

Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos)

Child and adolescent abuse

Unitermos: violência, diagnóstico, condutas.
Uniterms: violence, diagnostic, conducts.

Antônio Carlos A. Cardoso*
Herlander M. M. Coelho*
Maria de Jesus C. S. Harada*
Mário R. Hirschheimer*
Regina M. Catucci Gikas*
Renata D. Waksman*
Roseli M. D. Ancona Lopez*
Theo Lerner*

RESUMO

O atendimento e a prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes deve estar inserida em ações de saúde, de educação, de comunicação, culturais e econômicas, que sejam capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso diante dos problemas de discriminação e desigualdades aos quais estão submetidos os diferentes grupos populacionais.

As dificuldades atuais a serem transpostas incluem a necessidade de ações padronizadas por profissionais de várias áreas que forneçam diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de atuação, vencer a resistência e o medo dos profissionais.

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente que está diante de uma situação complexa, com risco de morte, que deixa quase sempre seqüelas psíquicas e físicas graves, que afeta todos os membros de um núcleo familiar de formas e intensidades diferentes, com potencial de afetar também gerações futuras desta mesma família.

Como nossa cultura é permeada pelo abuso da autoridade, onde castigos são relativamente comuns, como "forma de educação", muitos casos de vitimização de crianças e adolescentes podem passar despercebidos. Por isso é dever do pediatra estar sempre atento para suspeitar dessa situação clínica.

O Núcleo de Estudos da Violência contra Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo tem como um dos seus objetivos estabelecer recomendações, como as deste artigo, para o atendimento e correto encaminhamento das vítimas de violência física domiciliar, negligência (que é a forma de violência com maior índice de letalidade), violência psicológica (incluindo a síndrome de Münchausen por transferência) e violência e abuso sexual.

INTRODUÇÃO

Qualquer profissional que se defronte com um caso de violência doméstica contra criança ou adolescente deve estar ciente que está diante de uma situação complexa, com risco de morte, que deixa quase sempre seqüelas psíquicas e físicas graves, que afeta todos os membros de um núcleo familiar de formas e intensidades diferentes, com potencial de afetar também gerações futuras desta mesma família.

Vizinhos, familiares, professores ou profissionais que tiveram contato com a criança ou o adolescente e que constatarem ou suspeitem de violência doméstica devem fazer a denúncia, de forma pessoal ou anônima.

Qualquer instituição, como escolas, hospitais, ambulatórios, postos de saúde, consultórios ou clínicas médicas e psicológicas, seja ela pública ou privada, além dos conse-

* Núcleo de Estudos da Violência Contra Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

lhos tutelares, delegacias de polícia ou da mulher, varas da infância e juventude, sempre que detectar ou mesmo suspeitar de um caso de violência doméstica deve inseri-lo numa rede de proteção para crianças e adolescentes e de assistência para toda a família.

Violência doméstica exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras que devem garantir assistência psicológica, social, médica e educacional. O sistema policial e jurídico deve garantir segurança às vítimas, responsabilizar os agressores e estabelecer procedimentos para que as outras instituições que compõem o sistema social fiquem responsáveis pela intervenção.

É normalmente dentro de casa que as crianças aprendem com os adultos a forma de reagirem à vida e viverem em sociedade, como noções de direito e respeito aos outros; auto-estima; maneiras de resolver conflitos ou frustrações e maneiras de conquistar objetivos e tolerar perdas.

Como nossa cultura é permeada pelo abuso da autoridade, em que castigos são relativamente comuns, como "forma de educação", muitos casos de vitimização de crianças e adolescentes podem passar despercebidos. Assim os pais maltratam seus filhos por hábito culturalmente aceito há séculos. É comum pais afirmarem que apanharam de seus pais e são felizes.

Se o modelo de violência for transmitido e perpetuado nas relações em família para estabelecer limites, os filhos aprenderão que a solução de conflitos é pela força e tenderão a reproduzir esse modelo não só com suas futuras famílias, mas em todas suas relações interpessoais, tanto na rua como na escola e no trabalho.

