

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Danilo Blank

Definição

É a força provocada intencionalmente, por um adulto, que leva a traumatismo físico e/ou emocional contra a criança ou o adolescente.

Trata-se de fenômeno complexo, com associação entre fatores individuais e sociais. A combinação desses fatores leva a um comportamento parental abusivo, causando dano ao processo de crescimento, desenvolvimento e bem-estar normais da criança.

Abuso, maus-tratos, vitimização, negligência e punição são termos sinônimos.

“Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da criança, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”

Fatores de Risco

Fatores de risco relacionados aos pais são socioculturais e individuais, incluindo pobreza, desemprego, isolamento social, relação conjugal instável e desequilibrada, problemas sociais e de afetividade, estresse perinatal, educação rígida com estilo punitivo, inversão de papéis, falta de planejamento familiar, baixa auto-estima, história pregressa de depressão, abuso de drogas ou álcool, transtorno ou doença psiquiátrica.

Qualquer um desses fatores quando associados principalmente com o abuso de álcool e de substâncias químicas podem gerar conflito familiar, desencadeando um descontrole e levando à agressão propriamente dita contra a criança e o adolescente.

Fatores de risco relacionados com a criança são prematuridade (o vínculo mãe-filho é dificultado pela internação prolongada), malformações congênitas (conflito entre o bebê real e o imaginado), adoção, crianças menores do que 3 anos (não sabem correr ou se defender), fases difíceis do desenvolvimento psicomotor (cólicas dos primeiros meses, anorexia, controle dos esfíncteres entre 18 e 24 meses).

As diversas formas de violência física apresentam características peculiares e, com frequência, ocorrem simultaneamente, podendo a criança e o adolescente serem vítimas de várias formas de violência ao mesmo tempo.

A história médica deve ser obtida de forma clara e detalhada, protetora e não deve ser crítica, pois isso pode afastar os pais que, na maioria das vezes, estão em busca de ajuda.

É importante diferenciar o trauma acidental do intencional para se poder buscar uma abordagem adequada da criança e da família, tendo como objetivo principal a reorganização dos vínculos familiares.

O diagnóstico precoce da violência infantil é fundamental na prevenção de seqüelas.

Formas de Violência

As formas de violência são:

- Física
- Sexual
- Emocional
- Negligência
- Síndrome de Munchausen por procuração
- Síndrome do bebê sacudido

Violência Física

Trata-se da forma mais comum e a de mais fácil diagnóstico, geralmente associada à disciplina ou à punição. É uma causa importante de morbidade e morte na infância, atingindo mais frequentemente menores de 3 anos. O pediatra é o primeiro, na maioria das vezes, a identificar a violência. A anamnese deve ser obtida de forma clara, detalhada, tranqüila e sem crítica aos agressores, de forma a fazer com que a criança sinta-se protegida, e os pais, cientes de que a intervenção do profissional é de ajuda para a família.

Sabe-se que na família em que existe violência, os cuidadores são incapazes de concretizar um apego positivo, pois, geralmente, também foram vítimas de maus tratos na infância.

As manifestações de violência física podem ocorrer em qualquer área do corpo. Sendo assim, o médico deve estar atento ao reconhecimento de uma variedade de sinais de alerta.

Sinais de alerta:

- As informações são absurdas e duvidosas.
- Discrepância na história contada pelos pais e pela criança.
- Demora em procurar ajuda.
- Os traumas ocorrem em horários impróprios (entre 24 e 6h da manhã).
- Os irmãos são responsabilizados pelo ocorrido.
- Observar se há lesões semelhantes nos irmãos.
- Responsabilização de álcool, droga ou doença mental.

As lesões traumáticas de peles são as mais frequentemente encontradas, podendo ser inespecíficas ou específicas:

- Equimoses.
- Contusões.
- Mordida.
- Queimadura.
- Alopecia.

As crianças e adolescentes estão mais propensos a sofrerem lesões ósseas em função de suas atitudes. No entanto, a presença repetidas lesões ósseas, a característica ou a localização delas deve levantar a suspeita de violência. Por exemplo: A presença de um traumatismo grave ou fatal como consequência de uma queda pequena (menos de 1m), é indicativa de abuso da criança. A queda acidental do berço, da cama, do sofá ou da escada não costuma causar traumatismo grave de crânio ou do sistema nervoso.

