

# *Crianças Vítimas de Maus Tratos e a Repercussão na Área da Otorrinolaringologia*

*Adriaan N. Bosschaart, Ann Hermansson e  
Thea van Zeven-van der Aa*

## **Introdução**

O abuso ou mal trato infantil é uma situação complexa e ameaçadora para as crianças e suas famílias. Também é uma situação difícil e exigente para os médicos responsáveis pelo tratamento de um caso de suspeita de abuso infantil. Por isso, é de grande importância que os profissionais não apenas estejam informados sobre as regras e regulamentos em matéria de informação e manipulação, mas acima de tudo sobre os sinais que devem levantar a pergunta - "Isso é um acidente ou uma lesão não acidental?"

Na Holanda, dois grandes estudos de prevalência, em 2005 e 2010, mostraram que anualmente mais de 100.000 crianças abaixo da idade de 18 anos foram maltratadas, o que soma três por cento de todas as crianças <sup>1,2</sup>. Tem sido demonstrado que em 65-75% das crianças com sinais de abuso físico, as lesões são encontradas na região da cabeça e pescoço <sup>3</sup>. Portanto, os médicos otorrinolaringologistas muitas vezes devem ver sinais de abuso físico em crianças, mas talvez não os reconheçam como tais, por não estarem familiarizados nesta área.

## **Definição**

No "Relatório da Consulta sobre prevenção de abusos na infância" Genebra, 29-31 Março de 1999, está escrito que:

*O abuso ou maus-trato de crianças constitui todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro, resultando em dano real ou potencial para a saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.*

## **Incidência**

A incidência de abuso infantil é bastante elevada em comparação com muitos outros problemas de saúde nas crianças. Comparando a prevalência de abuso infantil na Holanda com outras afecções pediátricas descobrimos que, anualmente, 3% das crianças foram diagnosticadas como vítimas de abuso, 1% foram submetidas à tonsilectomia, e 400 crianças foram diagnosticadas com câncer. Portanto, a quantidade de crianças que sofrem maus tratos na Holanda é grande.

## **Sinais e sintomas**

Tanto os sintomas físicos e sinais comportamentais podem despertar a suspeita de maus tratos enquanto se examina uma criança com uma lesão física. Crianças são propensas a acidentes e na maioria dos casos uma boa explicação para a lesão está disponível. Os pais tomaram medidas adequadas a respeito do acidente e a criança sente-se segura com eles. No entanto, alguns tipos de lesões devem desafiar o médico a considerar a possibilidade de uma lesão não-acidental.

**Figura 1.** Contusão

Contusões, por exemplo, são muito comuns em crianças, mas não em crianças que ainda não se movimentam na sua totalidade (**Figura 1**). Portanto, quando contusões são vistas em crianças pequenas há de se levar em consideração a idade e estágio de desenvolvimento das mesmas. Apenas quando uma criança está engatinhando e/ou andando, os acidentes são possíveis. Uma famosa frase em inglês diz: "*Those who don't cruise, seldom bruise*" (quem não se movimenta não se acidenta) <sup>4</sup> (**Figuras 2A e 2B**).

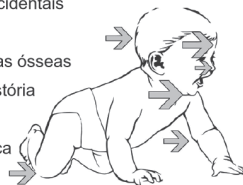
Vale a pena notar que lesões acidentais envolvem principalmente as proeminências ósseas da face. Lesões acidentais estão situados principalmente na testa e em outras partes ósseas da face, como o nariz e o queixo. Ao mesmo tempo as lesões localizadas na orelha, no conduto auditivo externo ou na área atrás da orelha (retroauricular) são incomuns e devem ser consideradas intencionais até prova em contrário. Além disso, as lesões devem estar em conformidade com a história contada pelos pais e a fase de desenvolvimento da criança. O "triângulo de segurança" é a região entre as orelhas, os lados da face, do pescoço e a parte superior dos ombros. Dentre as crianças que vêm ao nosso consultório, com muitas lesões, menos de 1% das crianças não abusadas tiveram lesões nesta região. Significa que, caso o médico encontre contusões nesta região (dentro do triângulo de segurança) deverá estar alerta para outros sinais de abuso infantil, especialmente em crianças mais jovens.

