



**UNICEPLAC**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO**

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**  
**Curso de Medicina**  
**Trabalho de Conclusão de Curso**

**ABUSO FÍSICO E MAUS TRATOS INFANTIL:  
PRINCIPAIS LESÕES E CONDUTAS NA SALA DE  
EMERGÊNCIA.**

Gama-DF  
2022

**André Thiago Gomes Perez  
Guilherme de Castro e Santos**

**ABUSO FÍSICO E MAUS TRATOS INFANTIL:  
PRINCIPAIS LESÕES E CONDUTAS NA SALA DE  
EMERGÊNCIA.**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof: Dr. Felipe Sakr Callou Torres.

Gama-DF

2022

**André Thiago Gomes Perez  
Guilherme de Castro e Santos**

**ABUSO FÍSICO E MAUS TRATOS INFANTIL:  
PRINCIPAIS LESÕES E CONDUTAS NA SALA DE  
EMERGÊNCIA.**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Sakr Callou Torres.

Gama-DF, 22 de setembro de 2022.

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. Felipe Sakr Callou Torres  
Orientador

Prof. Me. Alessandro R. Caruso da Cunha  
Examinador

Prof. Me. Marco Antônio Alves Cunha  
Examinador

## **ABUSO FÍSICO E MAUS TRATOS INFANTIL: PRINCIPAIS LESÕES E CONDUTAS NA SALA DE EMERGÊNCIA.**

**André Thiago Gomes Perez  
Guilherme de Castro e Santos**

## **RESUMO:**

Este artigo tem como objetivos compreender a epidemiologia dos traumas não acidentais de abuso infantil, ressaltando o impacto da pandemia sobre o número de casos, evidenciar as lesões alerta, (“red flags”, injúrias as quais podem trazer suspeita para o médico examinador) e sistematizar a conduta do caso, desde a identificação da lesão suspeita e a notificação compulsória.

## **Métodos:**

Foi utilizado os descritores: “trauma abuso infantil” e “características e conduta”. Após exclusão de artigos que não agregam, 15 foram lidos e utilizados para o trabalho.

## **Resultados:**

O trauma não acidental é um problema multifatorial, maus-tratos possuem relação com o universo em que a criança está inserida. Países subdesenvolvidos possuem as maiores taxas de negligência infantil. A pandemia mostrou um vínculo negativo com o problema, por conta do confinamento, fechamento de escolas e desemprego. Algumas lesões possuem maior especificidade como, a hemorragia de retina (60-85%). Múltiplas fraturas apresentam 74% de chance de abuso. O trauma encefálico possui 25% de mortalidade, seguido pelo trauma abdominal. Existem marcas de diagnóstico, como o sinal de "alça de balde" ou marcas de materiais na pele. A histórica clínica apresenta forte poder de diagnóstico. Exames de laboratório e imagem podem ser utilizados para diagnósticos diferenciais. A notificação é dever do médico que suspeita ou confirma o abuso. A chance de reincidência das crianças e adolescente deve ser analisada pela equipe multidisciplinar, para avaliar a necessidade de uma internação. A decisão final cabe ao Conselho tutelar/Vara da infância e do adolescente, com o objetivo de interromper a violência contra a população acima citada.

## **Conclusão:**

Considerado os achados, o examinador deve saber diferenciar lesões de trauma acidental daquelas provocadas, pois o seu reconhecimento precoce associado a anamnese e exame físico contribuem para uma tomada de decisão assertiva, juntamente ao conhecimento do preenchimento da ficha de notificação e contato aos órgãos públicos responsáveis.

**Palavras-chave:** maus-tratos infantil; lesões; conduta.

## **Abstract:**

This article has as its objectives to understand the epidemiology of the non-accidental traumas (NAT) of child abuse, highlighting the impact of the COVID-19's pandemic on the numbers of cases, to show the kind of wounds that are considered “red flags”, (wounds which can bring suspicion to the doctor) and to systematize the conduct of the case, from the basics of identification of abuse to the notification of it.

## **Methods:**

It was used the words for search: “child abuse trauma” and “characteristics and conduct”. Were used for the paper 15 different articles.

## **Results:**

Non-accidental trauma is a multifactorial problem, child abuse is highly related to the universe that the child is inserted. Underdeveloped countries have higher rates of child abuse. The COVID-19's pandemic has worsened the problem, due to confinement, educational closures and parent's unemployment. Some wounds have higher specificity such as Retinal hemorrhage (60-85%). Multiple fractures have 74% of specificity. Head trauma have a 25% mortality rate, followed by abdominal trauma. Some wounds have high specific value for child abuse, such as the “bucket handle” sing or the wounds with the certain marks (hands, spoons, woods and belts). The clinical history has strong diagnostic value. Laboratory and imaging tests can and should be used for differential diagnosis of child abuse. The notification is mandatory to the doctor who suspects or has a confirmed case of abuse. The chance of recidivism of the child should be analyzed by the multidisciplinary team, to see if the child should or should not be interned as a matter of protection. The final decision is up to the Child and Adolescent Guardianship, with the objective of stopping the violence against the child.

## **Conclusion:**

Considering the results of the article, the doctor must know how to differentiate inflict or non-inflict injuries, because the early recognition associate with the clinical history and exams contribute to the decision if it is an abuse or not. The management and fill of the notification and its way to higher justice is also a needed knowledge.

**Keywords:** child maltreatment; injuries; conduct.

## **• INTRODUÇÃO**

Os traumas não acidentais de abuso infantil, também conhecidos como NAT (*non-accidental trauma*) são injúrias provocadas de maneira proposital nas crianças. Eles representam grande risco à vida, além de acarretar severas consequências posteriores à vítima (PAUL; ADAMO, 2014).

É de suma importância saber reconhecer prontamente as lesões que trazem consigo sinais de alerta (red-flags), já que o NAT é responsável por um crescente índice de mortalidade e possui elevada taxa de recidiva (BAGLIVIO et al., 2016).

Os tipos de lesões (contusões, queimaduras, fraturas, traumas cranioencefálico e etc.) e as marcas deixadas pelos agressores podem passar despercebidas pelo examinador no setor de emergência.

Assim, torna-se de interesse comum, conhecer os NATs mais prevalentes e incidentes nos diversos grupos socioeconômicos distribuídos pelo mundo, uma vez

que se observado uma diferença expressiva nos tipos de lesões mais recorrente em cada região.

Dessa forma, o médico, após reconhecer uma possível injúria decorrente de maus-tratos, deve saber como proceder as medidas iniciais: manejo e métodos para a decisiva do abuso (analítica), notificação compulsória, observação e seguimento do infante.

Por fim, visa-se através desta revisão de literatura, descrever as principais lesões nas crianças vítimas de NAT e as condutas iniciais na sala de emergência.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Epidemiologia**

O mau trato infantil apresenta diversas variáveis, assim se tornando um problema multifatorial. De acordo com Viola (2016), apesar da dificuldade de identificação da amostra, principalmente em países subdesenvolvidos, onde a notificação dos casos é deficitária, é observado que a negligência contra a criança ocorre com maior frequência em locais em com menor produto interno bruto (PIB). Nos países em desenvolvimento, como os as nações sul-americanas e africanas, possuem os maiores índices de violência infantil, em contrapartida, no continente europeu se tem as menores taxas de maus tratos infantil (ROLIM et al., 2014).