■ CONCEITOS

Violência física domiciliar se caracteriza pelo ato violento, com o uso da força física, intencional, portanto não acidental, praticadas por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes.

Há estimativas de que cerca de 10% das crianças levadas a serviços de emergência por *trauma* são vítimas de maus-tratos por violência física e, sem ajuda adequada, 5% delas provavelmente morrerão nas mãos dos agressores.

O diagnóstico, na maioria das vezes, é difícil, necessitando de perspicácia e experiência profissional. Assim, em primeiro lugar, é dever do pediatra *estar sempre atento para suspeitar esta situação clínica*.

Negligência é a omissão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social, provocada por falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as incle-

mências do meio como o frio e o calor; não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. *É a forma de violência com maior índice de letalidade.*

Abandono é forma extrema de negligência.

Violência psicológica pode ser praticada de diversas formas, como rejeição, depreciação, cobranças exageradas, discriminação, desrespeito, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender necessidades psíquicas de um adulto.

Uma outra forma de violência psicológica, para a qual o pediatra deve estar atento, é a *síndrome de Münchhausen por transferência* se caracteriza como a situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresentam são inventados ou provocados. Esta prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pelas multiplicações de consultas e internações sem motivo.

Violência sexual é abordada mais adiante neste artigo.

□ DIAGNÓSTICO

Anamnese

Alguns indícios de distúrbios do desenvolvimento podem ser observados em idade precoce, como:

- Dificuldades para se alimentar, dormir ou concentrar-se;
- Introspecção, timidez e passividade exagerada;
- Depressão e idealização suicida;
- Dificuldades de relacionamento com os outros;
- Identidade prejudicada;
- Distúrbios da sexualidade;
- Promiscuidade / prostituição;
- Agressividade / rebeldia;
- Abuso de crianças menores.

Saber o que aconteceu com a vítima é o passo inicial e crucial na diferenciação entre trauma intencional e acidental. É importante saber do ambiente em que vive a vítima e estar atento para uma história discrepante, como a incompatibilidade entre dados da história e os achados no exame físico.

São dados relevantes para a suspeita diagnóstica: pais que omitem total ou parcialmente a história de trauma ou que mudam a história toda vez que são interrogados; histórias diferentes quando são questionados os membros da família isoladamente; demora inexplicável na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma; crianças maiores que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os pais.

Procurar saber como ocorreram as lesões, a existência

de testemunhas e o possível mecanismo do trauma (torção, tração ou compressão) são importantes para a sua avaliação. Quando uma queda é aludida como o mecanismo responsável pelo trauma craniano se deve considerar o estágio de desenvolvimento da vítima, a altura da queda e a superfície sobre a qual ela pode ter caído. Fratura importante da caixa craniana imatura com lesão neurológica significativa requer a queda de maior que 120 cm sobre uma superfície dura.

Exame físico

São sugestivas de vitimização algumas atitudes do paciente durante o atendimento, como: tristeza; apatia; medo; posturas defensivas como se encolher, fechar os olhos e proteger o rosto, adotadas durante as agressões sofridas.

O exame cuidadoso da pele costuma revelar com grande frequência equimoses, queimaduras e escoriações em qualquer parte do corpo. Lesões em dorso, nádegas, órgãos genitais e dorso das mãos podem ajudar no diagnóstico de abuso físico, pois raramente ocorrem por acidente. As lesões equimóticas com formato definido podem sugerir o tipo do objeto utilizado na agressão.

Lesões cutâneas múltiplas em diferentes estágios de evolução, principalmente quando localizadas em regiões protegidas e não proeminentes, são bastante sugestivas de maus-tratos. Uma lesão violácea significa lesão ocorrida há menos de 3 dias; pardo-esverdeada (transformação em metemoglobina e hemossiderina) ou amarelo-esverdeado (transformação em hemossiderina), entre 3 e 7 dias; e amarelada ou amarelo-amarronzada (transformação em hematoïdina), entre 7 e 30 dias.