Alguns sinais físicos e comportamentais são mais típicos de abuso do que os outros e sempre devem ser levados em consideração durante a realização do exame físico por um otorrinolaringologista <sup>5</sup>. Alguns deles estão listados abaixo. Neste contexto, é importante perceber que contusões podem ser difíceis de ver em uma pele mais escura. Em alguns casos, podem ser mais bem visualizadas com técnicas fotográficas digitais.

**Figura 2A.** Locais não suspeitos para contusões.

Lembre-se que as lesões acidentais tipicamente:

- envolvem as proeminências ósseas
- são compatíveis com a história
- estão em acordo com o desenvolvimento da criança

**Figura 2B.** Locais suspeitos para contusões.

Lembre-se que preocupações devem ser levantadas por lesões:

- de ambos os lados do corpo
- do tecido mole
- que não são compatíveis com a história
- que não estão de acordo com o desenvolvimento da criança
- que são de apresentação tardia



**Figura 3.** Marcas de tapas

**Figura 4.** “Raccoon eyes”.  
Pode ser um sinal de abuso infantil, mas, por vezes, pode ser encontrada em algumas doenças da coagulação e tumores cerebrais



**Figura 5.** Esta criança apresenta um “olhar fixo” e alguns pequenos hematomas.  
(De Dr. G.H.J.Luitse)



## Face

- Marcas de tapas (**Figura 3**)
- Queimaduras
- Lacerações
- Marcas de mordidas
- Equimoses
- Cicatrizes
- Fraturas faciais
- Olhos pretos, escuros (**Figura 4**)
- "Olhar fixo": a criança parece alerta e sem resposta, seguindo cuidadosamente com os olhos, o adulto. A criança já aprendeu que os adultos não são sempre amigáveis. (**Figura 5**)

## Ouvido

- Hematoma
- Equimoses do pavilhão auricular
- Laceração do meato acústico externo
- Perfuração de membrana timpânica
- Descontinuidade ou disjunção ossicular
- Perda total da audição associada com vertigem
- Paralisia do nervo facial
- Otorréia com saída de líquido
- Problemas persistentes de otite média com efusão

## Nariz

- Coágulos de sangue, epistaxe recorrente
- Desvio de septo / perfuração
- Desvio da columela
- Congestão
- Corpo estranho
- Rinorréia com o líquido cefalorraquidiano (líquor)

## Boca

- Hematomas no palato e bochechas (**Figura 6**)
- Lacerações ou evidências de corpo estranho
- Falta de dentes, em especial em lugares não habituais
- Escaras múltiplas nos lábios ou na mucosa oral
- Queimaduras de lábios ou da mucosa oral
- Frênulo labial rasgado (**Figura 7**)
- Doenças sexualmente transmissíveis

### Fraturas faciais

- Apenas cinco por cento de todas as fraturas faciais são encontradas em crianças com menos de 12 anos de idade e apenas 1% nas de 1 ano, portanto as fraturas faciais em crianças são raras e devem levantar suspeitas.
- Fraturas do terço médio da face são raras em crianças.
- Fraturas tipo “*blow-out*” ou explosivas são muitas vezes deixadas sem diagnóstico.
- As fraturas mandibulares são mais comuns. Ocorrem principalmente por deslocamentos devido a elasticidade da mandíbula relativamente pequena (muitas vezes mais de uma fratura).

**Figura 6.** A mesma criança da foto acima (da Figura 5) com um ferimento de queimadura no palato (causada por leite muito quente). Observe as duas pequenas lacerações no lábio.



**Figura 7.** Um freio labial rasgado sem uma explicação suficiente é (muito) suspeito de abuso infantil para bebês e crianças.



Outro tipo de abuso que o examinador deve ter em conta é a Síndrome de Munchhausen por procuração (*Munchhausen by proxy Syndrome*) que por vezes é a explicação dos sinais e sintomas acima mencionados. Este diagnóstico refere-se a uma situação em que o responsável diz, simula ou induz sintomas, fazendo com que a criança realmente apresente problemas, dores, induzindo a investigações ou tratamentos perigosos.

