

Maus-tratos na infância: o papel do pediatra no reconhecimento precoce

Childhood maltreatment: the role of pediatricians in early recognition

Suzy Kelly de Melo Barbosa¹. Fernanda Paiva Pereira Honório^{1,2}. Nádia Gurgel Alves^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Este artigo teve como objetivo elaborar uma revisão de literatura acerca da temática dos maus-tratos em crianças e adolescentes dentro da perspectiva da Pediatria, apresentar um breve histórico dos maus-tratos infantis, apontando as principais diferenças entre os seus tipos e buscar compreender e reconhecer os principais sinais precoces apresentados por estes pacientes. **Metodologia:** Foram analisadas, através de revisão de literatura, publicações de periódicos científicos em base de dados, especialmente, MedLine e Scielo, bem como fontes oficiais do Ministério da Saúde, legislação e literatura médica vigente. **Resultados:** De fato, a violência contra a criança representa uma das expressões de maus-tratos mais comuns e que mais estão sujeitas à possibilidade de prevenção. Classicamente, são definidos como abusos psicológicos, físicos e sexuais; negligência ou abandono e Síndrome de Munchausen por procuração. É fundamental que o pediatra identifique e compreenda os principais fatores ambientais envolvidos e reconheça precocemente através da anamnese e exame físico os sinais sugestivos dessas agressões. **Conclusão:** O Pediatra exerce uma função basilar uma vez que se encontra como um dos pontos chave no atendimento à criança vítima de maus-tratos. Inicialmente é esse profissional quem irá acolher o menor, e, por isso, deverá reconhecer os sinais de alarme que determinarão os próximos passos na propedêutica da atenção a este paciente.

Palavras-chave: Maus-tratos Infantis. Violência. Pediatria. Papel Profissional.

ABSTRACT

Objectives: This article aimed to prepare a literature review on the issue of child and adolescent abuse from the perspective of Pediatrics, to present a brief history of child abuse, pointing out the main differences between its types and to seek to understand and recognize the main early signs presented by these patients. **Methodology:** Through literature review, were analyzed publications of scientific journals in databases, especially MedLine and Scielo, as well as official sources from the Ministry of Health, legislation and current medical literature. **Results:** In fact, violence against children represents one of the most common expressions of maltreatment and that is most subject to the possibility of prevention. Classically, they are defined as psychological, physical and sexual abuse, neglect or abandonment and Munchausen Syndrome by proxy. It is essential that pediatricians identify and understand the main environmental factors involved and recognize early signs suggestive of these aggressions through anamnesis and physical examination. **Conclusion:** Pediatricians play a fundamental role since they are one of the key points in the care of children who are victims of abuse. Initially, it is this professional who will take care of the minor, and, therefore, must recognize the warning signs that will determine the next steps in the propaedeutic of care for this patient.

Keywords: Child Abuse. Violence. Pediatrics. Professional Role.

Autor correspondente: Suzy Kelly de Melo Barbosa, Rua Costa Sousa, nº 100, Benfica, Fortaleza, Ceará. CEP: 60020-300. E-mail: suzydemelo@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 11 Jul 2022; Revisado em: 01 Out 2022; Aceito em: 10 Mai 2023.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma ampla definição do conceito de saúde, de tal feita que esta não é somente a ausência de doença, mas também um conjunto de fatores que guarnecem o arcabouço do amplo desenvolvimento do indivíduo, respaldando seu bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, o profissional médico é um dos pilares para a identificação dessas questões, em especial por meio do reconhecimento precoce das enfermidades e das condições de saúde.

Em recente estudo com representatividade nacional que realizou a análise de dados acerca da prevalência de violência contra crianças em 96 países, um dado extremamente consternador estimou que cerca de um bilhão de crianças em todo o mundo, ou seja, mais que 50% das crianças entre 2 e 17 anos, já sofreram algum tipo de violência psicológica, física ou sexual.¹

Uma vez que a maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes são subnotificados, surge a necessidade de divulgar esses dados a fim de que possa haver uma mudança de paradigma através da identificação precoce dos principais sinais de maus-tratos na infância, permitindo assim uma maior defesa dos interesses desses personagens pelo poder público.