Do período de 2016 a 2020, foram mortas de forma violenta, 35 mil crianças e adolescentes de 0 a 19 anos no Brasil – uma média de 7 mil por ano; 180 mil sofreram violência sexual no período de 2017 a 2020, uma média de 45 mil casos por ano, como consta no Anuário de Segurança Pública Brasileiro. Um estudo realizado em 2009 no estado do Paraná, constatou que os maus-tratos ocorrem em 98,2 % na rede intrafamiliar. Evidenciou-se a mãe como o principal agressor, sendo responsável de 48,8% dos casos, já o pai, 12,7%. Também foi notado uma diferença entre os gêneros das vítimas, os meninos foram os alvos das agressões, cerca de 59%, enquanto as meninas 41% da totalidade. Do mesmo modo que houve diferença entre os sexos das crianças, o tipo de violência foi distinto, 70,3% negligência, 18,3% violência física, 7,4% violência sexual, 3,6% violência psicológica e 0,3% de abandono. Dados os quais foram coletados de Rede de Proteção/SUS (MARTINS, 2010).

Tendo em vista as ocorrências em crianças de 0 a 9 anos, as entre 7 e 9 anos foram as de maior número (146 - 48,6%), em seguida, 4 e 6 anos (81 - 27,0%) e de 1 e 3 anos (57 - 19,0%). As crianças menores de um ano foram as que menos sofreram violência em número absoluto (16 - 5,3%). No entanto, representam um número de grande relevância, visto que são de notificações reincidentes, deste modo, este dado demonstra que crianças com menos de um ano, já sofreram violência repetidas vezes (MARTINS, 2010).

Em 2010, estima-se que 2,07 por 100.000 crianças morreram como resultado de abuso ou negligência. Embora o NAT ocorra em crianças de todas as idades, crianças entre 0 e 3 anos estão em maior risco de morte. Em 2010, o Departamento de Saúde e Recursos Humanos (DSRH) dos EUA identificou 695.000 crianças (9,2 pacientes por 1.000 crianças) como vítimas de abuso infantil pela primeira vez. Além dessas vítimas de prima incidência, outras 754.000

crianças (10 pacientes por 1.000 crianças) foram identificadas como pertencentes a um grupo de agressões recorrentes. (PAUL; ADAMO, 2014). Foi constatado pelo DSRH que 81.5% dos abusos infantis são de crianças abaixo dos 5 anos (PAUL; ADAMO, 2014).

O número de casos de abuso infantil se diferencia quando comparados a países mais desenvolvidos. É importante compreender as estratégias pregadas no continente europeu, para que o Estado possa usar estas medidas gerenciais como base. É entendido que os serviços de apoio domiciliar, treinamento profissional (sobre abuso e negligência na infância), a identificação, a prevenção e assertiva de punição são os responsáveis pelo baixo número de abuso infantil. A compreensão desses planos com a ideia de instalar essas estratégias em território brasileiro é de suma importância para diminuição do número de casos absolutos (VIOLA 2016).

O Estado é visto como o principal responsável pela proteção infantil, desde a sua prevenção até a assertiva da punição caso o abuso seja cometido. Deste modo, a nação tem um papel protetivo e deve atuar como base para crianças em situações de risco, uma vez que tais esforços refletem diretamente sobre o número total epidemiológico de casos de abuso infantil (VIOLA 2016).

## 2.2 Efeito pandemia

A pandemia do coronavírus teve diversos efeitos no cenário mundial. Tais mudanças, contudo, trouxeram implicações negativas no âmbito social e econômico em grande parte da população, juntamente com as taxas de desemprego crescentes, fechamento de escolas e isolamento social, o que resultou em mudança significativa do cotidiano dos infantes e dos adultos (LAWSON; PIEL; SIMON, 2020).

A adversidade econômica é fator de risco para maus-tratos psicológicos e abuso físico (Belsky, 1993; Cicchetti & Lynch, 1993; Conrad-Hiebner & Byram, 2020). Conger & Elder, (1994) enfatizam que a instabilidade econômica, incluindo perda de emprego, desemprego e dívidas sobrecarregam consideravelmente as relações familiares. O risco de abuso infantil aumenta significativamente à medida que o estresse se acumula (LAWSON; PIEL; SIMON, 2020).

Com taxas de desemprego crescentes, fechamento de distritos escolares em todo o país, os pedidos de permanência em domicílio (*lock-down*), a pandemia do novo coronavírus (COVID19) alteraram abruptamente e significativamente a vida cotidiana das crianças pequenas e suas famílias ao redor do mundo (LAWSON; PIEL; SIMON, 2020).

As organizações de saúde pública enfatizam o aumento do risco de abuso infantil, especialmente entre famílias que eram abusivas antes da pandemia e naquelas que passavam pelo estresse e instabilidade econômica, como a perda imprevista do emprego, resultantes da crise econômica relacionada ao COVID-19 (LAWSON; PIEL; SIMON, 2020).

Perder o emprego é um fator estressor significativo na vida, podendo levar vários anos para haver uma recuperação psicológica total. (Infurna & Luthar, 2016). Além disso, à redução da renda familiar e do acesso aos benefícios como seguro-saúde, contribuem para uma minimização do apoio social entre colegas, sendo também fatores de risco para a condição supracitada. (LAWSON; PIEL; SIMON, 2020).

### 2.3 Lesões típicas de abuso (*Red-flags*)

A suspeita de abuso deve ser considerada um diagnóstico diferencial quando há lesões em múltiplas áreas, em vários estágios de cicatrização ou com padrões suspeitos. Queimaduras, contusões, fraturas, lesões abdominais e na cabeça, são os sinais físicos mais usuais. Fraturas das costelas posteriores, hemorragia retiniana, fraturas metafisárias ou complexas do crânio em lactentes, fraturas dos ossos longos em crianças menores de 2 anos e fraturas no esterno, são lesões que trazem intrinsecamente um maior valor preditivo de trauma não acidental (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006).

Histórias apresentadas aos profissionais de saúde que não condizem com a realidade, por exemplo, uma criança de um ano de idade que quebrou a perna correndo, ou que caiu do próprio berço, são de forte indício de agressão. Elementos como a demora de apresentação a sala de emergência, injúrias de origem desconhecidas, pais novos, baixo apoio social e econômico e recorrência são também indicativos para investigação de abuso infantil. Todos esses fatores, juntamente ao tipo de lesões e resultado de pesquisa de exames, ajudam na discriminação das lesões intencionais daquelas acidentais. (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006).

O grande desafio seria a distinção pelo profissional de saúde das injúrias acidentais daquelas provocadas, o que possibilitaria a determinação das etiologias nosológicas de maior prevalência. (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006;)