Queimaduras aparecem em 10% das crianças submetidas a abuso físico. As lesões agudas ou cicatriciais de forma numular em mãos ou pés podem sugerir queimaduras por cigarro. As queimaduras por imersão surgem mais em nádegas, pés e mãos e diferentes das causadas por acidentes, não indicam marcas de respingos.

Das crianças submetidas à violência física, 50% apresentam equimoses ou abrasões na região do crânio ou da face.

Fraturas ocorrem em 10% a 15% dos traumas acidentais da infância, porém estão presentes em aproximadamente 30% das crianças submetidas à violência física.

A ocorrência de fraturas múltiplas bilaterais em diferentes estágios de consolidação é um sinal altamente sugestivo de maus-tratos. O mesmo ocorre com o achado de fraturas sem história clínica que as justifiquem.

Fraturas metafisiárias são bastante sugestivas de violência. Quando a força do trauma é aplicada nas zonas de

inserção ligamentar há arrancamentos de fragmentos ósseos e fratura transmetafisiária.

As fraturas dos arcos costais posteriores (5% a 27% de todas as fraturas por violência física) habitualmente múltiplas, bilaterais e próximas das articulações costovertebrais são freqüentes antes do primeiro ano de vida por mecanismo indireto de compressão ântero-posterior do tórax com as mãos dos adultos e compressão secundária do extremo posterior das costelas contra as respectivas apófises transversas. As fraturas costais são raras nos traumas acidentais de crianças, exceto em acidentes violentos.

Fraturas diafisárias espiraladas de úmero ou fêmur, mesmo isoladas, sugerem fortemente abuso e ocorrem por torção e rotação forçada da extremidade, assim como a fratura do extremo distal da clavícula e da escápula, pois as fraturas acidentais da clavícula se dão em seu terço médio.

Fraturas metacarpais e metatarsais em geral são acompanhadas de outras fraturas e ocorrem quando os adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças.

Fraturas de epífises e metafises freqüentemente são conseqüências de atos violentos, pois nos traumas acidentais as fraturas de diáfise são quatro vezes mais freqüentes. Assim, o aparecimento das primeiras sugere violência física por necessitarem de forças extras para serem produzidas, não somente simples quedas ou impacto direto.

Os traumas do sistema nervoso central, provocados por abuso físico, são os mais graves, concorrendo para uma alta mortalidade. A freqüência de traumas cranianos acidentais em crianças até o segundo ano de vida é relativamente alta, porém somente os decorrentes de acidentes automobilísticos ou de quedas de grandes alturas costumam provocar lesões significativas no sistema nervoso central.

Hematomas, lacerações ou escoriações em couro cabeludo devem alertar para trauma craniano e lesão do sistema nervoso central.

Convulsões, letargia ou coma sugerem hemorragias epidural, subdural ou subaracnóidea com risco de morte.

Síndrome do bebê sacudido (“Shaken Baby”)

Caracteriza-se por lesões do sistema nervoso central e hemorragias oculares em crianças abaixo de três anos de idade, provocadas por chacoalhamento, que não precisa ser prolongado. Pode ser bastante breve e ocorrer apenas uma ou repetidas vezes durante vários dias, semanas ou meses.

A vítima típica costuma ter menos de um ano e, usualmente, menos de seis meses de idade, em geral é do sexo masculino, e ser cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão.

O agressor é do sexo masculino em 90% das vezes. O pai

biológico é o mais comum. Quando o agressor é do sexo feminino, é mais provável ser a babá do que a mãe biológica.

Os sintomas podem ser leves ou graves, mas são inespecíficos: diminuição do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração do ritmo respiratório, incluindo apnéia, coma e postura em opistótono.

Lesões esqueléticas aparecem em até 50% dos casos, mas a sua presença não é requerida para o diagnóstico. Fratura em arco posterior da costela reforça o diagnóstico da síndrome. Fraturas de ossos longos, embora não sejam típicas da síndrome, podem estar presentes.

