DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

EDIÇÃO IX

Capítulo 17

ABUSO E VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DO MANEJO CLÍNICO-DERMA-TOLÓGICO

YOLANDA MARIA TEIXEIRA[1]
THAÍS GERMANO[1]
ANA CAROLINE DE MELO GELLA[1]
ANA LUIZA BARBOSA[1]
GABRIELA VITÓRIA DA COSTA BARBOSA[1]
ISABELA MARIA SERAFIM[1]
LIGIA LUANA FREIRE DA SILVA[1]
HANNAA EL HAYEK[1]
GABRIELA LACERDA SOUTO PEIXOTO[1]
ISABELLA OLIVEIRA FARIA DE GOUVEIA[1]
KAROLLYNNE PONTES CORDEIRO CHIANG[1]
VICTORIA NATALIA OLIVEIRA ARTUZO[1]
GIOVANNA REGIANI JULIANO[1]
MARIA LUISA GODINHO ARPAIA[1]
MAURÍCIO MOTA DE AVELAR ALCHORNE[2]

1. Discente - Faculdade de Medicina da Universidade Nove de Julho
2. Docente – Faculdade de Medicina da Universidade Nove de Julho

Palavras-chave: *Maus-tratos infantis; Saúde do adolescente; Assistência integral à saúde da criança*

DOI 10.59290/978-65-6029-136-2.17

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes são as principais vítimas de violência no Brasil, sendo este motivo uma das principais causas de óbitos de indivíduos entre 01 e 19 anos de idade. Estima-se que pelo menos 25 crianças menores de quatro anos de idade sejam vítimas de maus-tratos todos os dias. Embora a violência interpessoal se apresente sob várias perspectivas, uma das formas mais prevalentes é o abuso e negligência infantil (CAN).

De acordo com a OMS, a CAN refere-se ao abuso físico, sexual e psicológico, bem como à negligência de recém-nascidos, crianças e adolescentes por pais, responsáveis e outras figuras de autoridade. A violência infantil é um fenômeno complexo e polissêmico e sua ocorrência está intimamente relacionada ao território, a estrutura familiar e ao ambiente escolar nos quais a criança está inserida, servindo estes como principais fatores de agravo ou de proteção. Desde 2011 a violência contra a criança e o adolescente é de notificação obrigatória, na tentativa de estabelecer políticas públicas para a amenização e resolução do problema. A lei no 13.431, de 4 de abril de 2017, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, estabelecem os direitos da criança e do adolescente em casos de violência, definindo os mais diversos tipos de abuso infantil e sistematizando a integração do atendimento nos serviços de saúde, segurança pública, justiça e assistência social (SOUTO, 2018; DERMATOLOGIA, 2019; ALYOUBI, 2024; BRASIL, 2024).

O principal tipo de violência é a estrutural. Após a pandemia da COVID-19 seis a cada dez crianças com até 17 anos estão inseridas na pobreza que, em números absolutos, chega a quase 32 milhões de crianças. São chamadas crianças e adolescentes de alto risco, porque têm uma imediata probabilidade de sofrer, cotidiana e permanentemente, a violação de seus direitos humanos mais elementares devido ao profundo processo de espoliação a que estão submetidos. Segundo Minayo (1997), a violência estrutural, fenômeno multifatorial, também pode ser chamada estruturante, pois está intimamente relacionada aos níveis de desigualdade socioeconômica. Dentro do ambiente familiar, a presença de violência entre os parceiros aumenta o risco de abuso contra crianças. Nas comunidades, a violência urbana e a falta de espaços de lazer adequados também contribuem significativamente como agravos. Além disso, outras variáveis como gravidez precoce ou indesejada, prematuridade, deficiências físicas ou distúrbios de movimento, doenças crônicas, gravidez gemelar, abuso de substâncias ilícitas pelos responsáveis, história pessoal dos pais de violência e falta de reconhecimento da parentalidade também estão associadas ao aumento do risco de violência. Assim, questões sociais como pobreza, vulnerabilidade e desestruturação familiar desempenham um papel importante na predição do abuso físico infantil. Os maus-tratos também influenciam o futuro da criança, aumentando as taxas de absenteísmo, evasão escolar, suspensão, expulsão e abandono, situações que causam consequências socioeconômicas a longo prazo e maior probabilidade de envolvimento com o sistema jurídico criminal (MINAYO, 1994; GONDIM, 2011; BERLIN, 2011; UNICEF, 2023).