Fraturas suspeitas:

- Múltiplas costelas e ossos longos
- Lasca metafisária/ epifisária
- Formação de calo ósseo
- Hematoma subperiosteal
- Alça de balde
- Diferentes estágios de consolidação
- Ângulo/ espiral / oblíqua
- Crânio

As fraturas transversais simples, impactadas, em espirais e metafisárias ou hematoma subperiosteal dificilmente podem ser atribuídas a quedas acidentais ou devidas ao comportamento infantil em atividades lúdicas, sendo indicativas de violência. O exame físico deve ser minucioso, com palpação de todos os ossos em busca de evidência de dor, crepitação ou formação de calo ósseo (dado mais precoce de cicatrização de fratura, ocorrendo após 7 a 10 dias).

Os padrões radiográficos patognomônicos são fraturas múltiplas em estágios diferentes de calcificação, envolvendo os ossos longos e as costelas de um bebê ou de uma criança jovem e lasca metafisária (fratura em alça de balde, fratura em ângulo).

O traumatismo craniano intencional é a principal causa de morbidade e mortalidade em crianças vítimas menores de um ano. A principal causa é a Síndrome do bebê sacudido.

Pode resultar do impacto de bofetadas, socos, batidas da cabeça contra um objeto ou objetos atirados contra a cabeça, podendo não haver marcas externas.

Podem estar associados a hematomas subgaleanos (hemorragia observada sobre uma área extensa de alopecia), hematomas epidurais, alopecia por tração, equimoses periorbitárias e fraturas de crânio.

A incidência varia de 7 a 75% dos casos de violência física, sendo que os lactentes têm maior risco (mais de 90% das lesões ocorrem em crianças menores de 2 anos).

O trauma abdominal é a forma mais grave de violência física em crianças, constituindo-se na segunda causa de óbito das crianças espancadas. As crianças afetadas podem apresentar vômitos recorrentes, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes, dor localizada à palpação ou choque.

As lesões mais frequentes são ruptura de fígado e de baço, perfuração intestinal, hematoma duodenal, lesão vascular mesentérica, lesão pancreática (pela posição do pâncreas sobre a coluna vertebral, traumatismo é a causa mais comum de pancreatite aguda em crianças) e traumatismo renal.

Caracteristicamente as lesões resultam de socos e pontapés violentos ou do choque contra objetos fixos. Se a criança for golpeada com o punho fechado pode ser vista uma fileira de três a quatro equimoses de 1cm em forma de lágrima, formando uma curva discreta.

Como a parede abdominal é flexível, a pele sobre ela pode estar isenta de contusões. Então, em geral, não há sinais externos, o que dificulta a detecção de trauma, sendo a suspeita feita sempre que houver apresentação, pela criança, de choque ou peritonite sem explicação, especialmente se houver associação com anemia ou vômitos biliares.

O trauma torácico inclui contusões miocárdicas e pulmonares, laceração pulmonar e hemorragia do timo ou subpleural. A queixa principal pode ser dificuldade respiratória, dor torácica ou colapso súbito.

Violência Sexual

Abuso sexual inclui qualquer atividade sexual com uma criança antes da idade de consentimento legal, visando à gratificação sexual de um adulto ou de uma criança significativamente mais velha.

O abuso sexual inclui:

- Contato orogenital, gênitogenital, gênitoretal, manual-genital, manual-retal ou manual-mamário.
- Exposição da anatomia sexual.
- Visualização forçada da anatomia sexual.
- Demonstração de pornografia para a criança.
- Uso da criança na produção de pornografia.
- Prostituição.
- Sedução, voyeurismo.

Atos sexuais (e neste caso abrangendo toda e qualquer atitude ou comportamento desde expressões verbais, estimulação física até o contato genital propriamente dito) realizados por crianças mais jovens, fora da época em que comumente se espera estas atitudes, são comportamentos aprendidos e se associam a experiências de abuso sexual ou a exposição a sexo com adultos ou pornografia. Os agressores masculinos são os mais comuns, mas as mulheres têm sido responsabilizadas pelo abuso sexual com uma frequência cada vez maior². É mais comum a participação passiva da mãe, a qual concede um “consentimento pela omissão”, na tentativa de evitar represálias (muitas vezes ela também é vítima de violências) e o rompimento da relação de interdependência. Na maioria dos casos, os agressores são conhecidos da criança, incluindo pais, padrastos, avós, tios, irmãos, conhecidos da família, vizinhos, babás e professores.

Segundo dados estatísticos, a grande maioria das mães de crianças vítimas de abuso sexual também o foram na infância. Através da repetição buscam, inconscientemente esse padrão de interação com seus filhos como tentativa de elaborar o seu próprio trauma psíquico. Sendo assim, a transgeracionalidade é uma característica de extrema importância a ser investigada no decorrer da avaliação, pois esse é um círculo vicioso ao qual o médico deve estar preparado para bloquear.