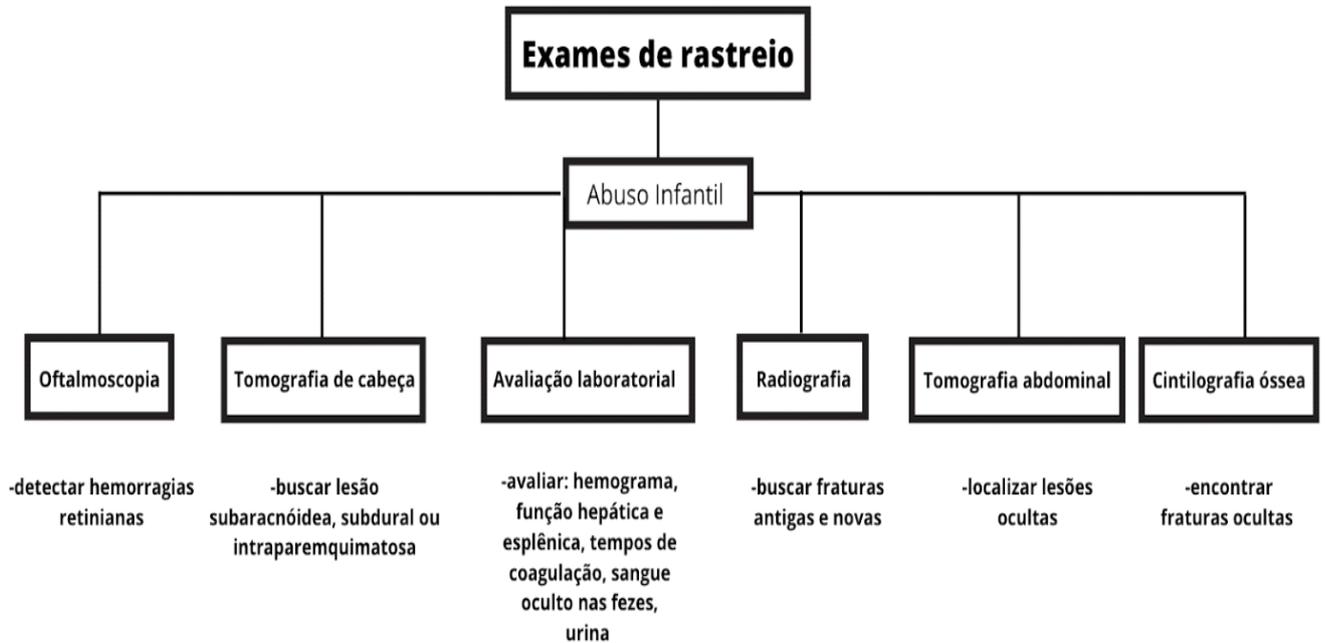
Imagem 1 - Diagnósticos Diferenciais

<b>Lesões</b>	<b>Diagnóstico diferencial</b>
<b>Contusões</b>	Contusões acidentais, práticas culturais, distúrbios dermatológicos, distúrbios genéticos (ex: síndrome de Ehlers-Danlos), manchas mongólicas
<b>Queimaduras</b>	Queimadura acidental, práticas culturais, dermatite, infecção de pele, síndrome de Stevens-Johnson
<b>Fraturas</b>	Fraturas acidentais, trauma de nascimento, sífilis congênita, leucemia, raquitismo, osteomelite
<b>Traumas na cabeça</b>	Trauma acidental, trauma de nascimento, doença hemorrágica, infecção, anomalias vasculares intravasculares

Fonte: (HUDSON; KAPLAN, 2006)

Para fazer tal diferenciação, o profissional de saúde pode também utilizar exames específicos para o rastreio de sinais que tem indicio de abuso, conforme o organograma abaixo: (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006)

**Imagem 2** - Exames de rastreio na suspeita de abuso infantil



Fonte: (HUDSON; KAPLAN, 2006)

Faz-se necessário que médicos e enfermeiros sempre correlacionem os achados ectoscópicos com a história clínica do paciente. É observado que a anamnese tem o mesmo, ou talvez maior valor diagnóstico de abuso do que os exames propriamente ditos. Deste modo, o examinador aventando a possibilidade de maus-tratos deve fazer um interrogatório direcionado com o objetivo de encontrar incongruências e/ou inconsistências diante da história previamente apresentada.

**Imagem 3 - Investigação na suspeita de trauma infligido**

<b>Suspeite de trauma infligido se a resposta for sim para qualquer uma das seguintes perguntas:</b>
Existe uma distribuição ou localização incomum das lesões ?
Existe um padrão de hematomas ou marcas ?
Um distúrbio hemorrágico pode ser descartado como causa da lesão ?
Se houver uma mordida ou hematoma de impressão de mão, é de tamanho adulto ?
Caso existir queimadura, as margens estão claramente demarcadas com profundidade uniforme da queimadura ?
Existem lesões de vários estágios de cicatrização ?
O mecanismo de lesão relatado é inconsistente com a extensão da lesão ?

Fonte: (HUDSON; KAPLAN, 2006)

Estudos evidenciam que alguns tipos de lesões em certos grupos teciduais são mais específicos para diagnóstico de abuso. (PAUL; ADAMO, 2014). Dessa forma, será discutido as principais lesões relacionadas aos maus-tratos na população infante juvenil:

### 2.3.1 Fraturas ósseas

Acerca das fraturas suspeitas, é importante ressaltar que qualquer lesão esquelética pode ser o resultado de agressão. Logo, faz-se necessário uma história cuidadosa avaliada no contexto do estágio de desenvolvimento do paciente, sendo a chave para diferenciar lesões abusivas de não abusivas (KEMP, Alison M. et al., 2008).

No abuso de caráter físico, cerca de 30% das crianças agredidas são diagnosticadas com fraturas esqueléticas, e 80% de todas as fraturas resultadas de agressão foram observadas em crianças menores de 18 meses (HUDSON; KAPLAN, 2006), (PAUL; ADAMO, 2014).

Nota-se uma associação altamente significativa entre múltiplas fraturas e abuso – 74% das crianças abusadas tiveram duas ou mais fraturas (BAGLIVIO *et al.*, 2016). Assim, existem fraturas em crianças pequenas que merecem atenção especial devido à sua alta especificidade para abuso. Lesões metafisárias clássicas (LMC), fraturas de costelas, fraturas escapulares, fraturas do processo espinhoso e fraturas do esterno, trazem intrinsecamente maior valor preditivo para violência infantil (HUDSON; KAPLAN, 2006), (PAUL; ADAMO, 2014).

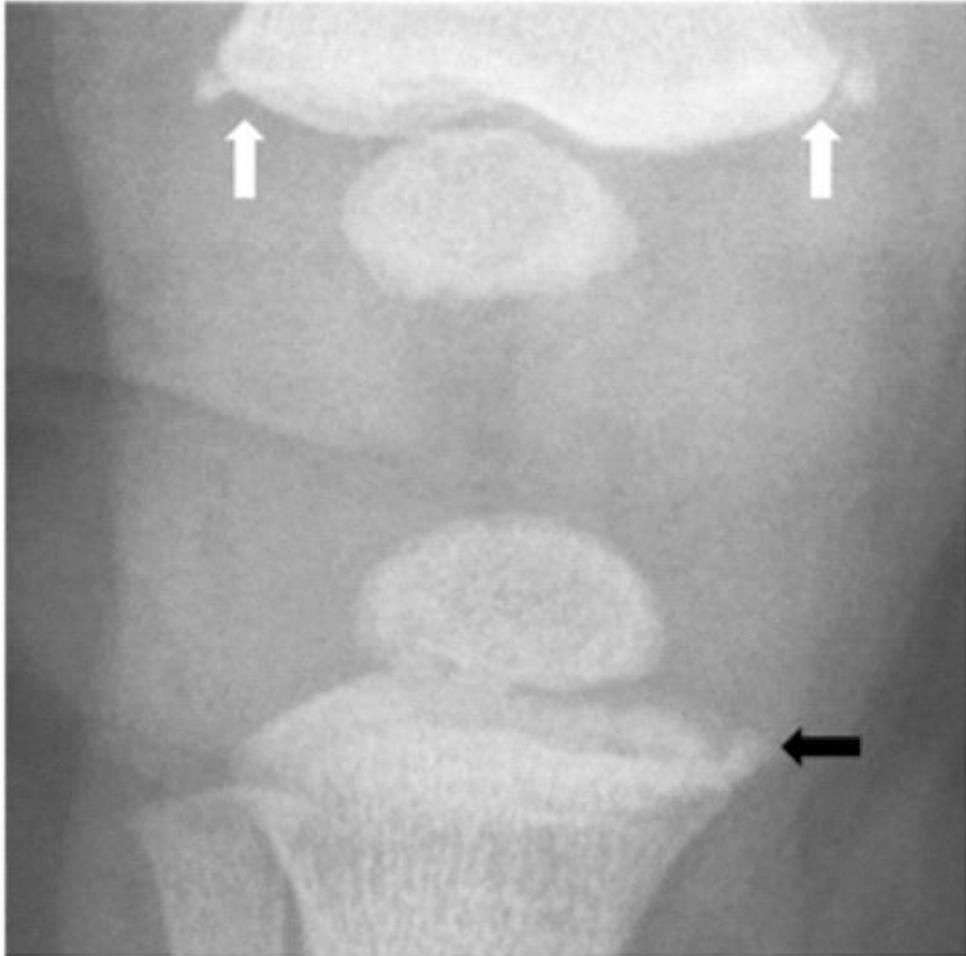
Dado que, múltiplas fraturas nas costelas possuem grande suspeita de maus-tratos, segundo Kemp *et al.*, 2008, cerca de 70% das crianças com essas lesões são vítimas de violência. Assim, o médico examinador deve estar atento quando estiver diante a um caso semelhante.