As manifestações neurológicas costumam ser devido à hemorragia subdural, conseqüente à ruptura das veias pontes no espaço subdural.

Hemorragia retiniana é muito sugestiva de bebê sacudido, pois crianças com trauma craniano leve ou moderado, como os conseqüentes à queda do berço, não as exibem. Mesmo em traumas acidentais graves, como acidentes automobilísticos, ela é observada em menos de 3% das crianças estudadas.

As conseqüências são: hemorragias oculares; cegueira

ou lesões oftalmológicas; lesões encefálicas; atraso do DNPM; convulsões; lesões da medula espinal e até morte.

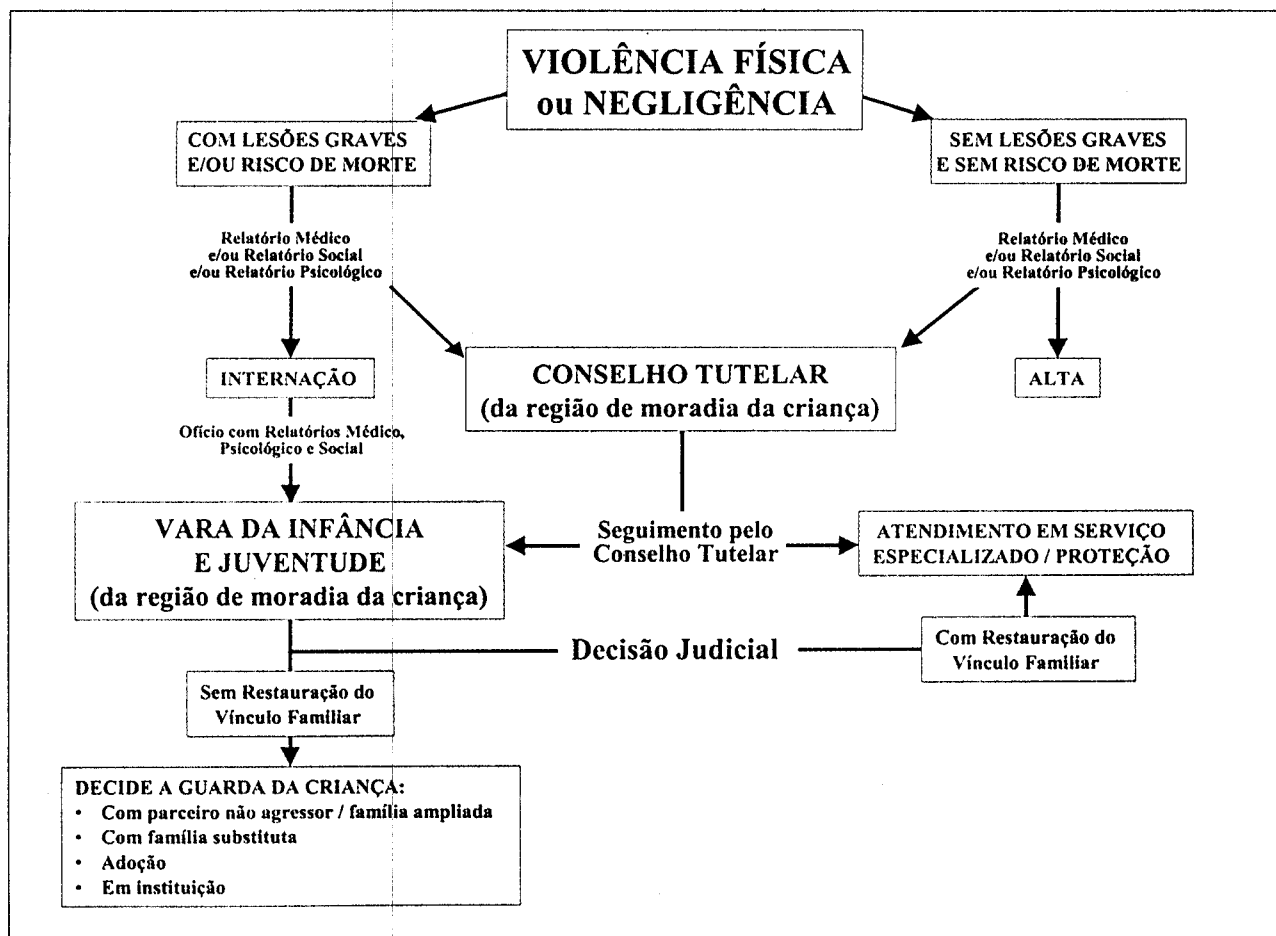
Embora nenhuma lesão seja patognômica da síndrome, a combinação de hemorragias retiniana e subdural em um lactente ou criança pequena, na ausência de uma adequada justificativa, aumenta o grau de suspeita de lesão abusiva.

