

Abordagem Diagnóstica e Manejo da Violência Contra Crianças e Adolescentes

1. Epidemiologia e Contextualização da Violência Infantojuvenil

1.1. A Violência como Problema de Saúde Pública

As **causas externas**, que englobam acidentes e violência, representam as principais causas de **morbimortalidade** na população infantojuvenil no Brasil. Apesar de sua alta prevalência, a formação médica no país frequentemente não aborda este tema com a profundidade que sua relevância epidemiológica exige. A violência gera não apenas **sequelas físicas**, comparáveis às de acidentes de trânsito, mas também profundas e duradouras **sequelas psíquicas**. Nenhum ser humano nasce com predisposição à agressividade ou ao fracasso, salvo em condições de patologias congênitas específicas. O potencial de vida é vasto, mas as experiências adversas na infância, notadamente a violência, são determinantes cruciais para as trajetórias de vida, podendo desviar um indivíduo para condutas antissociais e criminosas.

1.2. Características Demográficas e Impacto Social

A violência é um fenômeno **democrático**, que ocorre em todas as classes sociais, etnias e credos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que uma em cada quatro crianças no mundo, o que corresponde a um bilhão de indivíduos, sofre algum tipo de violência que deixará marcas. Contrariamente ao senso comum, a violência não se restringe a contextos de pobreza. De fato, quanto maior o nível socioeconômico e intelectual do agressor, maior o potencial de dano, pois a crueldade pode ser mais velada, sofisticada e escapar ao diagnóstico. Perpetradores em posições de poder podem infligir danos em larga escala, e a ausência de diagnóstico e a conseqüente impunidade perpetuam o ciclo.

1.3. O Conceito de Negligência como Violência Ativa

No contexto clínico, a terminologia é crucial. O termo **negligência** é frequentemente utilizado para descrever a omissão de cuidados, mas essa classificação pode minimizar a gravidade do ato. A omissão deliberada de cuidados essenciais, como a não administração de insulina a uma criança diabética, não

deve ser classificada como mera negligência, mas sim como **violência física e psíquica**. Portanto, em uma abordagem rigorosa, o termo negligência é substituído por uma classificação mais precisa da violência. A crença de que auxílios sociais, como cestas básicas ou programas de transferência de renda, podem compensar o dano causado pela ausência de afeto e cuidado é um equívoco. A função parental adequada não pode ser construída artificialmente por meio de recursos materiais.

2. O Perfil dos Agressores e a Dinâmica Familiar

2.1. Identificação dos Agressores

A análise dos agressores revela um padrão consistente, que pode ser estratificado em diferentes níveis de proximidade com a vítima:

1. **Família Nuclear:** Composta por pai, mãe, padrasto ou madrasta, sendo o grupo primário e mais frequente de perpetradores.
2. **Família Extensa:** Inclui avós, tios e outros parentes. É um erro presumir que a família extensa, especialmente os avós, seja inerentemente protetora. Frequentemente, a avó ou o avô de uma criança agredida foi o agressor original do pai ou da mãe da vítima, configurando uma transferência do ciclo de abuso da "matriz" para a "filial". A confiança baseada apenas no laço de sangue é imprudente.
3. **Extrafamiliares Conviventes:** Indivíduos que residem no mesmo domicílio sem laços de parentesco direto, que se aproveitam da fragilidade da criança e da convivência próxima.

Em muitos casos, a violência ocorre em um contexto de **cegueira permissiva** por parte dos responsáveis. Pais que foram vítimas de violência em suas próprias infâncias podem não reconhecer o abuso sofrido por seus filhos ou podem se sentir impotentes para intervir. Embora essa história prévia de vitimização possa explicar a falha na proteção, ela não a justifica. A responsabilidade legal, ética e moral de proteger um filho é inalienável a partir do momento em que se decide pela paternidade ou maternidade.