Outra lesão com alto valor preditivo de trauma não acidental, é a fratura de úmero. Uma criança com menos de 3 anos com esta fratura, tem 50% de chance de ter sido vítima de agressão. As fraturas de ossos longos normalmente tendem a ser espirais ou oblíquas. Nas espirais, são indicativas de lesão por torção da diáfise do úmero e são significativamente mais comuns em crianças vítimas de maus-tratos. (PAUL; ADAMO, 2014).

As fraturas do fêmur que precedem a deambulação são particularmente alarmantes, pois possuem alto indicativo para violência, bem como as fraturas múltiplas em vários estágios de cicatrização, as quais devem levantar suspeita sobre a sua origem (PAUL; ADAMO, 2014).

As fraturas supracondilianas trazem, intrinsecamente, menores probabilidades para violência infantil, contudo, quando a lesão ocorre na região diafisária média a suspeita de violência deve ser levantada, pois não condizem com a normalidade. Tal como, a lesão metafisária clássica (LMC) e a fratura em “alça de balde”, independentemente da história, devem ser vistas como altamente específica para maus-tratos, visto que, a lesão é um resultado de uma força de cisalhamento aplicada a um osso longo, que causa avulsão da metáfise, e essas fraturas não estão associadas a quedas (PAUL; ADAMO, 2014).

**Imagem 4 - Lesão metafisária**



Fonte: (AKBARNIA; NASRIN, 1976) Lesão metafisária clássica. As setas brancas denotam separação metafisária femoral e a seta preta denota uma lesão tibial proximal ou "alça de balde".

Nesse sentido, segundo Paulo (2014), uma criança em cada quatro com menos de 18 meses que sofre uma fratura pode ser vítima de abuso infantil (PAUL; ADAMO, 2014).

### 2.3.2 Contusões

Na infância são comuns traumas acidentais de baixo impacto, então contusões na pele são frequentes, porém certas lesões devem ser analisadas com mais cuidado por terem um maior valor preditivo para violência. Sendo assim, o médico deve na sua avaliação, analisar três fatores os quais podem

ajudar na diferenciação entre contusões acidentais ou não acidentais: a idade, o padrão do hematoma e a sua localização (PAUL; ADAMO, 2014).

#### 2.3.2.1 Idade

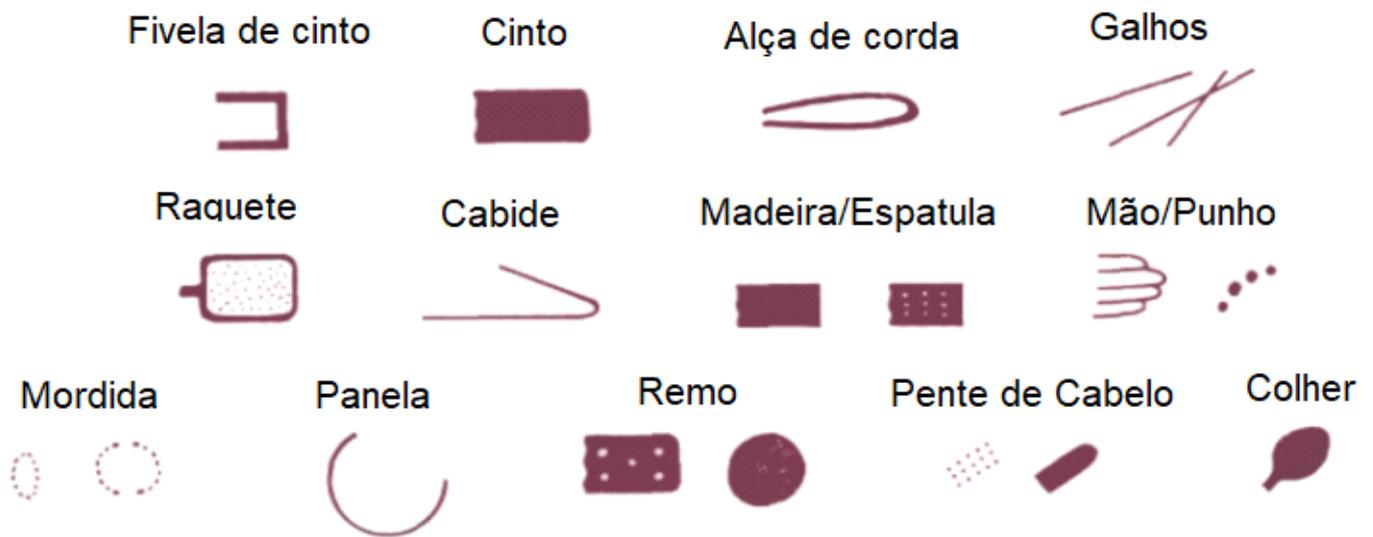
Lesões de pele, como hematomas, escoriações, arranhões, são bastante comuns em crianças e adolescentes de 1 a 17 anos, as quais são compatíveis com a idade e não devem levantar suspeitas. Contudo, bebês de 0 a 8 meses, possuem poucas lesões, logo hematomas nessa idade têm maior suspeita de abuso, diferente de pequenos arranhões no rosto o que são comuns nesse período da vida (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006).

#### 2.3.2.2 Localização e padrão

A localização do trauma, com base na topografia, pode levantar suspeita quanto a origem da lesão. Diante disso, as crianças apresentam contusões com maior frequência em proeminências ósseas como canelas, joelhos e testa. Tais lesões são compatíveis com a idade e não devem, a princípio, serem questionadas. Entretanto, contusões nas bochechas, pescoço, genitais, nádegas e dorso são improváveis de serem acidentais e devem ser consideradas suspeitas de lesão infligida (PAUL; ADAMO, 2014). Injúrias nessas áreas também podem representar lesões subjacentes, como fraturas, lesão abdominal ou hemorragia intracraniana, principalmente em crianças menores de 2 anos de idade. A forma e o padrão das contusões também podem fornecer pistas para distinguir lesões acidentais e abusivas. Ferimentos infligidos normalmente mantêm a forma do objeto causador. Assim, cintos, cordas, sapatos, utensílios de cozinha, cabides e dentes deixam marcas singulares. Logo não é condizente com a normalidade qualquer contusão de formato bem delimitado, e assim faz-se necessário o questionamento sobre o ocorrido (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006).