Exames subsidiários

A avaliação laboratorial deve ser direcionada pelo quadro clínico. São exames que podem ser úteis:

- Hematológicos: hemograma completo com plaquetas; coagulograma;
- Bioquímicos: CPK (quase sempre aumentado em casos de traumas); amilase, transaminases e Gama-GT (trauma abdominal);
- Urina tipo I (hematúria);
- Pesquisa de intoxicações exógenas em sangue e urina.

A avaliação radiológica é um importante instrumento para avaliar casos suspeitos de vitimização e deve ser complementada com os dados da história quando se observa alguma lesão.



Deve-se fazer radiografias de: crânio (frente e perfil); coluna cervical; coluna toracolombar; tórax (para visualizar as costelas e a coluna lombar superior); membros superiores, incluindo a cintura escapular; membros inferiores; coluna lombar inferior e peixe.

Em crianças com menos de dois anos de idade e em pacientes que não se comunicam, havendo suspeita, deve-se realizar todas as radiografias acima, mesmo não havendo evidências de trauma esquelético ao exame físico.

Em crianças maiores que se expressam verbalmente, deve-se radiografar as áreas suspeitas (doloridas ou com limitação de movimentos).

A indicação de ultra-som transfontanelar ou de abdome é direcionada pelo quadro clínico, assim como a de tomografia computadorizada de crânio, tórax ou abdome e a ressonância nuclear magnética. Esta pode ser útil na identificação de pequenos hematomas subdurais, lesões axonais difusas, contusões corticais e hematomas inter-hemisféricos posteriores, que são mais bem visualizados por este exame.

CONDUTA

É importante o atendimento humanizado da vítima, principalmente quando houver necessidade de REALIZAR procedimentos médicos invasivos.

Notificação e critérios de internação hospitalar

O artigo 66 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime a omissão de comunicação de crime. O artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que a autoridade competente é o Conselho Tutelar da localidade de moradia do paciente. Nas localidades onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e da Juventude da localidade de moradia do paciente. É recomendável que a notificação seja realizada através da Instituição (hospital, centro de saúde etc.).

Quando as lesões são leves e não houver *risco de morte* para o paciente com seu retorno para sua casa, basta notificar o Conselho Tutelar da região de moradia do paciente mediante relatório médico, social e/ou psicológico encaminhado no primeiro dia útil após o do ocorrido.

Quando as lesões forem graves e/ou o retorno do paciente para sua moradia puder resultar em *risco de morte*, deve-se internar o paciente, que assim ficará sob a proteção da instituição hospitalar, e notificar a Vara da Infância e Juventude da região de moradia do paciente. Tal notificação deve

ser realizada mediante ofício contendo relatórios médico, social e psicológico. Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir se o caso deve ser encaminhado ao Conselho Tutelar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hematomas

Considerar os traumas acidentais, distúrbios de coagulação, meningites, sepse, erros inatos do metabolismo, envenenamento por monóxido de carbono. A história clínica cuidadosa e o exame físico apurado são essenciais para avaliar a etiologia das hemorragias.

