, pode ser difícil reconhecer quando um indivíduo sofreu algum tipo de violência. Este artigo visa explicar como reconhecer os tipos de maus tratos e o que os profissionais de saúde devem fazer quando se deparam com esse tipo de situação. Em alguns casos, mesmo que sejam reconhecidos, muitos profissionais de saúde não sabem como conduzir o caso para beneficiar a pessoa que sofreu a violência. Fazem-se necessárias contribuições que possam esclarecer os profissionais de saúde e romper as barreiras para melhorar um paradigma bastante comum no Brasil: o subdiagnóstico e a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Maus tratos; Maus tratos em crianças e adolescentes; Abuso infantil; Agressão infantil; Fraturas típicas de agressão infantil.

## Abstract

In the emergencies of Brazilian hospitals, it is very common to care for children and adolescents who have suffered some form of maltreatment. This article aims to explain how to recognize the types of ill-treatment and what health professionals should do when faced with this type of situation. However, it may be difficult to recognize when an individual has suffered some form of violence. In some cases, even if it is recognized, many health professionals do not know how to conduct the case to benefit the person who suffered the violence. Contributions are needed to clarify health professionals and break the barriers to improve a paradigm that is very common in Brazil: underdiagnosis and underreporting of violence against children and adolescents.

Keywords: Maltreatment; Maltreatment in children and adolescents; Child abuse, Child aggression; Typical child aggression fractures.

## Introdução

No Brasil, estima-se que 10 a cada 1000 crianças seja vítima de violência e que dentre elas cerca de 2% a 3% morrem<sup>(1-2)</sup>. No mundo, a incidência varia entre 15 e 40 a cada 1000 crianças<sup>(3-4)</sup>. Três quartos das crianças de 2 a 4 anos do mundo – cerca de 300 milhões – sofrem agressão psicológica e/ou punição física tendo como autores os seus cuidadores. Em todo o mundo, cerca de 15 milhões de adolescentes meninas, de 15 a 19 anos, foram vítimas de relações sexuais ou outros atos sexuais forçados<sup>(3-4)</sup>. Tais dados epidemiológicos nos remetem a extrema importância desse tema no dia-a-dia do médico.

Embora frequente, a violência contra crianças e adolescentes é um capítulo pouco abordado durante a formação médica. Tal fato contribui para o subdiagnóstico dessa condição. Além disso, mesmo quando diagnosticado, o profissional de saúde, em geral, não sabe como conduzir o caso ou então possui receio de tomar as medidas cabíveis. A violência contra a criança e o adolescente pode ocorrer de diversas formas, podendo caracterizar abuso físico, sexual, psicológico, negligência ou abandono. Pode ocorrer em diversos contextos incluindo o ambiente familiar, escolar e também na comunidade em geral<sup>(5)</sup>.

Assim sendo, a relevância do tema e a frequência de atendimentos nos hospitais, torna necessária a abordagem do assunto para que o reconhecimento de um indivíduo que sofreu algum tipo de violência, principalmente maus tratos em crianças e adolescentes, possa ser mais facilmente identificado. Sendo assim, profissionais de saúde, principalmente os médicos em formação, carecem de bases teóricas para suspeitar e realizar o diagnóstico dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Além disso, contribuir para como conduzir de forma mais adequada e humanizada os casos de maus tratos. Desta forma, melhorar um paradigma bastante comum no Brasil: o subdiagnóstico e a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Nesse sentido, o objetivo dessa revisão da literatura, é descrever 1) os principais tipos de maus tratos contra crianças e adolescentes; 2) os principais tipos de lesões associadas aos maus tratos, 3) como os maus tratos devem ser diagnosticados e conduzidos pelos profissionais de saúde.

## Metodologia

O texto foi construído a partir de revisão da literatura com estratégia de busca definida. Foram selecionados artigos publicados nas seguintes bases de dados: Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), entre outros.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: maus tratos contra crianças e adolescentes, violência contra crianças e adolescentes, abuso infantil, principais fraturas em crianças e adolescentes, diagnóstico de abuso físico em crianças, abordagem de maus tratos em crianças.

Foram critérios de inclusão: idioma (Português, Inglês ou Espanhol); recorte temporal (2002 até 2018), nível de evidência científica, tipo de trabalho científico (metanálises, artigos e teses completas). A pesquisa foi realizada no período de Fevereiro/2018 a Maio/2018.

Após a seleção dos textos, o procedimento de coleta de dados se desenvolveu da seguinte maneira: Realização da leitura de cada artigo, confirmação se os trabalhos selecionados atendiam os critérios de inclusão e seleção de alguns autores para a discussão dos objetivos propostos.