A transmissão intergeracional é um importante fator predisponente. Um estudo prospectivo longitudinal, que avaliou a relação direta entre experiências maternas de maus-tratos na infância e em seus filhos, analisou 499 mães e seus bebês e constatou que a violência infantil é um comportamento que pode ser herdado pela prole. Em comparação com as mães que não so-

freram abuso físico na infância, aquelas que foram vítimas apresentaram chances 19% maiores de terem filhos vitimados até os 26 meses de idade. Outro fator preditivo importante notado, neste e em outros estudos, foi o isolamento social, consequência direta dos abusos sofridos pelas mães na infância. Há alteração da disponibilidade de ajuda da rede de apoio da mãe em momentos de necessidade, uma vez que o abuso físico influenciou suas habilidades de relacionamentos. Nesse contexto, essas mulheres tendem a desenvolver amizades, parcerias românticas e redes sociais de apoio inadequadas, prejudicando suas próprias capacidades de apoiarem e protegerem seus filhos. Além disso, para essas mães, os vieses de resposta agressiva refletem uma história de parentalidade também agressiva. Neste sentido, estabelece-se um ciclo de violência, onde pessoas que foram abusadas quando crianças tendem a perpetuar e transmitir essas violências a seus filhos quando adultos, além de continuarem a sofrer outros abusos ao longo da vida adulta. Uma pesquisa publicada por McCauley (1997) demonstrou que 49% das mulheres que sofreram violência na infância também foram vítimas na fase adulta, enquanto apenas 13,9% daquelas que não sofreram nenhum tipo de abuso quando criança (MCCAULEY, 1997; WIDOM, 2008).

A violência infantil permeia todas as áreas da criança: além das lesões físicas, prediz problemas posteriores de uso e abuso de álcool e drogas, comportamento sexual de alto risco, agressão e crimes violentos, transtornos psiquiátricos e sequelas em relacionamentos quando adultos. Há, portanto, uma vitimização do indivíduo quando criança e revitimização ao longo da vida. Um estudo de coorte, que acompanhou 1.196 indivíduos dos 11 aos 40 anos de idade, revelou que crianças que sofreram múltiplas formas de abuso e negligência também apresentaram maior risco de traumas subsequentes e experiências de vitimização, muitas vezes em taxas mais altas do que os outros grupos de maus-tratos. Outra pesquisa mostrou que adolescentes que sofreram violência na infância tiveram risco aumentado de uso e abuso de cigarro, álcool e outras drogas, além de influenciarem um comportamento violento (KUNITZ, 1998; MCCAULEY, 1997; PARILLO, 2001; LANSFORD, 2007; COHEN, 2001; HUSSEY, 2006; WIDOM, 2008).

Uso e abuso de álcool e drogas pelos parentes também serve como agravo. Os estimulantes como cocaína, crack e anfetaminas estão frequentemente envolvidos em episódios de violência infantil por reduzirem a capacidade de controle dos impulsos e por aumentarem a sensação de persecutoriedade. Além disso, crianças que sofreram violência e/ou negligência possuem maior risco de desenvolverem problemas de uso de substâncias, fazendo com que haja perpetuação do ciclo de violência e abandono (KUNITZ, 1998; ZILBERMAN, 2005).

Diante deste contexto, este estudo é crucial por oferecer uma compreensão detalhada das lesões dermatológicas relacionadas à violência infantil. Esta compreensão é essencial, pois a violência na infância pode resultar em desfechos adversos em todas as áreas da vida do indivíduo. Ao preencher essa lacuna no conhecimento médico, o estudo capacita profissionais de saúde a identificar sinais de abuso infantil precocemente, permitindo intervenções mais rápidas e eficazes para proteger crianças vulneráveis e melhorar seu bem-estar a longo prazo. Ao identificar e caracterizar essas lesões, ele não apenas facilita a detecção precoce de casos de abuso infantil, mas também contribui para um atendimento mais eficaz e sensível às vítimas.

Além disso, ao desenvolver um escore de sugestibilidade e um fluxograma de atendi-

mento, fornece ferramentas práticas para profissionais de saúde lidarem com situações de violência infantil de forma mais padronizada e eficiente, potencialmente salvando vidas e protegendo o bem-estar das crianças vulneráveis.

Este artigo tem como objetivo elaborar um protocolo prático para identificação e manejo de lesões decorrentes da violência infantil, formando um score de sugestividade das lesões e um fluxograma de atendimento.

METODO

Este estudo é uma revisão da literatura que foi desenvolvido na perspectiva da pesquisa epidemiológica e, portanto, possui uma abordagem quantitativa e transversal, com análise na retrospectiva a partir de fontes secundárias de dados disponíveis publicamente. Analisamos as manifestações cutâneas do abuso contra a criança (0 a 9 anos) e o adolescente (10 a 19 anos), criamos um score de sugestibilidade e sistematizamos o atendimento médico frente a esses casos. Para tanto, buscou-se artigos científicos disponíveis na base de dados Pubmed, SciElo, ClinicalKey, Organização Mundial da Saúde (OMS), Google Acadêmico e Ministério da Saúde, com os seguintes descritores: “abuso infantil”, “violência infantil”, “o papel do médico em casos de violência infantil” e “sinais dermatológicos do abuso infantil”.