Imagem 5 - Tipos de marcas

### Tipos de marcas por instrumento



**Fonte:** (MCDONALD, 2007). Adaptado para Português-BR. Principais tipos de marcas por instrumento.

#### 2.3.3 Abdômen

A lesão abdominal infligida é a segunda maior causas de morte por abuso infantil. A investigação relaciona-se com a apresentação das contusões abusivas da pele, então a localização, idade e o padrão do hematoma devem ser levados em consideração (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006);(LYNCH; KILGAR; AL SHIBILI, 2018).

Dessa maneira, qualquer lesão abdominal em uma criança pequena ou jovem sem histórico de trauma grave, como um acidente de automóvel, deve ser suspeitada. As lesões podem ser a decorrência de chutes, socos ou a criança sendo arremessada, sendo assim, constitui-se um trauma de alto impacto, ainda mais sobre um corpo infantil. Assim, as vítimas de abuso podem ter lesões de órgãos sólidos ou ocos, trazendo vários riscos a esse grupo etário. Lesões de órgãos ocos em crianças pequenas e com história conflituosa, possuem alta preocupação para abuso, visto que não conjugam com a normalidade (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006; LYNCH; KILGAR; AL SHIBILI, 2018).

#### 2.3.4 Abuso Sexual

A respeito do abuso sexual, as meninas possuem maior risco. As taxas de prevalência de vitimização sexual foram de 96 por 1000 para as meninas e de 67 a cada 1000 para os meninos, ambos entre a faixa etária de 2 a 17 anos. A grande dificuldade nesse caso é que menos de 10% dos casos comprovados de abuso sexual infantil apresentam achados físicos no exame. Portanto, a história é a parte mais importante da avaliação do abuso sexual. Contudo, alguns achados podem levantar maior suspeita de abuso sexual. Disúria, sangramento

vaginal ou anal, corrimento vaginal, dor ao defecar são sinais os quais não podem passar despercebidos pelo médico examinador e devem levantar suspeita (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006). Tendo em mente que o exame físico e anamnese são a parte mais importante para o diagnóstico de abuso sexual, recomenda-se ao profissional de saúde na entrevista que questione:

**Imagem 6** - Entrevista de suspeita de violência sexual.

<b>Entrevista em caso de suspeita de violência sexual, o profissional deve:</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar à criança quem você é e por que você está lá.</li><li>2. Perguntar se a criança sabe por que está ali.</li><li>3. Usar frases simples curtas, tempos simples e verbos ativos.</li><li>4. Utilizar termos concretos e nomes próprios.</li><li>5. Formular perguntas diretas.</li><li>6. Verificar as declarações da criança.</li><li>7. Reformular as perguntas, se necessário.</li><li>8. Perguntar se a criança entendeu a pergunta.</li><li>9. Oferecer a opção de escrever as respostas ou desenhar o evento.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Entrevistar a criança fora da presença dos pais, se possível. Não seja tendencioso, líder, sugestivo ou presuntivo.</li><li>11. Interrogar sobre histórico médico, medicamentos, histórico menstrual, histórico sexual (isso permite determinar a linguagem e o desenvolvimento da criança).</li><li>12. Questionar sobre os sintomas (por exemplo, físicos, emocionais).</li><li>13. Peça uma descrição do evento.</li><li>14. Obtenha esclarecimentos.</li><li>15. Perguntar sobre as preocupações ou medos da criança.</li></ol>

Fonte: (HUDSON; KAPLAN, 2006)

### 2.3.5 Crânio

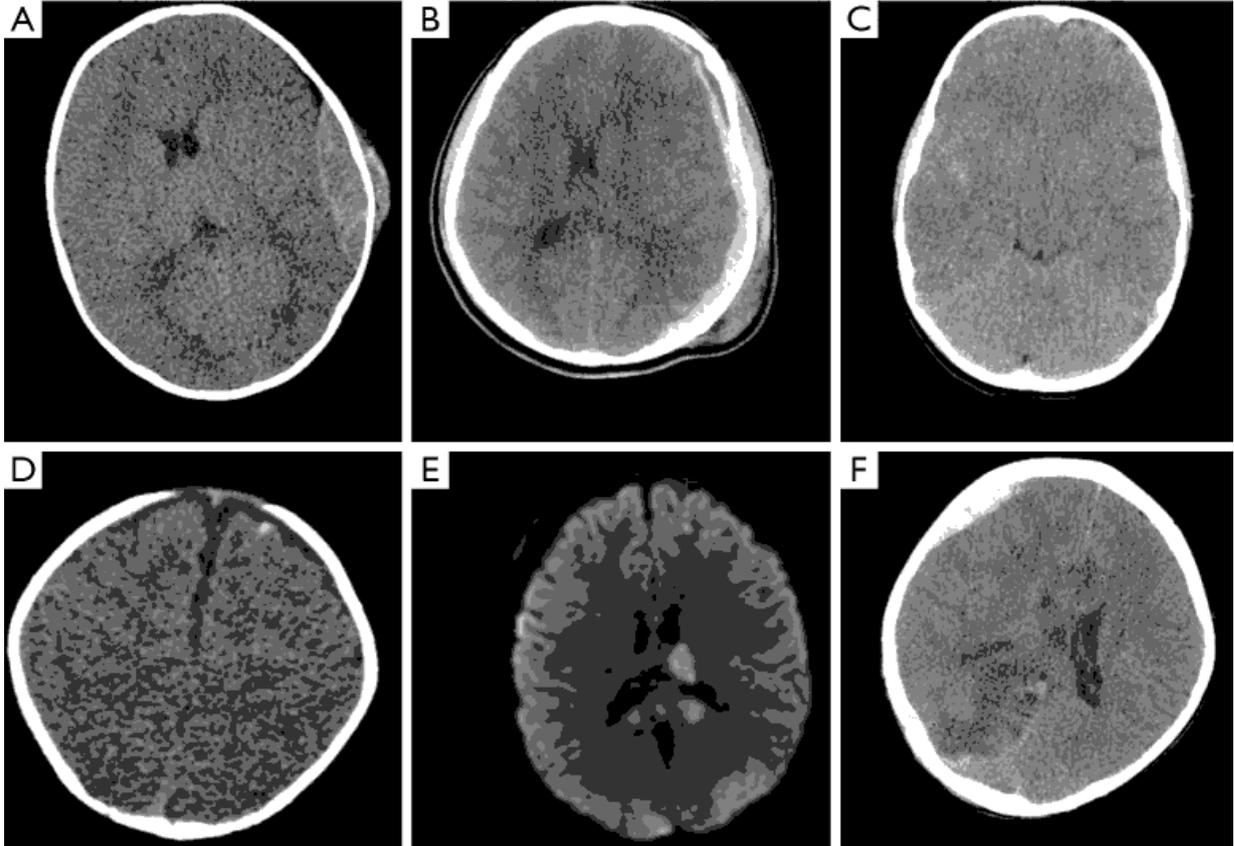
No que diz respeito ao Trauma Abusivo na Cabeça (TAC) esse se classifica como o mais letal e o que mais possui sequela. De 25% a 30% das crianças com TAC morrem e apenas 15% sobrevivem sem nenhuma sequela (HUDSON; KAPLAN, 2006; LYNCH, TIM; KILGAR 2018)

Em 2002 nos Estados Unidos, estima-se que 1.400 crianças morreram por maus-tratos e 80% dos óbitos foram consequências de trauma abusivo na cabeça. Nesse contexto, segundo Hudson; Kaplan, (2006), cerca de 30% das crianças com fratura no crânio podem ter sido vítimas de abuso. Notou-se também, que as principais manifestações neurológicas decorrentes de traumatismo cranioencefálico de abuso são: alteração do estado de consciência (77%), convulsões (43-50%), vômitos (15%) e atraso no desenvolvimento (12%). Contudo o diagnóstico do TAC torna-se um passo desafiador para o médico porque os sinais clínicos revelados são, de maneira geral, inespecíficos (HUDSON; KAPLAN, 2006; LYNCH, TIM; KILGAR, 2018).