Uma das figuras presentes nessa equação e que está capacitada para a identificação dessas questões é o profissional médico, em especial o pediatra, profissional encarregado de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente em sua plenitude. Compete ainda ao pediatra integrar na anamnese, no exame físico e, de forma mais enérgica, na escuta ativa do paciente e da família elementos essenciais que possam subsidiar suas suspeitas acerca da violência.

Nessa mesma esteira, não basta apenas identificar os maus-tratos, como também é de suma importância que haja um manejo correto de como proceder ao identificá-lo, a fim de preservar ou, a depender do caso, oportunizar a promoção da saúde da criança e afastá-la de forma adequada do meio nocivo em que está inserida.

Dessa forma, torna-se imperioso para a formação do pediatra geral compreender por meio de uma revisão de literatura, isto é, o levantamento de bibliografias relevantes e de referências teórico-científicas em bases de dados relevantes, a recapitulação de forma concisa acerca do histórico dos maus-tratos infantis, verificando as principais diferenças entre os seus tipos e buscando compreender e reconhecer os principais sinais precoces apresentados por crianças e adolescentes quando vítimas de violência.

HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Embora os maus-tratos estejam muito presentes no cenário atual, essa é, de forma inequívoca, uma realidade bem anterior e que pode ser reconhecida através da evolução histórica por meio de estudos e investigações. Hodiernamente os maus-tratos são os problemas sociais que mais afetam as crianças

e os jovens. Entretanto durante várias gerações os castigos físicos e psicológicos foram vistos como uma prática aceitável por diferentes sociedades.²

A história da violência infantil remete aos primórdios da Antiguidade, em especial à sociedade grega, romana e hebraica. Nessas sociedades, além dos abusos físicos e psicológicos tão abordados na atualidade, também eram encontradas outras formas de maus-tratos como: a escravidão, o abandono, a exploração sexual e a mendicância.²

Na Antiguidade, a prática do infanticídio era bastante comum e tinha por propósito acabar com filhos ilegítimos, infantes com alguma condição especial ou prematuros, além de exercer um maior controle de natalidade. Existia, de fato, uma completa cartilha de maus-tratos infantis que tinha por objetivo o interesse político-estatal em exterminar aqueles que não fossem úteis para a guerra ou que fossem considerados um peso para a sociedade, sendo uma das primeiras indicações históricas de eugenia.²

No século XIII a.C. já havia leis que regulavam e induziam o castigo de pais para com filhos insurgentes e que poderiam ser feitos desde uma simples advertência até culminar em agressão, apedrejamento e morte.²

Durante a época medieval, outra forma habitual de maus-tratos a menores era a castração de rapazes. No Oriente esta era feita para criar eunucos com a finalidade de trabalharem como criados nos haréns. Já no Ocidente, nomeadamente na Grécia, a castração, o abuso sexual e a venda de rapazes escravos eram bastante comuns e, na Itália, esta prática tinha por objetivo fazer com que os rapazes preservassem as suas vozes agudas para poder cantar em coros musicais.²

Dentro do escopo do iluminismo, Rousseau trouxe a ideia de a criança ser um indivíduo digno de respeito. Esta posição favoreceu o surgimento de uma nova consciência política, permitindo o surgimento de instituições estatais e, com isso, também o fortalecimento de profissionais das mais diversas áreas destinadas a acolher crianças e adolescentes.²

Em 1853 surgiu a *Children's Aid Society* que visava abrigar jovens desamparados com o objetivo de serem alocados em casas de adoção. Em 1874 foi criada a primeira sociedade de prevenção e de amparo contra maus-tratos, a *American Society for the Prevention of Cruelty to Children*.²

Nos anos 60, a visão jurídica da questão dos maus-tratos ganhou força, tendo sido fomentadas leis de amparo e de proteção à infância e aos direitos da criança. Além disso, observou-se também um maior apoio das especialidades médicas e, em especial, da Pediatria.²

Um dos mais importantes estudos que favoreceu o envolvimento da Pediatria nessa temática foi conduzido em 1962 por Henry Kempe com o artigo intitulado "Síndrome da Criança Espancada". Nele, o renomado pediatra trouxe casos clínicos de crianças com lesões físicas e explicações

contraditórias dadas pelos genitores, estando incluída nessa síndrome também o diagnóstico radiológico. Identificou ainda os tipos e as características das lesões, enfatizando também os fatores psicológicos que estariam associados a essa síndrome.²

No Brasil, foi após a década de 60 que a Saúde começou se a preocupar com a violência contra crianças e adolescentes, e em especial, a área da Pediatria. Em 1975, o radiologista pediátrico brasileiro Armando Amoedo descreveu cinco casos de espancamento de crianças logo após o primeiro caso haver sido publicado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em 1973.³ No entanto, foi somente em 1988 que o Estado passou a assegurar com prioridade a defesa da criança e do adolescente por meio da atual Constituição Federal.

“Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. [...] § 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.⁴

Em 1990, foi publicado e sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil, assegurando especial proteção a esses personagens e tornando também compulsória a notificação de casos em que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche suspeite ou confirme maus-tratos, estando sujeito à multa de três a vinte salários de referência em caso de omissão, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.⁵

Dessa forma, os serviços de saúde apresentam um papel fundamental no sentido de combater a violência contra crianças e adolescentes. Mesmo diante dos grandes avanços, ainda se observa uma abordagem limitada dessa questão, pois muitas vezes o profissional prefere ater-se a aspectos meramente clínicos e técnicos, em face da dificuldade de abordar alguns aspectos sociais que permeiam o problema. Outro fator citado pelos profissionais provavelmente também estaria associado a insegurança diante dos casos de denúncia.⁶

Na maioria dos casos não notificados os profissionais que acompanham a criança possuem geralmente dificuldades em identificar a violência ocorrida ou não sabem como proceder mesmo se conseguirem identificar a ocorrência.⁶

Portanto, é essencial que o médico pediatra seja um dos protagonistas no reconhecimento precoce e na notificação dos maus-tratos na infância, uma vez que é um dos principais canais fomentadores da promoção e do cuidado da criança e do adolescente.

ESPÉCIES DE MAUS-TRATOS CONTRA A CRIANÇA

O abuso na infância pode ser conceituado como o dano físico, psicológico ou sexual realizado por pessoa de autoridade superior seja em razão da idade, da força física, da

posição social e econômica ou da predominância intelectual contrariamente à vontade da criança ou do adolescente ou mesmo consensualmente a partir de indução enganosa.⁷

A Sociedade Brasileira de Pediatria classifica os maus-tratos domésticos ou intrafamiliares em: maus-tratos físicos, Síndrome de Munchausen por Procuração, abuso sexual, maus-tratos psicológicos e negligência.

Os maus-tratos físicos representam o uso da força física de forma dolosa, ou seja, de maneira intencional praticada por familiares ou responsáveis da criança e do adolescente com a finalidade de ferir ou eliminar a criança, podendo deixar ou não marcas evidentes.⁷

Um clássico exemplo de maus-tratos físicos em menores de 6 meses é a Síndrome do Bebê Sacudido que ocorre quando a criança é sacudida de forma violenta e de forma não-acidental, levando à graves lesões cerebrais. Outra situação amplamente difundida é a Síndrome da Criança Espancada, representada por crianças que sofreram lesões e ferimentos incomuns ocorridos em épocas distintas ou que se apresentam ao exame físico em diferentes fases de desenvolvimento e que, de alguma forma, são contraditoriamente explicadas pelos genitores.⁷

A Síndrome de Munchausen por Procuração ou Transtorno factício imposto a outro é uma espécie de maus-tratos em que a criança é levada aos cuidados médicos devido sintomas provocados dolosamente por seus pais ou responsáveis. Essa síndrome está associada a elevados índices de morbimortalidade, sendo bastante difíceis o diagnóstico e o tratamento. O distúrbio pode levar a realização de exames e procedimentos desnecessários na vítima, aumentando tempo de internação e podendo gerar sequelas psicológicas irreparáveis. A Síndrome de Munchausen por Procuração é uma doença de difícil controle e, se não diagnosticada e tratada a tempo, pode levar ao óbito.⁸

Por medo de macular inoportunamente a sexualidade das crianças, abordar o tema abuso sexual na infância ainda é visto com bastante preconceito em nosso meio, uma vez que muitos pais não permitem o trabalho de informação e de conscientização junto aos seus filhos. Dessa forma, combater a violência sexual é um grande desafio visto a complexidade da questão e, ao fato do abusador, na maioria das vezes, conviver com a criança, além da culpabilização pelo qual a criança é geralmente exposta.⁹