Os dados de 2022 foram apresentados e estratificados segundo características demográficas: região geográfica de notificação (Sudeste; Sul; Nordeste; Centro-Oeste; Norte), local de ocorrência (residência; via pública, escola; comércio/serviços; bar ou similar; habitação coletiva; local de prática esportiva; indústrias/construção e outros/ignorado/em branco), sexo (feminino; masculino), raça/cor (preta, branca, indígena e amarela), tipo de violência (de repetição; física; sexual; espancamento; negligência/abandono; envenenamento; estupro; psicológica/moral; objeto perfurocortante; ameaça; assédio sexual; objeto contundente; enforcamento; arma de fogo; tortura; substância/objeto quente e exploração sexual) e faixa etária (> 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos e 15 a 19 anos). Para o processamento dos dados foi utilizado o software Tabwin versão 4.1.5, que foram analisados com auxílio do Microsoft Excel 2016. A sistematização do manejo clínico e dermatológico foi elaborada caracterizando-se as lesões dermatológicas mais prevalentes, criando-se um escore de sugestividade dessas lesões e elaborando-se um fluxograma de atendimento médico à criança em suspeita de violência sexual.

Para a elaboração desta pesquisa, selecionamos 213 artigos e, depois de lê-los e filtrá-los, incluímos 40 nesta revisão. Como critérios de elegibilidade utilizamos artigos dos últimos 30 anos e que foram escritos nos idiomas português, inglês e espanhol e em concordância com o tema proposto. Excluímos artigos anteriores ao período selecionado e em outras linguagens que não aquelas já citadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do SINAN em 2022 **(Tabela 17.1)**, a região do Sudeste apresentou o maior número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, representando 43,75% (N= 82.610) do total de casos registrados. Por outro lado, a região Norte notificou a menor quantidade de casos, representando apenas 8,07% (N = 15.240) das ocorrências. Ainda que as diferenças regionais sejam consideráveis, é prematura a realização de comparações, já que cada uma encontra-se em estados singulares de implantação de Vigilância das Violências (VIVA) fazendo com que, talvez, os casos estejam subnotificados. Assim, a maior frequência de notificações na região sudeste se

deve, muito provavelmente, à melhoria da vigilância, tornando-se errôneo, neste momento, cravar o Sudeste como região geográfica com maiores índices de violência contra a criança no Brasil. A importante subnotificação ainda existente nos serviços constitui um dos principais limites a este estudo, impossibilitando a plena confiança na qualidade dos dados e tornando-os apenas uma fração do problema real (RATES, 2015).

O local de ocorrência mais notificado foi a residência, responsável por 64,82% (N=122.389) das notificações, e a pandemia de COVID-19 foi um fator que contribuiu para a exacerbação deste problema. A evasão escolar, a ausência do cotidiano escolar e o aumento da permanência em casa de todos os moradores, afetados pelo aumento do desemprego e abuso de álcool e outras drogas, são explicações para isto. A partir disso, configurou-se um efeito cascata, com a inclusão de novas formas de violação de direitos, como insegurança alimentar, que na escola eram minimizadas. Observou-se, também, maior gravidade dos casos após o início da pandemia, ou seja, as violências tomaram novas formas, sendo mais evidentes e quantitativamente mais expressivas do que eram no período pré-pandêmico. A Pesquisa Nacional da Situação de Violência contra Crianças no Ambiente Doméstico revelou que as professoras entrevistadas relataram, após a retomada das aulas presenciais, comportamentos mais agressivos entre as crianças, que se mostraram menos tolerantes, mais amedrontadas, imediatistas e reativas a situações corriqueiras, reproduzindo suas vivências no ambiente domiciliar. Ainda neste contexto, Nunes e Sales (2016) demonstram que, na maioria dos casos, o principal agressor é um dos membros da família já que, por permanecerem por mais tempo em seus lares, as crianças acabam sendo violentadas com mais frequência nestes locais (MASCARENHAS, 2010; NUNES, 2016; CHILDFUND, 2024).

Os abusos são mais comuns em meninas (68,67%, N=129.615), que apresentam uma incidência de 13 casos/1000 habitantes, em comparação aos meninos (31,35%, N=58.197), que contam com incidência de 0,54 casos/1000 habitantes. Estudos indicam que meninas possuem chances duas vezes maiores de serem vítimas de abuso sexual que os meninos, corroborando com a hipótese da dupla ameaça, que propõe que duas ou mais fontes simultâneas de desvantagem social (neste caso, ser criança e ser do sexo feminino) podem integrarir para conduzir resultados particularmente negativos. Segundo Ferraz (2021) et. al, essa discrepância entre os gêneros acometidos ocorre porque o processo de desvalorização, silenciamento e exclusão da mulher e da criança/adolescente atua sobre a mesma lógica cultural de subordinação e dependência do masculino. Esse fundamento está alicerçado sob uma cultura adultocêntrica e patriarcal, privilegiando atitudes desiguais de opressão e sua continuidade dentro das relações familiares. Meninas também são as principais vítimas de abuso sexual, terceiro principal tipo de violência (29,97%, N=45.273), especialmente na faixa etária da puberdade, visto que é neste momento que ocorrem o aparecimento das características sexuais secundárias, além de estarem sob as pressões machistas do “amadurecimento precoce”, que é responsável pela normatização da objetificação do corpo feminino e da alta tolerabilidade de comportamentos masculinos invasivos e abusivos (RUNARSDOTTIR, 2019; FERRAZ, 2021).