## Resultados

Somando-se todas as bases de dados, foram encontrados 80 artigos. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchem os critérios deste estudo. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 30 artigos que preenchem os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra, além de informações do Ministério da Saúde para compor o estudo.

Do total de artigos encontrados, foram selecionados 17 textos resultantes de investigações empíricas e de revisões da literatura, com foco principal nos aspectos relacionados aos maus tratos em crianças e adolescentes, no diagnóstico e na abordagem para conduzir os casos suspeitos ou confirmados de agressão contra crianças e adolescentes, os quais subsidiaram a presente investigação.

Após leitura dos artigos, os principais resultados encontrados foram que a violência infantil pode ser dividida em quatro grupos: negligência, abuso físico ou sevícias, abuso sexual, abuso psicológico<sup>(6-7)</sup>. No que se

referem as principais lesões, os tipos de fraturas são mais características de maus tratos, são as metafisiárias, de escápula e esterno, diafisárias, metacarpais e metatarsais, de crânio, diáfise do fêmur, fratura do Cassetete <sup>(8-9)</sup>.”

Dados apontam que a maioria dos casos de violência ocorre no ambiente familiar, sendo o pai biológico o principal agressor (41,3% dos casos), seguido da mãe biológica (38,9% dos casos) e do padrasto (11,1%), além de outros parentes <sup>(6-10)</sup>.

Podemos dividir a violência infantil, segundo sua natureza, em quatro grupos: negligência, abuso físico ou sevícias, abuso sexual, abuso psicológico <sup>(7-10)</sup>.

## Discussão

### Maus tratos contra crianças e adolescentes

Maus tratos contra crianças e adolescentes ocorrem quando: “(...) um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima <sup>(10)</sup>.”

Maus tratos contra crianças e adolescentes são agravos extremamente prevalentes. Segundo dado da UNICEF <sup>(4)</sup>, em todo mundo, quase 3500 crianças e adolescentes morrem anualmente por negligência. O coeficiente de mortalidade por violência nesta população é de 2,2 por cem mil crianças do sexo feminino e 1,8 por cem mil crianças do sexo masculino. Dados do Ministério da Saúde apontam que as agressões constituem a principal causa de mortalidade de jovens entre 5 e 19 anos <sup>(11)</sup>.

Pode-se verificar que casos de violência contra crianças e adolescentes, infelizmente, não são eventos raros em nossa sociedade. Apesar disto, pouco se fala sobre este assunto, o que faz com que os profissionais de saúde não saibam lidar com esse tipo de agravo. Apesar da obrigatoriedade da notificação dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, os profissionais de saúde tendem a não fazê-lo por uma série de razões, dentre elas o medo de retaliação por parte do agressor e a crença de que a notificação não irá resolver o caso.

A negligência ou abandono caracteriza-se pela omissão de cuidados básicos e de proteção à criança. É o tipo mais frequente de maus tratos e pode ocorrer de três maneiras: negligência física, negligência emocional, negligência educacional <sup>(6-7)</sup>.

A negligência física ocorre quando o responsável legal pela criança ou adolescente omite cuidados básicos, tais como higiene pessoal, alimentação e proteção às alterações climáticas. Neste grupo, pode-se incluir também a ausência de cuidados médicos, tais como vacinação, e a imprudência no trânsito <sup>(6-7)</sup>.

A negligência emocional ocorre quando há falta de suporte afetivo e emocional à criança por parte de seu responsável. A exposição crônica à violência doméstica e permissão para o uso de álcool e drogas também são encaradas como atos de negligência emocional <sup>(6-7)</sup>.

A negligência educacional ocorre quando a criança não é matriculada na escola no período correto ou quando há recusa do tutor em matriculá-la em escola especial, quando indicado <sup>(6-7)</sup>.

O abuso físico ocorre quando um indivíduo usa intencionalmente a força física para ferir a vítima. É o tipo de violência de maior visibilidade ou diagnóstico, pois deixa marcas, tais como equimoses, hematomas e soluções de continuidade.

O abuso sexual pode ocorrer de várias formas: (1) com penetração; (2) sem penetração; (3) com toque, carícias e exposição do genital; (4) prostituição, voyeurismo, pornografia e assédio sexual. Esta forma de violência pode ocorrer em vários contextos: intrafamiliar, extrafamiliar e institucional <sup>(8)</sup>. Em crianças, em até 85% dos casos, o agressor é alguém conhecido <sup>(12-13)</sup>.

O abuso psicológico ocorre quando há rejeição, discriminação ou desrespeito a criança. Punir, humilhar ou aterrorizar, bem como promover o isolamento social do indivíduo também são formas de abuso psicológico <sup>(12-13)</sup>.