Os maus-tratos psicológicos são formas bastante comuns de adultos rejeitarem, discriminarem ou humilharem crianças e adolescentes a fim de que as vítimas atendam às necessidades psíquicas dos pais ou responsáveis. Uma vez que nem sempre há evidências imediatas e concretas do abuso, essa é a espécie de violência mais difícil de ser identificada. Pode ocorrer de forma isolada, entretanto, acompanha diferentes formas de violência na maioria dos casos. São representadas pelas agressões verbais, rejeição, culpabilização, depreciação, cobranças em excesso, discriminação, desrespeito e castigos humilhantes para a criança.¹⁰

Em contrapartida, destacam-se os distúrbios factícios, ocasião em que alguns indivíduos, principalmente adolescentes, poderão apresentar um quadro psiquiátrico tido como simulado, variando entre sintomas conversivos, alucinações, atitudes e comportamentos anômalos. O paciente pode se valer de mentiras e de falsas narrações, apresentando um comportamento depressivo associado.¹⁰

Outra forma de violência psicológica é a alienação parental abrangida pela Lei nº 12.318/2010. Ela representa a interferência no desenvolvimento psicológico da criança ou do adolescente promovida ativa ou passivamente por ascendentes ou qualquer adulto que tenha a criança ou o adolescente sob sua guarda. O objetivo, na maior parte dos casos, é afetar o vínculo do menor com um dos genitores. A alienação parental fere, portanto, o direito fundamental da criança à convivência familiar saudável.¹¹

Por fim, a negligência é a omissão física ou emocional dos pais e responsáveis em prover assistência básica à criança. Representa a ausência de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança ou adolescente. Apesar de não ser um ato comissivo, a negligência é uma forma grave de omissão como, por exemplo, a ausência física de cuidados relacionados:

“Aos cuidados básicos na atenção, como a falta de alimentação, escola, cuidados médicos, roupas, recursos materiais e/ou estímulos emocionais, necessários à integridade física e psicossocial da criança e do adolescente, ocasionando prejuízos ao desenvolvimento. Isto caracteriza o abandono, que pode ser parcial ou total. No parcial coloca a criança e adolescente em situação de risco; no total elas ficam desamparadas e ocorre o afastamento total da família”.¹²

A negligência emocional pode ocorrer pela omissão de suporte emocional ou de atenção, exposição à violência doméstica, permissão para o uso de entorpecentes, permissão ou encorajamento de atos delinquentes, recusa ou omissão para tratamento psicológico quando recomendado por profissionais, etc.¹³ A sua forma extrema caracteriza o abandono. Finalmente, a negligência é uma situação complexa de maus-tratos, uma vez que existem sérias dificuldades socioeconômicas

que cercam a população brasileira; tais como a pobreza, insegurança alimentar e a ausência de cuidados básicos.

Entre os anos de 2013 a 2017, um estudo realizado no México em uma clínica voltada aos cuidados de vítimas de maus-tratos constatou que o tipo de abuso mais comum foi a negligência com percentual de 51,2% das ocorrências.¹⁴

Ademais, ainda existe a violência extrafamiliar que envolve a violência institucional, a social, a urbana, a macro violência e algumas formas mais específicas como o bullying, o cyberbullying e os cultos ritualísticos. O bullying compreende todas as atitudes agressivas, intencionais, sem motivação evidente, e repetidas, com relações desiguais de poder. Essa desigualdade na relação é uma característica essencial, melhor compreendida pela percepção do alvo, ao se sentir inferior em força física, em desvantagem numérica ou quando há visível diferença em autoconfiança e autoestima.¹⁵

IDENTIFICAÇÃO DOS MAUS-TRATOS: SINAIS PRECOSES

Em regra, nem sempre é fácil identificar os maus-tratos na infância. Entretanto, é possível verificar sinais precoces que indicam a ocorrência da violência contra a criança e o adolescente tanto durante a anamnese quanto no exame físico e complementar.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é importante que o médico pediatra esteja plenamente capacitado para a identificação desses sinais. Durante a anamnese devem ser analisadas algumas situações que, em um primeiro momento, podem não indicar maus-tratos, mas que devem ser minuciosamente observadas pelo profissional.