Características da família incestogênica:

- Erotização da relação de afeto.
- Há ausência de limites entre as fronteiras intergeracionais e confusão nas identidades dos seus membros (troca de papéis).
- É uma organização fundada no segredo que pode persistir por várias gerações.
- Há grande vulnerabilidade a situações de estresse (família conflitiva).
- Um dos membros da dupla parental é impulsivo e necessita exercer o seu poder e exigir obediência, enquanto o outro membro mostra-se passivo, com baixa auto-estima.
- A criança vítima apresenta sinais de estresse pós-traumático. Pode apresentar conduta hipersexualizada por não conseguir distinguir afeto de sexualidade.
- Quando expostos à revelação, utilizam-se do mecanismo de negação.

O abuso de filhas pelos pais e padrastos é a mais comum das formas de incesto. Estudos de agressores adultos presos indica que o abuso sexual começa com a seleção

de vítimas vulneráveis e disponíveis, contato físico inocente e sedução através de presentes e atenção.

Muitas vezes, a revelação do abuso é feita de forma casual pela criança a um adulto próximo confiável (tia, madrinha, amiga, professora) ou, quando há oportunidade, a um médico durante uma entrevista particular ou durante o exame físico.

Sintomas físicos causados por abuso sexual:

- Dor vaginal, peniana ou retal.
- Sinal do pneu (eritema e edema na região anal).
- Corrimento, contusões, eritema ou sangramento.
- Angulação da extremidade himenal e rompimentos himenais.
- Disúria crônica, constipação.
- Encoprese e enurese noturnas.
- Distúrbios do sono e alimentares.
- Terror noturno.
- Sucção do dedo (regressão).
- Distúrbios da fala.
- Puberdade mais prematura no sexo feminino (raramente).

Grande parte dos casos de abuso sexual não envolve violência física, sendo o exame físico normal.

Suspeita de abuso físico:

- Comportamento excessivamente retraído ou extrovertido.
- Comportamento sexualizado.
- Mudança súbita de comportamento.
- Masturbação excessiva.
- Baixo rendimento escolar.
- Medo de adultos.
- Sensação de que a criança esconde algum “segredo” que envolve sua família.

A anamnese é mais importante do que o próprio exame físico e deve ser realizada com tranquilidade em todos os casos confirmados ou suspeitos de abuso sexual. É importante estar atento para o comportamento da criança que, em geral, mostra-se excessivamente retraída ou extrovertida, com comportamento sexualizado, masturbação excessiva, mudança súbita de comportamento, baixo rendimento escolar e medo do adulto de um modo geral. Por causa do silêncio, por desejo de proteger o abusador ou a família ou por ameaças do agressor, a causa dos sintomas ou comportamentos pode ser negada pela criança. Quando o agressor é provedor da família ou é violento, também pode haver negação dos fatos pelo parceiro pelo parceiro não-agressor e dependente.

No exame físico, é fundamental observar a evidência de outros abusos, tais como marcas de cinto e contusões, higiene geral, cicatrizes, aspecto nutricional, como peso e altura, anatomia ou defeitos congênitos, dificuldade para andar ou sentar, marcas de arranhões ou estrangulamento, criança deprimida ou silenciosa, presença de sêmen nas roupas.

Violência Emocional

Caracteriza-se pela depreciação das capacidades da criança, pela humilhação, desrespeito, rejeição, agressões verbais, cobranças ou punições exageradas. Como

consequência, a criança vivencia os sentimentos de medo, vergonha e humilhação. A criança pode também, ser levada a crer que não é o filho (a) que os pais desejam (queixas frequentes, dificuldades na expressão do afeto e superexigências).

Refere-se a toda mensagem implícita ou explícita presente na conduta parental capaz de causar dano emocional à criança.

É a forma mais sutil de maltrato, passando muitas vezes sem ser notada. Está presente em todas as outras manifestações da violência.

A maioria das crianças e adolescentes que sofrem esse tipo de violência tem baixíssima auto-estima, podendo evidenciar sintomas depressivos os quais podem ser evidentes ou mascarados e prejuízos cognitivos e sociais importantes.

Essa forma de abuso é tão grave quanto as demais. Entretanto, costuma ser subestimada quanto a suas consequências para o desenvolvimento infantil e negligenciada na execução de diagnósticos clínicos. O fato de apresentar-se de forma sutil ou ainda de estar relacionada a formas intensas de violência, exige que haja muita atenção do profissional de saúde, com enfoque para análise dos vínculos parentais e, sobretudo, para análise de qual é o lugar e a importância atribuídos pela família à criança.