Crianças pretas são as mais afetadas, compondo mais da metade (57,21%; N=11956) dos casos notificados. Um estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos mostrou que crianças negras hospitalizadas com fraturas de crânio

ou ossos longos, em comparação com crianças brancas, tinham 8 vezes mais chances de ter um exame esquelético realizado para investigação adicional de suspeita de abuso físico. Além disso, a pesquisa também mostrou que, nos serviços de assistência, famílias negras são mais propensas a passar por investigações completas por abuso e negligência, ter os relatos comprovados e ter crianças realocadas sob tutela do Estado, mas são menos propensas a receber serviços de apoio (HUSSEY, 2006; BERLIN, 2011).

Os principais tipos de violência são as de repetição (35,36%, N=66.770), físicas (33,05%, N=62.405) e sexuais (29,97%, N=45.273). Martins *et. al* (2009) revela que, em 98,8% dos casos, o tipo de violência, a motivação e o agressor são os mesmos que os da notificação passada. Parte do problema pode ser explicado pela mentalidade cultural de que é necessário o uso de violência física como meio educativo, o que pode gerar lesões importantes no momento da ira, tanto físicas quanto psicológicas. Além disso, embora a violência sexual seja mais comum em meninas, os meninos também são vítimas de violência sexual, com uma faixa etária inferior a das meninas (5 a 8 e 9 a 12 anos de idade). Nessa idade, seus caracteres sexuais e cognitivos ainda estão em desenvolvimento, fazendo com que eles não possuam domínio completo sobre as tarefas "masculinas" culturalmente experimentadas, além de apresentarem fragilidades corporais de crianças, com menos força e maior facilidade de intimidação pelos agressores sexuais (MARTINS, 2009; FERRAZ, 2021).

Adolescentes de 10 a 19 anos são os que mais sofrem violência (64,93%, N=122.614). Os crimes de estupro, lesão corporal dolosa em contexto de violência doméstica e exploração sexual tiveram o maior número de registros, e a faixa etária mais acometida foi de 15 a 17 anos. Quanto maior a faixa etária, maior a desigualdade de gênero na distribuição das vítimas (BRASIL, 2021).

Tabela 17.1 Notificações de violência contra a criança e o adolescente. Ano de 2022

Região Geográfica	Notificações	Porcentagem
Sudeste	82.610	43,75%
Sul	38.272	20,26%
Nordeste	35.640	18,87%
Centro-Oeste	17.050	9,03%
Norte	15.240	8,07%
Local de Ocorrência		
Residência	122.389	64,82%
Via pública	14.933	7,90%
Escola	8.329	4,41%
Comércio/Serviços	2.308	1,22%
Bar ou similar	1.621	0,85%
Habitação coletiva	1.331	0,70%
Local de prática esportiva	729	0,38%
Indústrias/Construção	171	0,09%
Outros/Ignorado/Em branco	37.001	19,59%
Sexo		
Feminino	129.615	68,67%
Masculino	58.197	31,35%
Raça/Cor		

Preta (negra/parda)	101.761	53,89%
Branca	69.405	36,75%%
Indígena	2.010	1,06%
Amarela	1.551	0,82%
Ignorado/Em branco	14.177	7,50%
Tipo de Violência		
De repetição	66.770	35,36%
Física	62.405	33,05%
Sexual	45.273	29,97%
Espancamento	43.458	23,01%
Negligência/Abandono	41.198	21,81%
Envenenamento	31.780	16,83%
Estupro	30.889	16,35%
Psicológica/Moral	28.429	15,05%
Objeto perfurocortante	18.202	9,64%
Ameaça	16.585	8,78%
Assédio sexual	14.703	7,78%
Objeto contundente	4.795	2,53%
Enforcamento	4.221	2,23%
Arma de fogo	3.063	1,62%
Tortura	2.533	1,34%
Substância/objeto quente	2.410	1,27%
Exploração sexual	1.068	0,56%
Faixa etária		
< 1 ano	12.765	6,76%
1 a 4 anos	27.949	14,80%
5 a 9 anos	25.484	13,49%
10 a 14 anos	53.494	28,33%
15 a 19 anos	69.120	36,60%