2.2. O Ciclo Intergeracional e a Normalização da Violência

Dados do DATASUS indicam que aproximadamente 80% das situações de violência notificadas ocorrem no **ambiente intrafamiliar**. A violência é uma condição crônica, progressiva e contagiosa, perpetuada pela impunidade e pela falta de diagnóstico. Muitas crianças vítimas de violência crônica não a reconhecem como tal, pois aquela é a única realidade que conhecem. Um relato clínico ilustra este ponto: um menino de 10 anos, acolhido institucionalmente após sofrer abuso físico severo pelo avô e sexual pelo pai, expressou felicidade após uma semana no abrigo, afirmando: "Eu não sabia que uma criança não apanhava todo dia." Este fenômeno de normalização é um obstáculo significativo para a identificação e denúncia. Para quebrar o ciclo, é imperativo tratar não apenas a vítima, mas também os agressores, que em sua maioria possuem suas próprias histórias de vitimização.

3. Diagnóstico Clínico da Violência Física

3.1. Sinais de Alerta na Anamnese

O diagnóstico de violência exige um alto índice de suspeição. A anamnese é a primeira e mais fundamental ferramenta, e certos sinais devem alertar o profissional de saúde:

- **Descrição de trauma discordante:** A história relatada pelos cuidadores é incompatível com o tipo, a localização ou a gravidade da lesão. A entrevista em separado dos responsáveis pode revelar inconsistências na narrativa.
- **Atraso na procura por atendimento médico:** Cuidadores podem adiar a busca por socorro para evitar a descoberta do abuso ou como forma de infligir maior sofrimento à criança, mesmo em casos de lesões graves como fraturas. Frequentemente, a criança só é levada ao serviço de saúde quando há risco iminente de morte.
- **Trauma incompatível com o desenvolvimento psicomotor:** Lesões atribuídas a acidentes que a criança não teria capacidade motora para sofrer. Exemplos incluem um lactente de 3 meses que "caiu do berço" ou uma criança de 3 anos com fratura de fêmur por "cair do triciclo".
- **Lesões em áreas protegidas do corpo:** Traumas acidentais tipicamente ocorrem em áreas de impacto proeminentes (fronte, nariz, joelhos, canelas). Lesões no pescoço, tronco lateral, face interna das coxas ou genitália são altamente suspeitas de agressão.

3.2. Achados Patognomônicos e Altamente Sugestivos no Exame Físico

O exame físico detalhado pode revelar lesões com padrões específicos que são praticamente diagnósticos de abuso.

- **Lesões bilaterais e sucessivas:** Hematomas periorbitais bilaterais não podem ser causados por um único trauma, como uma bolada, devido à proteção da ponte nasal. Indicam, portanto, múltiplos impactos. Lesões em diferentes estágios de cicatrização sugerem traumas repetidos ao longo do tempo.
- **Queimaduras com padrão definido:** A **queimadura em luva ou em meia** apresenta uma linha de demarcação nítida e distribuição homogênea, indicando imersão forçada em líquido quente. Queimaduras circulares e profundas são características de **cigarro** e indicam tortura. A presença de queimaduras nos espaços interdigitais, por exemplo, sugere que a mão da criança foi forçada e mantida contra uma superfície quente.
- **Lesões em orelha:** A tração repetida e violenta da orelha pode causar hematoma auricular (orelha de lutador) e fratura da cartilagem, desestruturando a concha acústica e podendo levar à surdez.
- **Lesões com formato de objeto:** Marcas de fivela de cinto, mão ou outros instrumentos são evidências diretas de agressão.
- **Alopecia por tração:** Áreas de arrancamento de cabelo.

3.3. A Importância da Investigação Radiológica

Em crianças menores de dois anos com suspeita de abuso, a realização de um **levantamento esquelético completo** é um procedimento padrão. Certos tipos de fraturas são altamente específicos para trauma não acidental:

- **Fraturas metafisárias em "alça de balde" (bucket-handle):** Resultam de forças de arrancamento ou torção sobre um membro.
- **Fraturas de costelas posteriores:** Patognomônicas da **síndrome do bebê sacudido**, causadas por compressão do tórax durante o chacoalhamento.
- **Fraturas de escápula, esterno e processos espinhosos.**
- **Fraturas complexas de crânio.**
- **Fraturas em espiral** de ossos longos em lactentes que não deambulam.