Negligência

Enquanto as violências físicas, sexuais e emocionais ocorrem por alguma ação dos responsáveis, a negligência, ao contrário, ocorre pela sua omissão em prover os cuidados básicos essenciais ao desenvolvimento sadio da criança, tais como proteção, alimentação, afeto, higiene. Pode haver, também, privação de necessidades mais complexas, como ausência de registro de nascimento, inobservância do calendário de vacinações, falta de matrícula e/ou evasão escolar. As maiores vítimas são crianças menores de 4 anos. Há casos em que a família, por dificuldades econômicas, não tem condições para atender a alguma dessas necessidades, o que caracteriza violência estrutural.

Como consequência, há prejuízos severos, principalmente no desenvolvimento cognitivo da criança ocorrido pela carência de estímulos sensoriais. Pode, também, em casos mais graves, haver bloqueio no desenvolvimento da criança. A falta de cuidados adequados e/ou a demora na procura por atendimento médico são comuns, levando a reincidência ou agravamento de doenças de fácil prevenção e controle.

Existe uma grande dificuldade de diagnóstico de negligência quando questões sociais graves estão envolvidas (miséria, desemprego, condições insalubres de moradia), o que requer prudência do profissional na proposição de medidas legais e sociais.

Formas de negligência:

- Não cumprimento das recomendações médicas.
- Demora ou falha em procurar ajuda médica.
- Alimentação inadequada.
- Exposição de crianças e RN a drogas e álcool.
- Ambientes de risco.
- Supervisão inadequada.
- Abandono.
- Afeição inadequada.

Indicadores de dificuldade de desenvolvimento:

- Hipotrofia por causas não-orgânicas.

- Crianças com falhas no desenvolvimento ou por privação materna ou abuso emocional.
- Retardo do crescimento nos primeiros 3 anos de vida.
- Desnutrição grave.

Síndrome de Munchausen por Procuração

É considerada uma síndrome psiquiátrica em que um dos pais, geralmente a mãe, simula ou causa doença em um filho. Ela pode fabricar uma história médica, causar sintomas por expor repetidamente a criança a uma toxina, medicamento, agente infeccioso ou trauma físico, inclusive asfixia, ou alterar amostras de laboratório ou medidas de temperatura.

Principais sintomas e métodos de indução:

- Apnéia (sufocação).
- Vômitos intratáveis (intoxicação ou falso relato).
- Sangramento (intoxicação ou adição de tintas, corantes, cacau).
- Exantemas (intoxicação, arranhões, aplicação de cáusticos, pintura da pele).
- Crises convulsivas (intoxicação, falsos relatos, sufocação).
- Diarréia (intoxicação por laxativos).
- Febre (falsificação da temperatura ou da curva térmica).

As crianças mais afetadas são aquelas que têm menos de 6 anos, as quais apresentam doenças persistentes ou recorrentes sem explicação médica. O prognóstico é ruim, levando, muitas vezes à morte. O abuso é ocultado pelo perpetrador(a) que demonstra muito carinho, aparente interesse e um envolvimento excessivo nos cuidados com a criança.

Roy Meadow foi um grande estudioso dessa síndrome e sugeriu uma lista de “sinais de alarme e critérios” para o diagnóstico, a qual inclui: mãe superatenciosa que não se separa do seu filho; muito cooperativa com a equipe médica; com reação inapropriada à gravidade. Queixa-se de se estar fazendo muito pouco para diagnosticar a doença do filho, doença persistente ou recidivante sem explicação; os sintomas e sinais não ocorrem quando a mãe está ausente, “convulsões” que não respondem a anticonvulsivantes usuais; mães com história própria de Síndrome de Munchausen e com conhecimentos paramédicos; ausência de pai.

Segundo esse estudioso, o diagnóstico deve ser feito com base no estudo detalhado da história clínica atual e dos prontuários de internações anteriores, determinando eventos reais e fabricados, deve ser realizada pesquisa judiciosa da história pessoal, social e familiar da mãe, contato com outros membros da família contato com o médico da mãe para obter informações sobre possível história de Munchausen na família ou de mortes sem explicação, afastamento da mãe da criança para observar se ocorre interrupção da sintomatologia.

O manejo dessa síndrome deve ser executado por uma equipe multidisciplinar, a qual deve envolver pediatras, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e advogados.

Síndrome do Bebê Sacudido

É a forma de lesão abusiva de cabeça que ocorre quando uma criança é sacudida com força, em resposta à perda de controle do responsável diante do choro contínuo ou do comportamento irritável de um lactente.