Fraturas

Se bem que as alterações radiológicas possam ser altamente sugestivas para o diagnóstico de abuso, deve-se considerar outras afecções que se podem apresentar com alterações similares como: traumatismo de parto, osteomielite, intoxicação por vitamina A, *osteogênese imperfecta*, sífilis congênita, hiperostose cortical infantil (doença de Caffey) e escorbuto.

Hemorragias retinianas

A causa mais comum de hemorragia não abusiva é o trauma de parto, que pode aparecer em até 14% das crianças. Porém, estas hemorragias se resolvem rapidamente e não são responsáveis por perda de visão por tempo prolongado. Assim, o aparecimento de hemorragia depois da sexta semana de vida é sugestivo de abuso. Considera-se que a reanimação cardiopulmonar (RCP) intempestiva não é suficiente para causar hemorragia retiniana; portanto, se uma criança for submetida à RCP e apresentar esse quadro, deve-se pensar em trauma anterior.

Hemorragia intracraniana

Rotura de vasos da subaracnóide por malformações ou aneurisma é muito rara em crianças abaixo de três anos. A ausência de hemorragia retiniana e a localização de hemorragia na bainha do nervo óptico distinguem casos de hemorragia por malformação vascular do bebê sacudido ("*shaken-baby*").

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

Quando a alta for possível por critérios clínicos, a vítima só poderá sair do hospital mediante *decisão judicial*.

Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual

■ INTRODUÇÃO

A *violência sexual* é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à vítima. É um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas. Em nosso meio, apesar da falta de estatísticas apropriadas, admite-se que apenas 10% a 20% dos casos que realmente acontecem, cheguem ao conhecimento das autoridades competentes.

Em casos de *estupro*, juridicamente caracterizado por "atentado violento ao pudor", é importante o médico estar capacitado para o manejo clínico e psicológico das vítimas, incluindo o conhecimento da legislação específica. Isso exige que o médico tenha disponibilidade, paciência e experiência. A negligência para com estes aspectos pode ser interpretada pelo paciente como novo processo de "vitimização", agora pelo serviço de saúde.

O *abuso sexual*, juridicamente caracterizado por "posse sexual mediante fraude ou atentado ao pudor mediante fraude / assédio sexual", é uma das formas de violência sexual, caracterizada por ter como objeto crianças e adolescentes, ou seja, sujeitos de direitos que necessitam de proteção especial por parte da sociedade. O diagnóstico pode ser difícil, pois manipulações, carícias, sexo oral e exposição à pornografia podem não causar lesões. Pode variar, portanto, desde um ato que não produz contato físico, como "voyeurismo", exibicionismo e produção de fotos ou, então, como exploração sexual visando lucros, como prostituição, nos quais a penetração "consentida" não provoca alterações físicas significativas.

■ PRIMEIRO ATENDIMENTO

Não há nenhum impedimento legal ou ético para o atendimento da vítima, realizar seu exame físico, fazer procedimentos médicos ou prescrever medicamentos. A recusa infundada do atendimento caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências.

A vítima se encontra frágil e vulnerável, podendo manifestar sentimentos de degradação, humilhação, vergonha, culpa, medo, labilidade emocional, desestruturação psíquica e depressão. Crianças costumam apresentar-se muito confusas, assustadas e traídas. Há, portanto, forte necessi-

dade de acolhimento e postura cuidadosa, sendo muito importante estabelecer um bom vínculo, inclusive com os acompanhantes, mesmo que se inclua entre eles o suposto agressor. Explicar sempre o que será feito, tentando conquistar confiança e respeitar as limitações emocionais e a fragilidade da vítima. Convém evitar contatos físicos desnecessários, que possam ser sentidos pela vítima como ameaça de novo abuso.

Exame físico, inclusive ginecológico, na busca de eventuais traumatismos físicos, genitais ou extragenitais deve ser realizado em todos os pacientes, mesmo para pacientes sem queixas de danos físicos. Eventualmente poderá ser feito sob sedação e/ou anestesia, desde que com consentimento esclarecido.