Diferenciar lesões causadas por abuso de lesões acidentais, condições benignas da pele ou doenças de pele específicas em uma criança pode ser tarefa difícil. Por isso, sistematizamos o atendimento à criança vítima de violência. É essencial a realização de anamnese completa e de exames detalhados de pele, apêndices e mucosas. Também pode ser difícil a diferenciação entre acidente e violência. De acordo com a OMS, acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou não. Os acidentes englobam quedas, afogamentos, envenenamentos, queimaduras acidentais e acidentes de trânsito. Já a violência é definida como evento representado por ações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprio ou a outrem. As causas intencionais referem-se às violências auto infligidas e heteroinfligidas, que correspondem a homicídios, tentativas, agressões ou torturas. É imprescindível que o atendimento seja realizado por equipe multidisciplinar e interprofissional integrada e institucionalizada (DEJTIAR, 2018; PEDROSO, 2023; ALYOUBI, 2024).

A anamnese é de suma importância já que, muitas vezes, o exame físico pode ser inconclusivo. Recomenda-se que se peça aos pais ou responsáveis para descreverem com detalhes as circunstâncias em que ocorreram as lesões, o ambiente onde a criança estava antes, durante e

depois da ocorrência, como os pais acreditam que tenha acontecido (se não houver história anterior) e alterações de comportamento. Os sinais de alerta para o abuso incluem em explicações vagas, conflitantes, que mudam ao longo do tempo, demora injustificada para a procura do serviço de saúde ou visitas frequentes ao pronto-socorro. por parte dos cuidadores de como as lesões ocorreram, versões conflitantes entre os pais, mudanças de versões. Quando a história é inconsistente e discordante com o exame físico ou incompatível com as habilidades físicas da criança, deve-se desconfiar de abuso. A anamnese deve ser pautada em quatro principais pilares: estado geral da vítima, tipo de agressão, e características do agressor e da família (protetora, impotente, conivente ou participante da violência). Também devem ser identificados os fatores de risco para violência infantil como agressores que já foram vítimas de abuso infantil, desajustes familiares e psíquicos, alcoolismo e abuso de drogas. Se a criança já souber falar, ela também poderá dar sua versão sobre o acontecimento, separada dos pais (GONDIM, 2011; DEJTIAR, 2018).

Sempre que possível, o exame físico deve ser realizado. Deve-se evitar o exame anogenital por múltiplos médicos, devido ao trauma físico e psicológico que isso pode causar à criança. Quando os achados sugerem possibilidade de contato oral, genital ou anal, são indicados testes de cultura e sorologias. Se o exame ocorrer em até 24 horas do abuso, amostras para análise de corpo de delito devem ser coletadas. A tabela demonstra os principais achados do exame físico na criança sob suspeita de abuso infantil (DEJTIAR, 2018).

Principais lesões dermatológicas e manejo clínico

O médico deve sempre estar atento ao aparecimento inexplicado de lesões, realizando um exame físico minucioso à admissão do paciente **(Tabela 17.2)** e anotando todas as observações em prontuário médico. Quando a anamnese for direcionada às crianças capazes de se expressarem ou aos adolescentes, é necessária a realização de entrevista longe dos pais ou responsáveis, para que a criança tenha a oportunidade de explicar, em suas palavras, os motivos das lesões. A fim de sistematizar o manejo clínico e facilitar o diagnóstico de lesões dermatológicas, que podem ser de difícil identificação pelo médico devido às dúvidas sobre violência e acidentes, elaboramos um escore de sugestividade e um fluxograma de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência física e abuso sexual **(Tabela 17.3).**

Nos casos de violência sexual, o médico deve oferecer acolhimento à vítima sem julgamentos, dispor de espaço físico adequado para evitar exposição desnecessária, anotar em prontuário o relato da vítima o mais fiel possível, transcrevendo forma e conteúdo daquilo que foi dito. A escuta deve ser aberta, silenciosa e acolhedora. Ao exame físico, deve-se examinar o corpo inteiro da vítima em busca de lesões sugestivas. O exame pode ser difícil em crianças pequenas, fazendo-se necessária a solicitação de exames complementares de imagem. Na urgência, atentar-se sempre a diurese, uma vez que a anatomia genital da criança torna mais provável as lesões do trato urinário. O exame ginecológico é obrigatório na urgência, buscando-se lacerações, traumas, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e coleta de provas forenses. Nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, deve-se administrar as profilaxias de emergência da gestação para adolescentes que já menstruam, contra ISTs (eritromicina via oral por 15 dias, azitromicina via oral em dose única, ceftriaxona intramuscular em dose única e metronidazol via oral por 7 dias), contra hepatite B (administração de vacina para pacientes nunca vacinados ou com calendário incom-

pleto ou desconhecido) e administração de antirretrovirais contra o vírus HIV (Profilaxia Pós Exposição - PEP) via oral por 28 dias. O acompanhamento deve ser realizado a nível ambulatorial, incluindo vigilância de HIV e segmentos sorológicos, psicossexuais, de saúde reprodutiva e de estresse pós-trauma. A violência infantil é de notificação compulsória e deve ser realizada, completando todos os dados, ao Conselho Tutelar e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação, de acordo com a Portaria no 204 do Ministério da Saúde, 17 de fevereiro de 2016. Na ausência de histórico ou achados físicos definitivos, cabe à equipe de saúde a decisão sobre a notificação, uma vez que o impacto negativo de um diagnóstico errôneo pode causar danos drásticos à estrutura familiar (BRASIL, 2016).