### Principais fraturas em crianças e adolescentes

Fraturas Metafisárias: são bastante sugestivas de violência. Quando a força do trauma é aplicada nas zonas de inserção ligamentar há arrancamentos de fragmentos ósseos e fratura transmetafisária <sup>(8)</sup>.

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 <sup>(8)</sup>.

Fraturas diafisárias: as fraturas diafisárias espiraladas de úmero ou fêmur, até mesmo sendo isoladas, sugerem fortemente abuso e

ocorrem por torção e rotação forçada da extremidade, assim como a fratura do extremo distal da clavícula e da escápula, já que as fraturas acidentais da clavícula se dão em seu terço médio <sup>(9)</sup>.

Fraturas metacarpais e metatarsais em geral são acompanhadas de outras fraturas e ocorrem quando os adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças <sup>(8-9)</sup>.

Fraturas de crânio: as fraturas de crânio podem estar relacionadas a golpe direto ou arremesso contra o chão e paredes. São fraturas com alta morbidade e mortalidade, quase sempre associadas às lesões do parênquima cerebral <sup>(8)</sup>.

Fraturas da diáfise do fêmur: em crianças menores de 6 anos, violência física é a principal causa deste tipo de fratura. Nos indivíduos de até 2 anos, os casos de abuso físico correspondem a aproximadamente 80% dos casos de fratura da diáfise do fêmur <sup>(9)</sup>.

Fratura do Cassetete: este tipo de fratura caracteriza por uma fratura isolada da ulna, causada por um golpe direto sobre este osso. Muitas vezes, é um sinal de defesa contra uma agressão. O indivíduo interpõe o antebraço frente ao rosto para defender-se de um golpe do agressor <sup>(8)</sup>.

Outros tipos de fratura pouco comuns em crianças são as fraturas de arcos costais, que costumam ser resultante de golpe direto ou golpe contra anteparo. Fraturas nos membros inferiores em crianças que ainda não deambulam quase sempre são causadas por golpes diretos <sup>(8)</sup>.

## **Diagnóstico de abuso físico em crianças – Como Diagnosticar?**

O conhecimento das formas de violência, bem como as suas manifestações é fundamental para realizar a suspeição clínica e, a partir disto, fazer o diagnóstico.

Deve-se suspeitar de maus tratos nas seguintes situações: lesões em áreas não comuns de acidentes e, quase sempre cobertas, tais como genitália, couro cabeludo e nádegas; equimoses; hematomas; mordeduras; lacerações; lesões que lembram a arma utilizada pelo agressor; lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado; lesões em vários estágios de cicatrização; sinais de negligência tais como higiene precária, demoram em procurar atendimento médico, atraso no calendário vacinal e intoxicações por medicamentos e materiais de limpeza <sup>(14)</sup>.

A Síndrome do bebê sacudido, como esta forma de agressão ficou conhecida, é grave por

suas sérias consequências para o bebê. As lesões vasculares e teciduais por contusão, rompimento ou cisalhamento causadas pela aceleração e desaceleração podem causar alterações no nível de consciência, irritabilidade, convulsões, déficits motores, edema cerebral, problemas respiratórios, hipoventilação, coma, chegando, muitas vezes, à morte <sup>(15)</sup>.

As lesões ortopédicas são de grande visibilidade e comuns em casos de violência física. Estão presentes em 36% dos pacientes vítimas de abuso físico e devem ser avaliadas cuidadosamente por meio do exame clínico e radiológico <sup>(16)</sup>. Em crianças, deve-se suspeitar sempre em que há: fraturas em espiral; fratura de canto metafisário; múltiplas fraturas em diferentes estágios de consolidação; padrões de fraturas inconsistentes com o tipo de acidente relatado; fraturas não testemunhadas; lesões de pele suspeitas associadas.

## **Como conduzir os casos suspeitos ou confirmados de agressão contra crianças e adolescentes?**

Segundo o Guia de Atuação Frente a Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes <sup>(7)</sup>, publicado em 2011 pela Sociedade Brasileira de Pediatria, antes de tomar qualquer medida legal, deve-se prezar pelo bem-estar do paciente, realizando suturas, analgesias ou imobilizações, quando necessárias <sup>(17)</sup>. O médico deve ainda avaliar se há risco de recidiva do ato de agressão, neste caso, poderá inclusive internar a criança ou o adolescente, visando afastá-lo do agressor.