Deve-se avaliar os riscos envolvidos em cada caso quanto à necessidade de profilaxia para a hepatite B, proteção medicamentosa contra as DST não virais, quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV e, para vítimas do sexo feminino, em idade procriativa, contracepção de emergência. Esta etapa do atendimento é fundamental para proteger a vítima dos danos e agravos da violência e deve ser instituída até 72 horas da violência sexual.

A contracepção de emergência é um direito. O método tem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e é normatizado pelo Ministério da Saúde e não apresenta nenhuma restrição legal nos códigos brasileiros.

Os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, os achados do exame físico, os exames diagnósticos realizados e as terapêuticas instituídas *devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário do paciente*. Isto garante a proteção eventualmente necessária nos casos de interesse da Justiça e fornece dados para futura, com base nas informações do prontuário, do "Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal".

Nos casos de abuso sexual, seu diagnóstico é facilitado se houver lesões, DSTs ou gestação, mas sua caracterização é difícil pela multiplicidade de versões, gerada pelo silêncio, vergonha e medo e, principalmente porque, na grande maioria dos casos, não há evidências de sinais clínicos. Com frequência o abuso é repetitivo e, na maioria das vezes, provocado por familiares, por parentes ou por pessoas próximas da família.

Quando não há lesões físicas significativas, a anamnese é fundamental. História incompleta, incoerente e/ou contraditória, contada de modos diferentes em ocasiões diferentes ou por pessoas diferentes dificulta uma conclusão num primeiro atendimento. Por isso, mesmo casos suspeitos devem ser encaminhados para acompanhamento.

A abordagem aos casos de violência e abuso sexual requer encaminhamento para uma equipe multiprofissional capacitada, a quem cabe o acompanhamento das DST/Aids, saúde psicosssexual, saúde reprodutiva e estresse pós-trauma. Ao médico que realiza o primeiro atendimento cabe finalizá-lo com o encaminhamento adequado, fornecendo à vítima e/ou seus responsáveis informações claras e completas sobre seus direitos.

DIAGNÓSTICO

Anamnese

A suspeita do abuso muitas vezes é levantada por meio de relatos verbais de familiares ou até mesmo do paciente, se a idade já for suficiente para o relato da agressão. A anamnese deve ser realizada com bastante cautela. É importante realizá-la em momentos diferentes e, se possível, com outras pessoas envolvidas, além do próprio paciente, seus acompanhantes e responsáveis, procurando observar se há incoerência e contradições. Os dados relevantes devem ser registrados no prontuário do paciente, lembrados os princípios éticos e legais de sigilo e confidencialidade.

Exame físico

É importante no exame físico a procura de lesões, como hematomas ou marcas de mordidas e queimaduras, com atenção especial para cabeça e pescoço, também freqüentes no tórax, abdome e membros. Dependendo da intensidade do agravo, há dificuldade em avaliar a presença de peritonismo. É importante observar a diurese.

A avaliação genital será mais bem-sucedida se não lhe for dada ênfase durante o exame físico geral. Se necessário, fazê-lo sob sedação.

O aspecto do hímen não é um indicador confiável de anormalidade ou trauma. Quanto ao diâmetro da abertura himenal, existem grandes variações na população geral. Hímen com aspecto regular, com bordas finas, sugere não ter sido traumatizado.

Dados como sangramento genital, dor, secreções devem ser bastante valorizados para o diagnóstico. É importante estar atento para a presença de quaisquer materiais potencialmente indicadores de abuso, como pêlos e secreções.

É desejável realizar exame especular, mesmo em meni-

nas pequenas e deve ser realizado assim que possível, por profissional experiente, para avaliação do fundo-de-saco vaginal.

As lesões da região anal, decorrentes desse tipo de abuso, podem levar a processos inflamatórios perianais, infecções bacterianas ou doença inflamatória da região retal. Porém, mesmo com repetidas penetrações anais, 50% a 70% dos pacientes agredidos terão um exame clínico normal. Após um episódio agudo de abuso pode haver alterações do tônus do esfíncter anal, hematomas, abrasões ou lacerações. Os traumas podem evoluir sem deixar sinais ou deixar cicatrizes ou alterações do padrão das pregas anais. Alterações laterais em relação à linha média são mais associadas a traumas, enquanto as localizadas na linha média costumam ser associadas a variações da normalidade.