A estratégia de Saúde da Família parece ser a melhor abordagem. Um estudo retrospectivo revelou que serviços de apoio à criança e à família oferecem as vantagens de relações longitudinais entre o médico e o núcleo familiar, acesso quase universal a cuidados e, principalmente, foco em serviços preventivos. A cada consulta domiciliar o médico tem a oportunidade de estreitar os laços entre a família e a Unidade Básica de Saúde, possibilitando acesso a recursos da comunidade e outros apoios de prevenção aos maus-tratos. A Academia Americana de Pediatria reforça a importância da prevenção e orienta que os médicos "forneçam orientação útil e encaminhem as famílias para programas e outros recursos com o objetivo de fortalecer as famílias, prevenir maus-tratos infantis e melhorar o desenvolvimento infantil". Além disso, por meio dessas consultas, os médicos podem diagnosticar e tratar não apenas a saúde mental dos responsáveis (que influencia diretamente nos cuidados prestados às crianças) e os estressores aos quais eles estão submetidos, mas também identificar vulnerabilidades sociais que podem aumentar o risco de abuso, como pobreza, desemprego e insegurança alimentar e habitacional. Além disso, por meio dessas consultas, os médicos podem diagnosticar e tratar não apenas a saúde mental dos responsáveis (que influencia diretamente nos cuidados prestados às crianças) e os fatores de estresse que enfrentam, mas também identificar vulnerabilidades sociais que podem aumentar o risco de abuso, como falta de comida, moradia precária e pobreza (BERLIN, 2011).

A Assembleia Geral das Nações Unidas (2006) elencou as recomendações para atuação frente às causas de violência:

3. Fortalecimento de compromissos e medidas nacionais e locais contra a violência;
3. Todas as formas de violência contra crianças e adolescentes devem ser proibidas;
4. A prevenção deve ser priorizada;
5. Promoção de valores não violentos e conscientização da população;
6. Fortalecimento da capacitação de todos os que trabalham com e para crianças;
7. Serviços de reabilitação e reintegração social devem ser prestados;
8. A participação das crianças deve ser garantida;
9. Sistemas e serviços de denúncias devem ser criados;
10. A responsabilização deve ser garantida, e a impunidade, eliminada;
11. A dimensão de gênero da violência contra crianças deve ser abordada;
12. Desenvolvimento e implementação de mecanismos nacionais sistemáticos de coleta de dados e pesquisas;
13. Compromissos internacionais devem ser fortalecidos.

Tabela 17.2 Achados do exame físico que sugerem abuso. Fonte: Dejtiar R, Mário W, Hirschheimer R, Pfeiffer L. MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA 2a edição [Internet]. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Ado-lescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%AAncia_2018.pdf>

Avaliação geral	Comportamento agressivo: a criança pode apresentar-se temerosa, arredia, agressiva e, com frequência, adotar posições de defesa, isto é, encolher-se e proteger o rosto, já que é uma região em que é acometida com frequência
	Comportamento apático: a criança pode apresentar-se apática, sonolenta e triste, não esboçando qualquer defesa
	Aspecto desnutrido: não raramente a desnutrição acompanha essas situações, algumas vezes com atraso importante do desenvolvimento neuromotor.
Exame Dermatológico	Lesões em múltiplos sistemas orgânicos Múltiplas lesões em diferentes estágios de cicatrização Marcas de objetos Lesões em localizações não usuais, como tronco, orelha, faces, pescoço ou parte superior dos braços Lesões significativas inexplicadas Evidências de negligência Qualquer lesão em crianças jovens que ainda não deambulam (equimoses, lesões na boca, fraturas, lesões intracranianas e/ou abdominais
Cabeça	Olhos: aparecimento de edemas e hematomas. Algumas vezes pode haver comprometimento de cristalino ou retina, levando a amaurose
	Orelhas: deformidades (“orelha em lata” decorrentes de traumas repetitivos
	Boca: lesões em cavidade oral e alterações em dentes (amolecimento, escurecimento etc.)
Tórax	Hemotórax ou pneumotórax secundários às fraturas de costelas, bastante raras em traumas acidentais
Abdome	Em traumas fechados (socos ou pontapés) pode haver perfurações de vísceras ocas ou rupturas de fígado ou baço, podendo levar ao abdome agudo. Até 6% das crianças submetidas a abuso físico e que não exibem sinais sugestivos de lesão abdominal no exame físico apresentam lacerações hepáticas na tomografia.
Fraturas	São mais sugestivas de trauma intencional quando são distais e têm características de fraturas por “arrancamento”, além de fraturas espiraladas, especialmente em membros inferiores em crianças que ainda não deambulam.
Sistema nervoso central	Crianças abaixo de 3 anos de idade, especialmente aquelas com menos de 1 ano, que apresentam o exame neurológico alterado (diminuição do nível de consciência, irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração da respiração até apneia, coma e postura em opistótono) podem apresentar hemorragia intracraniana e necessitam realizar tomografia de urgência. Se apresentarem sinais de hemorragia intracraniana, o exame de fundo de olho pode revelar hemorragias