De acordo com o Manual de Orientação da SBP é possível ser estabelecido um protocolo para a abordagem da criança vítima de maus-tratos, seguindo os seguintes passos em sua propedêutica: anamnese, exame físico, exames complementares, classificação dos casos, encaminhamento e notificação. No Quadro 1 é possível verificar um breve resumo dos principais sinais precoces sugestivos de maus-tratos a ser avaliado pelo pediatra.

Quadro 1. Reconhecimento precoce de maus-tratos em pediatria.¹⁰

1. Anamnese	Omissão de informações pelos pais
	Pais que mudam o histórico médico da criança
	Explicações contraditórias
	Relutância em oferecer contato de outros familiares
	Cuidador com múltiplas queixas
2. Estado Geral	Apatia
	Tristeza
	Postura defensiva
	Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor

Continua.

Conclusão.

Quadro 1. Reconhecimento precoce de maus-tratos em pediatria.¹⁰

3. Lesões físicas	Múltiplas lesões
	Lesões em diferentes estágios de evolução
	Lesões incompatíveis com a história clínica do paciente
	Lesões com formatos de objetos em locais incomuns
4. Equimoses	Lesões em geral maiores de 1 cm
	Observar equimoses em lesões em região de genitália
5. Petéquias	Lesões por estrangulamento em região de comissura labial
6. Queimaduras	Margens bem delimitadas e em regiões protegidas
	Formato uniforme
7. Verrugas genitais	Investigar abuso sexual
8. Fraturas	Lesões metafisárias (“fraturas de canto ou de alça de balde”)
	Fraturas em ossos longos em menores de 2 anos
	Fratura de crânio em região não parietal
	Fraturas de arcos costais posteriores
	Fratura do 1º arco costal
9. Hemorragia retiniana	Pesquisar Síndrome do Bebê Sacudido

Diante da suspeita de abusos físicos, é relevante verificar a compatibilidade entre as lesões apresentadas pela criança, incluindo o mecanismo das lesões narradas pelo responsável. Incongruência entre o tipo de trauma e o fator gerador devem alertar ao pediatra sobre a possibilidade de estar diante de um caso de maus-tratos.¹⁶

Lesões em áreas não comuns de acidentes e, em geral, cobertas, tais como genitália, cabeça, nádegas e dorso; assim como equimoses, hematomas, lacerações e mordeduras podem vir a representar uma situação de abuso infantil. Além disso, lesões com o formato da arma utilizada pelo agressor e em diferentes estágios de cicatrização também são congruentes com essa suspeita.¹⁶

Diante do exame físico, o pediatra deve verificar a presença de marcas na pele e mucosas como vermelhidão, abrasões, equimoses e queimaduras. Lesões em áreas atípicas de acidentes, em diferentes estágios de desenvolvimento e com a forma de objeto são características que também podem sugerir maus tratos.¹⁷

Além disso, atrasos no calendário de vacina, condições de higiene precárias e a morosidade em procurar atendimento especializado representam potenciais situações de gravidade que devem, dentro do contexto, chamar a atenção do pediatra sobre a possibilidade de negligência.¹⁷

“Alguns dados informam que a maioria dos casos de violência contra as crianças ocorrem em ambientes domiciliares, sendo o pai biológico (41,3%) o principal agressor, seguida da mãe (38,9%) e em terceiro lugar, o padrasto (11,1%)”.¹⁶

Outra situação que pode, durante a anamnese, indicar a possibilidade de maus-tratos, apesar de questionável por parte da doutrina especializada, ocorre em famílias de dinâmicas disfuncionais, marcadas pela dependência química; em situações relacionadas à concepção e em gestações indesejadas ou em casos de pais que sofreram experiências semelhantes ou iguais durante a infância.¹⁶

Após o pediatra levantar ou não a suspeita, é essencial que o profissional siga com a investigação por meio do exame físico completo da criança especialmente por meio da observação da pele e das mucosas, do esqueleto, do sistema nervoso central e das estruturas torácicas e abdominais da criança. Durante o exame geral, deve-se verificar com especial atenção a questão da existência de escabiose, piodermite, dermatite, redução de tecido celular subcutâneo, escarificação ocasionada por hipovitaminose crônica e pediculose em razão de higiene precária.¹⁰

A negligência representa a forma mais comum de abuso infantil e pode, ocasionalmente, manifestar-se por algumas lesões dermatológicas. Geralmente são marcadas pela cronicidade, que acabam por comprometer a integridade da criança abrangendo desde o seu vestuário até a sua saúde.¹⁶