A presença dessas fraturas, na ausência de um politraumatismo grave comprovado ou de doença óssea metabólica, deve ser considerada como evidência de violência intencional.

4. Consequências, Abordagem Terapêutica e Aspectos Legais

4.1. Impacto Psicológico e Comportamental

A violência crônica leva a consequências devastadoras para o desenvolvimento psíquico. Crianças e adolescentes vitimizados frequentemente apresentam um espectro de manifestações, incluindo dificuldades de aprendizagem severas (mais de 95% dos casos), evasão escolar, agressividade, apatia e transtornos de comportamento como enurese e encoprese. A **autoagressão**, em suas diversas formas (cortes, transtornos alimentares, abuso de substâncias, autossabotagem), é um sintoma comum. Ela frequentemente surge de um sentimento de culpa internalizado, onde a dor física controlável serve como uma distração para uma dor psíquica insuportável. Uma pergunta clínica essencial a ser feita a um paciente que se autoagride é: "Do que você se culpa para se maltratar tanto?". A resposta frequentemente revela uma internalização da rejeição ou das expectativas irrealistas dos pais.

4.2. Ideação Suicida e Desejo de Morte Parental

A **ideação suicida** em crianças e adolescentes deve ser investigada com extrema seriedade. Frequentemente, o desejo de morte não é primariamente do paciente, mas um reflexo de um **desejo de morte** projetado pelos cuidadores. Um exemplo clínico ilustrativo é o de um adolescente com múltiplas tentativas de suicídio por overdose de medicação psiquiátrica, a qual era consistentemente deixada acessível pelos pais. Tal padrão de "facilitação" sugere que o desejo de morte é, na verdade, parental, e não do adolescente. É crucial investigar a dinâmica familiar por trás de tentativas de suicídio recorrentes.

4.3. O Papel do Médico e a Obrigação Legal de Notificar

O diagnóstico da violência depende da capacidade e da disposição do profissional de saúde em reconhecer os sinais. O preconceito ou a negação podem levar a falhas diagnósticas graves, como no caso de uma criança com um hematoma periorbital massivo que foi submetida a uma extensa e inútil investigação hematológica por 15 dias, enquanto a hipótese de violência era ignorada. Os profissionais de saúde têm uma obrigação legal, conforme o **Artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, de notificar qualquer **suspeita** de maus-tratos. A notificação deve ser direcionada ao **Conselho Tutelar** e, em casos graves, diretamente ao **Ministério Público**, que atua como o defensor legal da criança e do adolescente. Um relatório médico detalhado, descrevendo os achados da anamnese, do exame físico e dos exames complementares, é fundamental para subsidiar a ação judicial e garantir a proteção da vítima. A falha no diagnóstico e na notificação é uma falha ética e profissional, pois estima-se que 60-70% das crianças retornam ao serviço de saúde pela mesma causa, e de 5% a 10% delas podem morrer em decorrência da violência não interrompida.

4.4. Recuperação e Tratamento Especializado

A recuperação da criança vítima de violência é um processo longo que exige uma abordagem **interdisciplinar e especializada**. O tratamento envolve psicoterapia, acompanhamento psicopedagógico para reverter os bloqueios de aprendizagem, e intervenção familiar sempre que possível. A separação do ambiente agressor é, frequentemente, a medida mais crucial e imediata para a segurança e o início da recuperação. A reconexão com laços afetivos saudáveis, como um pai não agressor, pode ser um catalisador para a recuperação da fala e da capacidade de simbolização, como ilustrado no caso da menina que, após ser acolhida e retomar o contato com o pai, começou a se comunicar e a elaborar seu trauma através de desenhos. A existência de serviços especializados, como o programa Dedicada, que oferecem tratamento para casos graves e gravíssimos, é vital para o tratamento das sequelas e a interrupção do ciclo de violência.