	retinianas, que caracterizam a síndrome do bebê sacudido (*shaken baby syndrome*).
Síndrome do bebê sacudido ou traumatismo encefálico por abuso	Lesões do sistema nervoso central e hemorragias oculares provocadas por chacoalhamento de crianças pequenas. A vítima típica costuma ter menos de 6 meses de idade, ser do sexo masculino e cuidada apenas por uma pessoa no período da agressão. Os agressores geralmente são homens, especialmente os pais biológicos.

Tabela 17.3 Escore de sugestividade de lesões dermatológicas encontradas no exame físico da criança e do adolescente

1	Baixa sugestividade	Alta sugestividade
Hematomas	Quando presente em crianças ativas, com lesões em áreas expostas e sem formas definidas	Hematomas encontrados em partes moles e protegidas, em diferentes estágios, com formas lineares ou circunferenciais; crianças menores de 9 meses
Equimoses	Até três lesões, medindo menos de 1,0 cm, geralmente em joelhos, face anterior da tíbia e proeminências ósseas, como fronte e espinha dorsal	Lesões em áreas moles e protegidas, lineares ou arredondadas, paralelas, de contornos digitiformes e em crianças que não deambulam
Mordida	Equimose superficial menor que 3,0 cm ou lesões mais profundas.	Equimose profunda elíptica ou ovóide, maior que 3 cm.
Queimaduras	Lesões geralmente em região anterior do tronco e membros superiores. Tendem a serem ovais, excêntricas e superficiais.	Lesões mais profundas, múltiplas, com margens bem delimitadas, em extremidades e em áreas protegidas.
Alopécia	Afinamento difuso na região da coroa com preservação da linha frontal capilar	A queda capilar acompanha petéquias, edema de couro cabeludo e hematoma agudo, com dor à palpação e contornos irregulares, além de perda localizada dos cabelos.

Fonte: Autora - Para acessar o fluxograma, basta clicar no link anexado neste capítulo.

CONCLUSÃO

O escore de sugestividade oferece aos profissionais da saúde uma estrutura objetiva para avaliar e classificar as lesões dermatológicas mais comuns associadas à violência infantil. Ao classificar como risco baixo ou alto de uma lesão ser causada por agressão, o escore auxilia os médicos na identificação precoce de casos suspeitos, permitindo intervenções rápidas e adequadas.

Além disso, o fluxograma estabelece recomendações para o manejo dos pacientes desde o momento em que chegam ao consultório até o encaminhamento para serviços especializados, quando necessário. Isso promove uma abordagem padronizada e coordenada, garantindo que

todas as etapas do atendimento sejam seguidas de forma sistemática e eficiente.

A integração dessas ferramentas no ambiente clínico não apenas facilita o diagnóstico e tratamento das lesões dermatológicas relacionadas à violência infantil, mas também contribui para a proteção e o bem-estar das crianças. Ao fornecer orientações claras e baseadas em evidências, o escore e o fluxograma capacitam os profissionais de saúde a agir de forma rápida e decisiva, promovendo a detecção precoce e a intervenção adequada em casos de abuso infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALYOUBI R, AL-HAYANI MM, MAZI A, BAJAWI AO, ALYAZIDI AS, KOBEISY SA. Identification of Child Abuse and Neglect Based on the Perception of Training Physicians in Jeddah, Saudi Arabia. Cureus. 2024 Mar 26;16(3):e56985. doi: 10.7759/cureus.56985. PMID: 38665740; PMCID: PMC11045244.

BERLIN LJ, APPLEYARD K, DODGE KA. Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. Child Dev. 2011 Jan-Feb;82(1):162-76. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x PMID: 21291435; PMCID: PMC3059248.

CHILDFUND BRASIL. Pesquisa Nacional da Situação de Violência Contra as Crianças no Ambiente Doméstico [Internet]. 2023 Mar [acesso em 29 Abr 2024]. Disponível em: https://www.childfundbrasil.org.br/cfb/wp-content/uploads/2023/03/pesquisa-nacional-da-situacao-de-violencia-contra-as-criancas-no-ambiente-domestico.pdf.

COHEN P, BROWN J, SMAILE E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. Dev Psychopathol. 2001 Fall;13(4):981-99. PMID: 11771917.