Normalmente as partes do corpo mais passíveis de lesões por acidentes são as proeminências ósseas. Apesar disso, existem áreas menos suscetíveis às lesões acidentais como a região genital, as pernas e as nádegas e que por serem áreas facilmente encobertas podem facilitar a ocultação da violência. Por isso, a região do corpo onde se encontra o traumatismo é um forte indício de a lesão ter sido acidental ou não.¹⁶

É indispensável que seja observada a ocorrência de lesões ósseas em diferentes estágios de consolidação. Em menores de 2 anos, são geralmente verificadas as fraturas metafisárias com predominância anatômica na região distal do fêmur, da tíbia e do úmero proximal. São conhecidas também pela expressão lesões em “alça de balde” ou “fraturas de canto”. Já as fraturas de costelas na infância são profundamente relacionadas com traumas dolosos, sendo o mecanismo determinado por uma força excessiva ao apertar o arcabouço ósseo torácico da criança. Fraturas do primeiro arco costal são patognomônicas de maus-tratos na infância. Estudos mostram que as lesões ortopédicas podem estar presentes em 36% dos pacientes vítimas de abuso físico.¹⁶

Ademais, frisa-se a ocorrência de traumas sentinelas de abusos, ou seja, lesões pequenas como equimoses ou lesões intraorais observadas em crianças que ainda não deambulam com apoio.¹⁸

As queimaduras compreendem cerca de 5% a 22% das lesões físicas e representam um importante componente de alerta ao pediatra. Assim, a localização da queimadura pode ser essencial para concluir o diagnóstico da agressão infantil. Frequentemente a região da face, da mão, do períneo, dos glúteos, das pernas e dos pés são indicativos de violência, enquanto queimaduras das palmas das mãos e da região anterior dos dedos são sugestivas de acidentes domésticos.¹⁸

Nesse sentido, é possível haver ainda a identificação da tríade clássica da Síndrome do Bebê Sacudido caracterizada por traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragias oculares e atraso do desenvolvimento psicomotor. Essa síndrome ocorre em razão de forças diretas ou indiretas de aceleração e desaceleração anteroposterior aplicadas à região da cabeça, especialmente em crianças com idade inferior a seis meses.¹⁸

Exames complementares podem ser utilizados a fim de criar um maior esboço probatório para a notificação das agressões. Solicita-se assim hemograma com contagem de plaquetas, coagulograma para descartar distúrbios da coagulação e exames bioquímicos como amilase, lipase e transaminases em casos suspeitos de lesões abdominais. Especialmente em menores de 02 anos, é interessante atentar para a solicitação do inventário esquelético em que são realizadas radiografias de crânio, membros superiores e inferiores e tórax na tentativa de observar diferentes graus e estágios de consolidação das fraturas. Além disso, também pode ser necessário solicitar tomografias e, em alguns casos, ressonância magnética, como na investigação de hematomas subdurais que não foram vistos nas tomografias e no caso de Lesão Axial Difusa (LAD).¹⁵

Os sinais precoces que devem intensificar a suspeita do pediatra em relação a Síndrome de Munchausen por Procuração decorrem principalmente do relato de sintomatologia não usual, descrita eventualmente de maneira dramática; da dificuldade em classificar queixas coerentemente; dos sinais que surgem somente quando a criança está com um mesmo cuidador; incluindo ainda a aversão e o descontentamento com o tratamento realizado e culminando na insistência para a realização de outros exames e tratamentos.¹⁵

O exame físico em caso de suspeita de abuso sexual da criança deve ser realizado na presença de um dos responsáveis e deve esclarecer às crianças maiores acerca dos procedimentos que serão realizados pelo profissional. Deve-se observar, em especial, partes do corpo em que podem ocorrer relações sexuais, a fim de rastrear os sinais físicos clássicos tais como “hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de DST e gravidez”.¹⁵

Além dos traumas genitais, as infecções sexualmente transmissíveis mais reiteradas em casos de abuso infantil são o HIV, a sífilis, hepatites, a gonorreia e a clamídia, excluindo-se a possibilidade de infecção por meio do canal do parto e transfusão de sangue.¹⁵