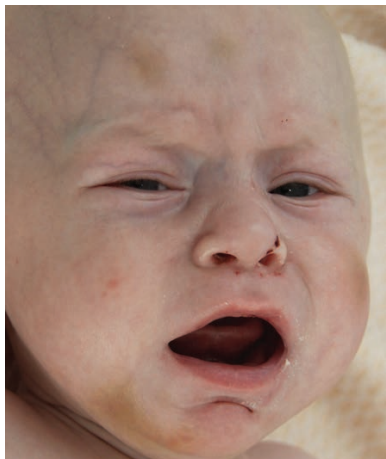
### Como lidar com um caso suspeito de abuso infantil?

Em todas as crianças internadas com um trauma, sempre observar as lesões e a história relatada. Em seguida, procurar uma explicação plausível até visualizar como pode ter acontecido “imaginar como em um filme” (**Figura 8**). É importante examinar a criança com muito cuidado e procurar outras lesões que podem se encaixar com a explicação dada. Procurar outras lesões com contusões fora da área de ORL. São recentes e de acordo com a história contada? São de diferentes idades e de diferentes traumas? Se possível tirar fotos. É importante não tirar conclusões precipitadas. Consulte um colega e/ou um Pediatra.

Como lidar com o caso legalmente uma vez levantada a suspeita de abuso infantil, dependerá da legislação do país envolvido. Alguns países têm notificação obrigatória para os profissionais de saúde e escolas. Também levar em consideração que em muitos países é proibido o castigo corporal (em casa e na escola).

Em caso de suspeita é aconselhável verificar a legislação sobre abuso infantil em seu país e suas obrigações médico-profissionais. Além disso, verifique a política da sua Associação Nacional de ORL bem como a política do hospital onde você trabalha.

**Figura 8.** Bebê de três meses com hematomas na testa, bochechas e queixo. Para uma criança desta idade é impossível criar os hematomas ele mesmo. Os hematomas na testa mostram marcas de impressões digitais. (Gentileza de Dr. G.H.J. Luitse)



Em um país com notificação obrigatória é mais fácil, uma vez que todos os casos de suspeita de abuso infantil devem ser comunicados. No entanto, é importante fazê-lo com a compreensão da família.

Explique que todas as suspeitas devem ser comunicadas, sendo isto feito para ajudar e proteger a criança!

Se não houver um sistema de notificação obrigatória é importante verificar a legislação. **Acima de tudo, certifique-se que a criança está a salvo! Quanto mais jovem a criança ferida ou machucada, mais desconfiado você deverá ser. Não se esqueça disto!**

*Algumas das figuras do capítulo são publicadas com autorização do Dr. G.H.J. Luitse*

## Referências bibliográficas

1. IJzendoorn, M.H., Prinzie, P., Euser, E.M., et al. (2007). Kindermishandeling in Nederland Anno 2005. (Child maltreatment in the Netherlands, 2005) De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Casimir Publishers.
2. Lenneke Alink, Rien van IJzendoorn,, Marian Bakermans-Kranenburg et al ( 2010)The second National Prevalence study of Childmaltreatment: Leiden Attachment Research Program & TNO
3. Robert Reece and Cindy Christian: Maxillofacial, Neck, and Dental manifestations of Child Abuse in: Child Abuse Medical Diagnosis & Management 3<sup>rd</sup> ed. Robert M Reece 2009:ISBN-13: 978-1581102086
4. Bruises in Infants and ToddlersThose Who Don't Cruise Rarely Bruise. Naomi F. Sugar, MD; James A. Taylor, MD; Kenneth W. Feldman, MD; and the Puget Sound Pediatric Research Network *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(4): 399-403.
5. Websites: | [www.rcpch.ac.uk](http://www.rcpch.ac.uk) | [www.aap.org](http://www.aap.org) | [www.apsac.org](http://www.apsac.org)