O avanço clínico do trauma abusivo na cabeça pode ser desfavorável, o qual pode originar graves complicações futuras. Lesões secundárias como hemorragias epidurais, hemorragias subdurais, hemorragias subaracnóideas, fraturas de crânio, hemorragias intraventriculares, contusões corticais, lesão axonal difusa (LAD) e hematomas intraparenquimatosos são consequências as quais pioram o prognóstico e aumentam a possibilidade de sequelas (MCDONALD, 2007; HUDSON; KAPLAN, 2006).

Nessa perspectiva, o atraso na procura de atendimento e a evidência de outros traumas, também foram preditores significativos de abuso, configurando-se pontos essenciais na pesquisa sobre possível violência infantil.

**Imagem 7** - Achados radiográficos em crianças vítimas de abuso.



Fonte:(HUDSON; KAPLAN, 2006)

Achados radiográficos comumente vistos em trauma não acidental (TNA). (A) Hematoma epidural frontoparietal esquerdo em um menino de 9 meses após queda; (B) um hematoma subdural frontoparietal esquerdo agudo em um homem de 14 anos após uma agressão; (C) pequena quantidade de hemorragia subaracnóidea traumática na fissura silviana direita em um menino de 12 anos após agressão; (D) uma pequena contusão frontal esquerda em uma mulher de 31 dias que caiu; (E) difusão restrita no tálamo esquerdo, esplênio do corpo caloso e pólos occipitais bilaterais em uma jovem de 14 anos; (F) hemorragia epidural frontal direita, bem como hipodensidade do lobo parietal/occipital bifrontal e posteromedial direito representando infarto em um menino de 3 anos após abuso.

### 2.3.6 Hemorragias retinianas

Ocorrem em 60-85% dos traumatismos cranianos não acidentais. A hemorragia retiniana serve como diagnóstico de abuso infantil quando acompanhada de lesões intracranianas na ausência de uma história verificável. Foi mostrado que a sensibilidade estimada da hemorragia retiniana foi de 75% e a especificidade de 93,2% para o diagnóstico de abuso infantil (HUDSON; KAPLAN, 2006). Hemorragias retinianas leves, são compatíveis com trauma acidentais, porém, quando a mesma se apresenta de forma grave, os autores verificaram especificidade de 100% para maus-tratos. Logo, é imprescindível o exame oftalmológico, pois demonstrou-se que a hemorragia retiniana é um forte marcador de abuso e de gravidade (HUDSON; KAPLAN, 2006; MCDONALD, 2007; LYNCH, TIM; KILGAR, 2018).

### 2.4. Atendimento e notificação

A violência contra criança deve ser considerada como enfermidade, como é designada na Classificação Internacional de Doenças (CID). As classificações estão enumeradas no quadro abaixo:

**Imagem 8** - CID violência infantil

<p><i>CID-10</i></p> <p><b>T74 Síndrome de maus-tratos</b></p> <p><b>T74.0 Abandono</b></p> <p><b>T74.1 Sevícias físicas. Síndrome da criança espancada (SOE)</b></p> <p><b>T74.2 Abuso sexual</b></p> <p><b>T74.3 Abuso psicológico</b></p> <p><b>T74.8 Outras síndromes especificadas de maus-tratos. Formas mistas</b></p> <p><b>T74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos. Efeitos de sevícias infligidas a crianças (SOE)</b></p>
---

Fonte: (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011). Quadro com CID-10 referentes a maus-tratos infantis.

O médico exerce uma responsabilidade essencial diante da suspeita ou confirmação de abuso, assim como do encaminhamento do caso para as medidas legais cabíveis para a situação. Bem como, segundo o Código de Ética Médica (2010), artigo 28, "A notificação (ou denúncia) de suspeita ou confirmação de maus-tratos é um dever do médico" (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

A notificação de abuso emitida por qualquer órgão, seja de saúde ou educacional, com destinatário o Conselho Tutelar, a Vara da Infância ou até mesmo o Ministério Público tem como objetivo promover o cuidado sócio sanitário com o foco na proteção de crianças e adolescentes. A notificação gera um processo que tem como objetivo breçar as atitudes agressivas e/ou comportamentos violentos que parte da família ou qualquer agressor. É importante ter em mente que a notificação não tem caráter de denúncia policial, mas sim a finalidade de convocar o foco do Poder Público a problemática, chamando-o à sua responsabilidade (ROLIM, Ana Carine Arruda et al, 2014 HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

A respeito do manejo, quando a vítima não apresentar risco de reincidência com o retorno para a sua moradia, apresentando-se com lesões leves, o médico pode, se achar cabível, liberar a criança ou adolescente após o atendimento, fazendo também a notificação compulsória por meio da ficha de Suspeita ou Confirmação de Violência e Acidentes, para o conselho tutelar de sua região. A notificação é feita pelo preenchimento do formulário de Suspeita

ou Confirmação de Violências e Acidentes, ou então por um relatório institucional elaborado por um membro da equipe multiprofissional. A notificação pode e deve ser encaminhada já no primeiro dia útil do ocorrido (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011; ROLIM, Ana Carine Arruda et, 2014; MIKTON, Christopher; BUTCHART; 2009)

Já na presença de lesões graves, o retorno da criança ou adolescente a sua moradia, contribui diretamente para a reincidência de novas agressões. Assim, orienta-se a internação imediata, para que fique em proteção da instituição hospitalar, junto com a notificação imediata da Vara da Infância e Juventude da região (ROLIM, Ana Carine Arruda et, 2014). A notificação deve ser feita junto ao relatório da equipe multiprofissional e o preenchimento da ficha de notificação de casos confirmados ou suspeitos de violência e acidentes da instituição (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

#### **Imagem 9 - Encaminhamento**

##### **Casos leves e sem risco de revitimização:**

- retorno para moradia
- notificar conselho tutelar

##### **Casos graves ou com risco de revitimização:**

- internação
- notificar Vara da Infância e Juventude e conselho tutelar
- instituição passa a ter a guarda da vítima até decisão judicial pela Vara da Infância e Juventude

##### **Risco de revitimização:**

- agressor não controlável
- família incapaz de proteger

**Fonte:** (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011)

Acerca do encaminhamento, cabe ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região a decisão cabível ao caso. Já a alta hospitalar, necessitará de evidências de melhora clínica e da decisão judicial (MIKTON, Christopher; BUTCHART; 2009; HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

No artigo do 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), propõe que o responsável legal seja o conselho tutelar do local de residência do violentado, caso não tenha um conselho tutelar no local de residência, o comunicado deve ser feito diretamente à Vara da Infância e Juventude da região de moradia da vítima. (MIKTON, Christopher; BUTCHART, 2009). A instituição deve realizar a notificação compulsoriamente e de imediato, seja ela o hospital, a unidade básica de saúde (UBS) ou Unidade de pronto-atendimento (UPA) (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

O ECA, pelo artigo 245, determina como infração administrativa a ausência de comunicação (notificação) da violência por médicos, professores ou quaisquer responsáveis pelos estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino, básico, médio ou creche.