DEJTIAR R, MÁRIO W, HIRSCHHEIMER R, PFEIFFER L. MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA 2a edição [Internet]. Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%AAncia_2018.pdf.

FERRAZ MDP, XAVIER MM, CABRAL VIR. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero. Densidades. 2021;(29):134-150. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S2318-92822021000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência contra crianças e adolescentes: Relatório anual 2019-2021 [Internet]. 2021 Dec [acesso em 29 Abr 2024]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-2019-2021.pdf.

GONDIM RM, MUÑOZ DR, PETRI V. Child abuse: skin markers and differential diagnosis. An Bras Dermatol. 2011 May-Jun;86(3):527-36. English, Portuguese. doi:10.1590/s0365-05962011000300015. PMID: 21738970.

HUSSEY JM, CHANG JJ, KOTCH JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatrics. 2006 Sep;118(3):933-42. doi: 10.1542/peds.2005-2452. PMID: 16950983.

KUNITZ SJ, LEVY JE, MCCLOSKEY J, GABRIEL KR. Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. Child Abuse Negl. 1998 Nov;22(11):1079-91. doi: 10.1016/s0145-2134(98)00089-1. PMID: 9827313.

LANSFORD JE, MILLER-JOHNSON S, BERLIN LJ, DODGE KA, BATES JE, PETTIT GS. Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study. Child Maltreat. 2007 Aug;12(3):233-45. doi: 10.1177/1077559507301841. PMID: 17631623; PMCID: PMC2771618.

MARTINS CHRISTINE BACCARAT DE GODOY, JORGE MARIA HELENA PRADO DE MELLO. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2009 Dez [citado 2024 Abr 29] ; 18(4): 315-334. doi: 10.5123/S1679-49742009000400002.

MASCARENHAS, M. D. M., MALTA, D. C., SILVA, M. M. A. DA., LIMA, C. M., CARVALHO, M. G. O. DE., & OLIVEIRA, V. L. A. DE. (2010). Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cadernos De Saúde Pública, 26(2), 347–357. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200013.

MCCAULEY J, KERN DE, KOLODNER K, DILL L, SCHROEDER AF, DECHANT HK, RYDEN J, DEROGATIS LR, BASS EB. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. JAMA. 1997 May 7;277(17):1362-8. PMID: 9134941.

MINAYO MC DE S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública; 1994;10:S7–18. doi: 10.1590/S0102-311X1994000500002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n° 204, de 17 de fevereiro de 2016. Brasília: Diário Oficial da União; 2016 fev 18. Seção 1:38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Volume 54, Número 08, Ano 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 7 de abril de 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08.

NUNES AJ, SALES MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016Mar;21(3):871–80. doi 10.1590/1413-81232015213.08182014.

PARILLO KM, FREEMAN RC, COLLIER K, YOUNG P. Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. Child Abuse Negl. 2001 Mar;25(3):335-46. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00253-2. PMID: 11414393.

PAU-CHARLES I, DARWICH-SOLIVA E, GRIMALT R. Signos cutáneos del maltrato infantil [Skin signs in child abuse]. Actas Dermosifiliogr. 2012 Mar;103(2):94-9. Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2011.05.004. Epub 2011 Jul 6. PMID: 21737054.

PEDROSO, M. R. DE O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. Escola Anna Nery, v. 27, 2023.

RATES SMM, MELO EM DE, MASCARENHAS MDM, MALTA DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015Mar;20(3):655–65. doi: 10.1590/1413-81232015203.15242014.

RUNARSDOTTIR E, SMITH E, ARNARSSON A. The Effects of Gender and Family Wealth on Sexual Abuse of Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2019 May 20;16(10):1788. doi: 10.3390/ijerph16101788. PMID: 31137588; PMCID: PMC6572445.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - Regional São Paulo (SBD-SP). A responsabilidade médica em casos de violência contra crianças e adolescentes [Internet]. Disponível em: https://www.sbd-sp.org.br/geral/a-responsabilidade-medica-em-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes/.

SOUTO DF, ZANIN L, AMBROSANO GMB, FLÓRIO FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 3):1237-1246. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0048. PMID: 29972520.

UNICEF. Multiple dimensions of child poverty in Brazil [Internet]. Brasília: UNICEF; [citado em 7 de abril de 2024]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/27216/file/multiple-dimensions-of-child- poverty-in-brazil.pdf.

WIDOM CS, CZAJA SJ, DUTTON MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. Child Abuse Negl. 2008 Aug;32(8):785-96. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.006. Epub 2008 Aug 28. PMID: 18760474; PMCID: PMC2572709.

WIDOM CS, DUMONT K, CZAJA SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry. 2007 Jan;64(1):49-56. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.49. PMID: 17199054.

ZILBERMAN ML, BLUME SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. Braz J Psychiatry [Internet]. 2005Oct;27:s51–5. doi: 10.1590/S1516-44462005000600004.