O médico poderá conversar com o tutor legal e/ou outro responsável pela criança, a fim de tentar esclarecer as circunstâncias em que ocorreu o acidente com a criança e, a partir disto, chegar à conclusão se houve ou não agressão. Ressaltamos que muitos médicos não se sentem confortáveis com esse tipo de abordagem e, neste caso, não devem fazê-lo. Devem, no entanto, solicitar ajudar de um assistente social ou de outro profissional da saúde mais experiente neste tipo de situação <sup>(18)</sup>.

Por último, o médico assistente deverá notificar o caso às autoridades responsáveis, em ficha própria para tal fim. O médico poderá fazê-lo diretamente ao Conselho Tutelar de sua localidade, ou entregar a ficha junto a Assistente Social, dependendo do protocolo da unidade de saúde em questão. Na ausência do Conselho Tutelar na região, o médico poderá notificar o caso a outros órgãos, tais como: Delegacia de

Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia Policial comum, Defensoria Pública, Varas da Infância e da Juventude ou Varas de Família e Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude/Ministério Público<sup>(18-19)</sup>.

Ressaltamos que desde 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e Adolescente, a denúncia dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos é obrigatória<sup>(19)</sup>. Inclusive, o médico ou qualquer outra pessoa, incluindo professores e outros profissionais de saúde, que não notificarem casos de maus tratos estão sujeitos às penalidades da lei. Em 2001, o Ministério da Saúde reforçou a obrigatoriedade da notificação. Inclusive, os casos de violência contra criança, seja qual for a natureza, são agravos notificáveis. Estima-se que em nosso país 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados diariamente. Destes, apenas 1 em 20 casos é notificado às autoridades competentes<sup>(19)</sup>.

## Conclusão

As informações disponíveis no Brasil e exterior através de dados atuais indicam que a violência realizada contra crianças e adolescentes é um importante problema de saúde. Assim sendo, profissionais que atuam na área devem estar capacitados para identificar e atuar de forma adequada sobre casos onde há suspeita de maus tratos. A identificação e ação efetiva destes profissionais é um dos fatores fundamentais que pode contribuir de forma efetiva para a redução do problema. Todavia, para que isso possa ser concretizado, estes profissionais necessitam da obtenção de conhecimentos básicos para reconhecer e diagnosticar maus tratos, visando melhorar um paradigma bastante comum no Brasil: o subdiagnóstico e a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

## Referências

- [1] Waiselfisz JJ. Juventude VIVA - Mapa da violência 2014: Homicídios e juventude no Brasil. Brasília: Qualidade 2014. Retirado de: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf)
- [2] Giordani JMA, Cezar PK., Campos G, Kretzmann FG, Kocourek S. Characteristics of family health professionals in care of violence against children and adolescents. *Revista de Enfermagem. UFSM*. 2015; 5(2):316-326.
- [3] Tanaka M, Georgiades K., Boyle MH, MacMillan HL. Child maltreatment and educational attainment in young adulthood: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015; 30, 195-214.
- [4] United Nations Children's Fund (UNICEF), A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, UNICEF, New York. 2017.
- [5] Vieira LJES, Silva RMS, Cavalcante LFC, Deslandes SF. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(11):3407-3416.
- [6] Brandt Y. Inovação, proteção à criança e agenda pós 2015: um imperativo global. In: Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2015: reimagine o futuro [Internet]. Brasília: UNICEF; 2015 [acesso em 08 mar. 2018]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/SOWC\\_Ensaio\\_pos2015.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/SOWC_Ensaio_pos2015.pdf)
- [7] Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. 2011. 2ª ed. Rio de Janeiro.
- [8] ROATO – Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia, módulo 1. Artmed/panamericana editora. 2004; p. 125-162.
- [9] Pereira MM. Fraturas Diafisárias do Fêmur em crianças: ainda há espaço para o tratamento conservador? *R. Into*, 2004; v. 2, n. 3, p. 1 -60.
- [10] Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19:865-74.
- [11] Ministério da Saúde (BR). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde 2002.
- [12] Florentino BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2015, vol.27, n.2
- [13] Martins FFS, Romagnoli RC. A violência contra as crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XXIII: uma análise quantitativa. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2017; 10( 2 ): 148-161.
- [14] Marcos PJR, Radtke GTB, Edilson F. Evaluation of suspected physical abuse in children: a 500-case study *Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)*. 2017; 52, (3):284-290.
- [15] Morais RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP, Oliveira JS. Ações de proteção à crianças e adolescentes em situação de violência. *Rev enferm UFPE on line* 2016; 8(2):1645-1653.
- [16] Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2001.
- [17] Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, Bernal RT. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos. *Brasil, 2014. Cien Saude Colet* 2016; 21(12):3729-3744.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2014. Brasília: MS;2016.
- [19] Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Cortez; 1990.