É a forma de violência que apresenta maior complexidade diagnóstica, acometendo crianças menores de um ano, especialmente aquelas menores de 6 meses. Crianças dessa faixa etária, têm características que facilitam essa forma de abuso, tais como o tamanho da cabeça relativo ao corpo, fraqueza da musculatura cervical, elevada quantidade de água cerebral, espaço subaracnóideo largo.

No processo de aceleração-desaceleração, ocorre rotação da cabeça sobre o pescoço, movimento diferencial entre o crânio e estruturas intracranianas, estiramento e rompimento de vasos cerebrais, contusão e laceração cerebral

Caracteriza-se por fraturas do tipo metafisária, hemorragia de retina e hematomas subdurais devido a forças transversas de aceleração e desaceleração que rompem vasos frágeis entre a dura-máter e o córtex, alterações no nível de consciência, sonolência, irritabilidade, coma, convulsões, opistótono, problemas respiratórios, parada respiratória, hipoventilação e morte.

Conduta

O conhecimento prévio do Estatuto da Criança e do Adolescente é fundamental para a atuação do profissional da saúde. Frente a sinais ou sintomas sugestivos, o profissional deve realizar anamnese e exame físico mais minuciosos em busca de indicativos que reforcem a suspeita ou até confirmem o fato. Persistindo a suspeita ou confirmando-se o fato é obrigatória a comunicação aos órgãos responsáveis (Conselho Tutelar e Delegacias de Polícia e/ou Ministério Público) com o envio de um documento detalhando os achados e suspeitas.

O atendimento da criança ou do adolescente vítima de violência deve incluir a realização de uma entrevista cautelosa, de exame físico completo, incluindo estadiamento de Tanner e avaliação de lesões e cicatrizes, além de coleta de material forense, sempre que necessário, e diagnóstico, tratamento e prevenção de DSTs.

Devem, ainda, ser tomadas medidas de proteção à criança com encaminhamento de avaliação psicológica junto à família.

A entrevista com a criança e o adolescente vítimas deve ser realizada com calma, sendo atribuída credibilidade à palavra do entrevistado. Deve ser avaliado o desenvolvimento geral da criança, sua capacidade de distinguir realidade e fantasia, seu conhecimento sobre cores, formas, alfabeto, datas e, além disso, é necessário questioná-la sobre o conhecimento das próprias partes do corpo (nomeação).

Pesquisas apontam que os maus-tratos estão enraizados na estrutura social, nos aspectos culturais, psicológicos e jurídicos. Sendo assim, a fim de combater o abuso sexual, a exploração e os maus-tratos é necessário que haja ações articuladas de mobilização. É possível, nesse sentido, estabelecer algumas medidas capazes de prevenir, proteger, atender e até mesmo reintegrar a criança e/ou o adolescente à sociedade.

Medidas de prevenção:

- Impedir a violência (física e emocional), através de meios educativos, sendo direcionados para a orientação familiar e da população em geral, mantendo o alerta para sinais e acontecimentos nos quais a criança solicita auxílio e é incompreendida.
- Romper o silêncio (denúncia): é necessário que a gravidade da situação seja reconhecida e que a passividade seja rompida. Deve-se investigar objetivamente os relatos, a fim de diminuir os maus-tratos, bem como suas conseqüências.
- Acompanhamento familiar: é preciso criar condições para que a família assuma seu papel de proteção, aconchego e educação. Para tanto, seu atendimento deve

ser prioritário no sentido de evitar que essa se torne abusadora ou no sentido de recuperá-la, através do trabalho educativo, social, psicológico e jurídico.

- Desmistificar aspectos culturais: de acordo com algumas culturas, o castigo físico é considerado educativo, sendo, por isso mesmo, entendido como necessário. Deve-se, então, exercitar a reavaliação desses aspectos, desmistificando-os e reforçando a necessidade de respeito à integridade física e psicológica.
- Mobilização e discussão: buscar, por meio de atividades educativas realizadas junto a crianças e adolescentes, o conhecimento do corpo, bem como da sexualidade, tornando-os aptos a avaliar comportamentos abusivos em relação a esses.

Referências Bibliográficas

1. Lopez, FA; Júnior, DC. Tratado de Pediatria. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole ltda, 2007.
 2. Ferreira, JP. Pediatria, Diagnóstico e Tratamento. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.
 3. Duncan, BB; Schmidt, MI; Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Camargo Beatriz, Santos José Adair, Martins Márcia, Zanchet Odete, Pletsch Rosane, Maus-tratos e Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. São Leopoldo. Série de cadernos do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Berthold Weber.