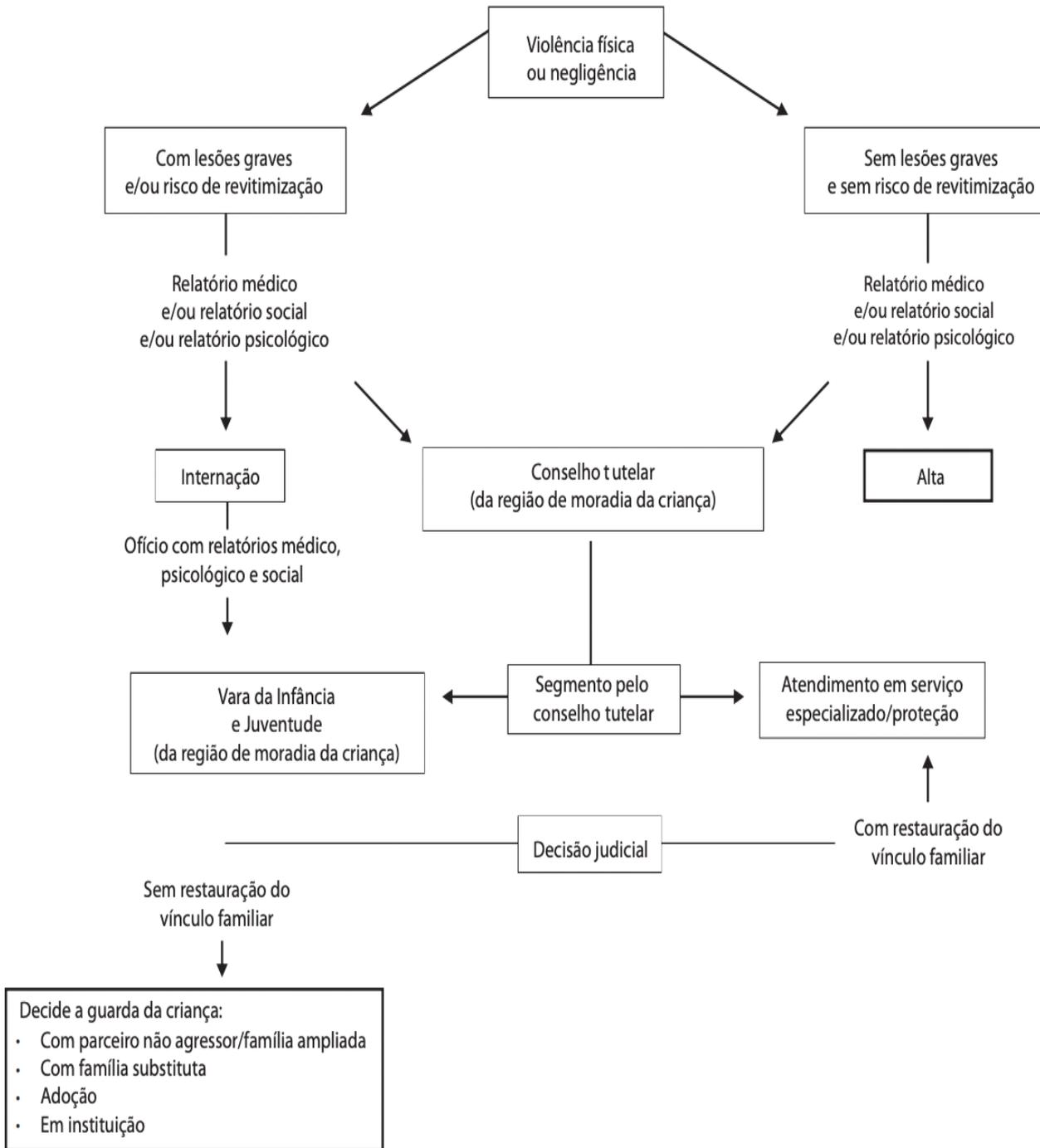
Em 2000, o Estado de São Paulo estabeleceu a notificação compulsória de abuso e maus tratos contra a crianças e adolescentes, pela Lei de número 10.498, sendo este, um forte referenciado ao combate aos maus tratos infantil em âmbito nacional. (EGRY, Emiko.; Apostolo, Maria.; 2018)

A portaria de número 737, datada em 16/5/2001, Do Ministério da Saúde (MS), criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), juntamente com a Portaria de número 1.968 datada em 20/10/01 tornando compulsória a todas instituições de saúde pública ou com conveio ao SUS em todo território nacional a notificação de casos, suspeitos ou confirmados de abuso e maus tratos contra crianças e adolescentes (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011).

O Decreto municipal de número 44.142 datado em 20/11/2003, estabelece que os casos de violências contra crianças e adolescentes devem ser comunicados pela secretaria municipal de saúde, que este deve notificar de imediato o Ministério Público e também ao conselho tutelar.

A violência contra a criança é caso de notificação compulsória para toda rede de saúde, privada ou pública e abrange todos os níveis de atenção (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011; MIKTON, Christopher; BUTCHART; 2009.).

**Imagem 8 - Conduta violência física**



Fonte: (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011)

## 2.4 Subnotificação

As informações produzidas pela notificação dão maior visibilidade ao fenômeno, o que é imprescindível para o planejamento de ações de prevenção e para também a avaliação das medidas já implementadas. Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são responsáveis pela notificação de casos de maus-tratos em adolescentes e crianças de acordo com as Portarias nº 1.968/2001 (BRASIL, 2001a) e nº 104/2011 (BRASIL, 2011).

A Estratégia da Saúde da Família, no contexto da Atenção Básica, configura-se como um lugar privilegiado para a atenção de pessoas em situação de risco para violência, assim, tem-se a família como unidade de cuidado.

Entretanto, estudos apontam dificuldades estruturais dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos, sendo essas práticas ainda incipientes ao nível da rede de atendimento, ocorrendo de forma informal e desviando-se a sistemática (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2013; MIKTON, Christopher; BUTCHART; 2009). Essas constatações mostram a desconexão entre o que é proposto pelos dispositivos legais e políticas públicas de enfrentamento do problema e a efetiva prática dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Visto que, essas práticas favorecem para um quadro de subnotificação de maus-tratos e abusos que acometem diariamente adolescentes e crianças (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2013).

A subnotificação desses casos é um problema grave, pois a ausência de dados sobre o fenômeno resulta em sua invisibilidade e ao não desencadeamento de estratégias adequadas pelo poder público, projetando suas ações somente sobre os registros realizados (Arpini *et al.*, 2008, p. 98).

Ao se revelar como uma realidade desconhecida, essa situação termina por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência. Desse modo, o que é mostrado nos resultados deste trabalho é que a notificação/identificação de maus-tratos ainda não se apresenta como uma prática incorporada no dia a dia da ESF, e lidar com essa questão envolve dificuldades que refletem a complexidade e multicausalidade do fenômeno (EGRY, Emiko.; Apostolo, Maria. 2018).

De acordo com LIMA (2011), é mostrado como fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes: menos que cinco anos em trabalho para a ESF, desconhecimento da ficha de notificação, não ter a ficha propriamente dita na unidade de saúde, descrença nos órgãos de proteção, desconhecimento acerca dos encaminhamentos e medo de envolvimento legal.