Por fim, a violência psicológica é a de mais complexa e difícil detecção, apesar de ocorrer geralmente concomitante aos demais abusos acima elencados. São sinais precoces de maus-tratos psicológicos: os distúrbios de crescimento e desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional e social da criança; a instabilidade de emoções, as alterações comportamentais como agressividade, passividade e hiperatividade; os distúrbios de controle dos esfíncteres resultando em enurese e escape fecal e os distúrbios psiquiátricos como a psicose, a depressão, a ansiedade e as tendências suicidas.¹⁵

O pediatra ainda deve ser apto para identificar os sinais de violência na escola. O bullying representa as atitudes intencionais, agressivas e repetidas contra uma criança ou adolescente causando dor e angústia, com vista a intimidação do outro. Dentre elas, vem se destacando dentro da atualidade o conceito de cyberbullying, na qual a internet é utilizada como meio propagador da violência.¹⁵

CONCLUSÃO

Conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, a violência infantil é uma situação de notificação compulsória emergencial às autoridades competentes, seja através do Conselho Tutelar ou do Ministério Público pela Vara da Infância e Juventude.

Nessa esfera, a capacitação profissional para a abordagem desse tema é essencial para a suspeição e para a identificação dos abusos ou das negligências. No entanto, é sabido que há uma extrema dificuldade profissional, principalmente no que concerne a lidar com a criança vitimizada, assim como o medo do envolvimento legal e a falta de informações que permitam a identificação dos abusos.

Apesar da escassez de regulamentos que discutam os procedimentos técnicos básicos e a propeidética em casos de violência infantil, o papel do pediatra na identificação dos maus-tratos na infância ainda é uma peça essencial variando entre a prevenção e o tratamento.

Portanto, a condução correta a ser adotada pelo profissional diante dos casos de violência na infância é um divisor de águas para a vida e para o desenvolvimento sadio da criança seja no ambiente intrafamiliar como no extrafamiliar.

REFERÊNCIAS

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
2. Rodrigues AM. Os maus-tratos a menores e suas implicações desenvolvimentais: uma revisão de literatura [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2020.
3. Teixeira GC. Violência doméstica e intrafamiliar: revisão de literatura [monografia]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2022.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [acesso em 29 jan 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
6. Ferreira CL, Côrtes MC, Gontijo ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(11):3997-4008.
7. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2ª ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2018.
8. Sousa DF, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf AN. Síndrome de Münchausen e síndrome de Münchausen por procuração: uma revisão narrativa. *Einstein* 2017;15(4):516-21.
9. Oliveira MC, Freitas DF, Castro KM, Silva GB. Abuso sexual infantil. *Monumenta*. 2020;1(1):35-44.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Protocolo de abordagem da criança ou adolescente vítima de violência doméstica. Rio de Janeiro; 2018.
11. Brasil. Lei nº 12318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. Brasília; 2010 [Acesso em 17 jan 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112318.htm.
12. Franco JO, Batistão RS, Santos DC, Ferreira WF, Vasconcelos CR. Bioética e sociedade: transtorno factício autoimposto e imposto a outro. *Rev Latinoam Bioet*. 2020;20(1):49-66.
13. Mata NT. Negligência na Infância: Uma Reflexão sobre a (Des)proteção de Crianças e Famílias. *O Social em Questão*. 2019;22(45):223-38.
14. García-Cruz AH, García-Piña CA, Orihuela-García S. Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediatr Mex*. 2019;40(4):200-10.
15. Sociedade Brasileira de Pediatria. Bullying. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Saúde Escolar; 2017.
16. Corrêa CL, Moraes RV, Magalhães VH, Silva WL, Fiorito CP. Uma revisão sobre maus tratos contra crianças e adolescentes: como diagnosticar e conduzir? *Rev Eletr Estácio saúde*. 2019;8(1). Disponível em <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5300/47965286>>.
17. Oliveira IA, Machado HC, Lima BM, Aquino EV, Faria MR. Violência contra crianças: avaliação das características epidemiológicas no Brasil e no estado de Goiás. *Rev edu saúde*. 2021;9(1):51-60.
18. Thomazini VC, Toni CG. Síndrome do Bebê Sacudido: conhecimento de profissionais de educação infantil. *Psicol Argum*. 2021;38(102):691-716.

Como citar:

Barbosa SK, Honório FP, Alves NG. Maus-tratos na infância: o papel do pediatra no reconhecimento precoce. *Rev Med UFC*. 2023;63(1):1-7.