Tem-se em mente que estes resultados contribuam para um novo manejo da prática profissional e incentivem a efetivação de políticas públicas que agregam o enfrentamento de situações de violências que alcançam crianças e adolescentes. (MARTINS, 2010) (HIRSCHHEIMER, Mário; WAKSMAN; Renata, 2011)

Tais medidas iniciais, acima descritas, dentro do ambiente nosocomial, parecem ainda ser pouco difundidas, uma vez que a taxa de reincidência das vítimas mantém-se elevada. A capilarização desses conhecimentos seria condição *sine qua non* para um diagnóstico preciso e redução das

subnotificações. (BAGLIVIO *et al.*, 2016) (HUDSON; KAPLAN, 2006) (MARTINS, 2010)

### **3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa que tem como objetivo principal reconhecer os sinais de traumas não acidentais contra a criança, do mesmo modo compreender a epidemiologia das NATs, considerando os fatores de risco para que os *RED-FLAGS* não passem despercebidos pelo médico examinador e, que seja por consequência, tomada uma conduta com todas as medidas cabíveis.

O Trabalho foi realizado através da pesquisa de artigos nas seguintes bases de dados: UPTODATE, PUBMED, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, TRIBUNAL DA JUSTIÇA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENSEVIER, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A pesquisa utilizou os seguintes descritores: “trauma abuso infantil” e “características e conduta”. Foram encontrados artigos dentre o período de 1970 até 2022. A pesquisa resultou em 33 artigos, destes, 18 foram descartados por apresentarem conclusões que não envolviam o propósito do estudo e duplicidade de artigos já lidos. Foram os critérios de inclusão: atualidade à temática, período (1970 - 2022), faixa etária, tipos de lesão e proposta de conduta.

A busca dos artigos teve como prioridade, metanálises e revisões sistemáticas, pelo maior grau de evidência clínica que esses estudos apresentam. Também houve preferência para revistas com maior impacto (NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINA, ENSEVIER, periódicos do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), as quais possuem maior credibilidade no cenário médico. Os critérios de seleção tiveram o intuito de trazer maior qualidade às informações coletadas e reduzir o viés de subnotificação de casos ou seletiva de informações por instituições presentes em outras revisões narrativas.

### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os maus-tratos infantil é um problema multifatorial, o qual envolve fatores como, o meio que a criança está inserida, histórico familiar, estressores externos e políticas públicas. A respeito disso, é cabível considerar que, crianças que vivem em situações precárias, que os pais estão desempregados e residentes de países subdesenvolvido possuem maiores chances de serem vítimas de maus-tratos. O inverso ocorre com aquelas com uma rede de apoio bem estabelecida a qual suprem as suas necessidades básicas (saúde, segurança e apoio pelas instituições educacionais), possuem menor probabilidade de serem vítimas. Tendo em vista os achados, os meninos são mais abusados fisicamente, enquanto as meninas, sexualmente. Outro ponto importante, é o histórico de violência dos pais, o que deve ser levado em consideração, visto que representa mais um fator de risco para a criança.

É importante ressaltar a necessidade do reconhecimento da identificação dos sinais de alerta, pois nem toda contusão é originária de um trauma não acidental, por isso torna-se indispensável saber como e quando suspeitar de maus-tratos. Deste modo, é importante que o profissional de saúde

saiba os diagnósticos diferenciais do abuso infantil e seus métodos de rastreio, seja através de exame ou da história clínica.

A idade, a localização e a forma do trauma podem levantar desconfiança sobre sua origem, logo lesões na face, dorso, genitália e queimaduras trazem intrinsecamente um maior valor preditivo para traumas não acidentais, já que tais injúrias, em geral, são incompatíveis com a normalidade.

A busca por marcas típicas e lesões específicas de abuso (ao exemplo de alça de balde) devem ser buscadas pelo examinador. A respeito do abuso sexual, as lesões deixam pouco ou quase nenhum rastro, e é com a história clínica que se tem a melhor chance de diagnóstico de abuso, algo que se pode ser feito com um questionário elaborado à história clínica. É entendido também que as lesões com maior taxa de morte são as lesões de traumas de abuso encefálico seguido de traumas abdominais. Sobre achados infligidos, a hemorragia retiniana e as múltiplas fraturas de costelas mostraram-se altamente específica para casos de abuso, sendo o exame oftalmológico indispensável na avaliação médica, junto com o exame físico e coleta de história.

A respeito da notificação e encaminhamento dos casos de abuso, o médico tem um papel central na conduta. Cabe ao examinador o levantamento da suspeita e diagnóstico, bem como a notificação compulsória do problema. Com a confirmação faz-se necessário a proteção da vítima no momento do atendimento e após, com o auxílio das autoridades públicas, suprimindo as carências da criança mediante ao caso e fazendo a missão de interromper o agente causador da violência. Portanto, concluímos que é necessário a implementação de políticas públicas, visando a prevenção e o acompanhamento do caso. Além disso, o conhecimento sobre o processo de notificação deve ser melhor difundido. O levantamento da suspeita, a partir do reconhecimento das lesões, não podem passar despercebidos pelo profissional de saúde.

Assim, faz-se fundamental a compreensão da conduta, desde o conhecimento da ficha de notificação e manejo inicial até o encaminhamento para órgãos políticos.

## REFERÊNCIAS

AKBARNIA, Behrooz A.; AKBARNIA, Nasrin Owsia. The role of orthopedist in child abuse and neglect. **Orthopedic Clinics of North America**, v. 7, n. 3, p. 733-742, 1976.

BAGLIVIO, Michael T. et al. Maltreatment, child welfare, and recidivism in a sample of deep-end crossover youth. **Journal of youth and adolescence**, v. 45, n. 4, p. 625-654, 2016.

EGRY, Emiko.; Apostolo, Maria.; Morais, Teresa. "Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde" **BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE**. v. 1 n. 1 p. 1-14, 2018

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 895-901, 2012.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; PFEIFFER, Luci. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. CFM, 2018.

HUDSON, Mark; KAPLAN, Rich. Clinical response to child abuse. **Pediatric Clinics**, v. 53, n. 1, p. 27-39, 2006.

KEMP, Alison M. et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. **Bmj**, v. 337, 2008.

LANE, Wendy Gwartzman; DUBOWITZ, Howard; LANGENBERG, Patricia. Screening for occult abdominal trauma in children with suspected physical abuse. **Pediatrics**, v. 124, n. 6, p. 1595-1602, 2009.

LAWSON, Monica; PIEL, Megan H.; SIMON, Michaela. Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. **Child abuse & neglect**, v. 110, p. 104709, 2020.

LYNCH, Tim; KILGAR, Jennifer; AL SHIBLI, Amal. Pediatric abdominal trauma. **Current pediatric reviews**, v. 14, n. 1, p. 59-63, 2018.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. "**Malos tratos contra niños y adolescentes.**" *Revista Brasileira de Enfermagem* 63.4 (2010): 660-665.

MCDONALD, K. Colleen. Child abuse: approach and management. **American family physician**, v. 75, n. 2, p. 221-228, 2007.

MIKTON, Christopher; BUTCHART, Alexander. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 353-361, 2009.

PAUL, Alexandra R.; ADAMO, Matthew A. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. **Translational Pediatrics**, v. 3, n. 3, p. 195, 2014.

ROLIM, Ana Carine Arruda et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 794-804, 2014.

VIOLA, Thiago Wendt et al. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. **Child abuse & neglect**, v. 51, p. 1-11, 2016.