Exames subsidiários

A indicação dos exames deve ser direcionada pelo quadro clínico. Podem ser úteis:

- Hemograma completo;
- Transaminases + uréia + creatinina, se for fazer quimioprofilaxia para HIV;
- Urina I e urocultura;
- Pesquisa de DST/Aids:
 - Coleta imediata de sangue para:
 - VDRL;
 - Sorologias anti-hepatite B;
 - Sorologia anti-HIV (para conhecimento da sorologia no momento do atendimento e posterior comparação). Nova sorologia anti-HIV deve ser solicitada com 30, 90 e 180 dias.
 - Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em secreção de vagina, endocérvice e/ou reto:
 - Exame direto a fresco e corado pelo Gram;
 - Cultura em meio Thayer-Martin; e
 - Imunofluorescência direta.

Nos casos de estupro é necessária a coleta de provas forenses, que devem ser guardadas em envelope de papel anexado ao prontuário do paciente.

Para identificação de espermatozoides deve-se colher esfregaço de secreções vaginal (em até 72 horas) ou anal (em até seis horas) em três lâminas de vidro. Deixá-las secar em ar ambiente e proteger em embalagem própria para lâminas.

Para identificação de DNA do agressor se deve colher secreção vaginal ou anal em papel-filtro ou "cotonete". Deixá-los secar bem em ar ambiente, o que pode demorar seis horas.

Deve-se procurar pêlos que não pertencem ao paciente

que, se encontrados com bulbo, permitem identificação do DNA. Coletá-los em tubo seco.

É importante lembrar que o prontuário pertence ao paciente, sujeito ao sigilo profissional, e seu conteúdo só pode ser revelado ou entregue a terceiros (inclusive autoridades policiais e judiciais) com autorização expressa do paciente.

Ultra-som de abdome total e pelve também pode ser útil.

CONDUTA

Cada caso deve ser avaliado individualmente.

Quando há sangramento, a hemostasia deve ser rigorosa e as suturas das lesões feitas com fio fino absorvível.

A profilaxia da hepatite B é realizada com gamaglobulina hiperimune (HBIG) - 0,06 ml/kg, IM - dose única (se dose > 5ml: dividir em duas áreas diferentes). Ela é mais eficaz se realizada menos de 48 horas após o acidente e não há benefício após uma semana do acidente. Esta profilaxia é completada com a vacinação anti-hepatite B.

Profilaxia da hepatite B não é necessária em pacientes previamente imunizados e com resposta vacinal sorológica anti-HbsAg > 10 UI/mL, mas este dado raramente é conhecido.

Embora não exista nenhum estudo na literatura mundial que comprove a eficácia do uso de qualquer agente anti-retroviral na quimioprofilaxia para o HIV após violência sexual e esta situação não fazer parte dos critérios de indicação para utilização de medicamentos anti-retrovirais do Ministério da Saúde, cada caso merece ser avaliado individualmente, considerando relação benefício/não malefício (efeitos colaterais das drogas). Convém verificar se é possível saber se o agressor é HIV positivo (fazendo teste rápido dele, se estiver preso, por exemplo, o que é raro). Optando por tratar, iniciar o tratamento o mais precocemente possível (nas primeiras 24 de preferência mas, no máximo, até 36 horas). As drogas e doses recomendadas são:

- Lamivudina (3TC[®]) - 4 mg/kg/dose (máx: 150 mg), 12/12 horas, às refeições, por 30 dias (apresentação: solução oral com 10 mg/mL e comprimidos com 150 mg), **associada a**
- Zidovudina (AZT[®]) - 90 a 180 mg/m²/dose (máx: 300 mg), 12/12 horas, às refeições, por 30 dias (apresentação: solução oral com 10 mg/mL e cápsulas com 100 mg).
 - Em casos de anemia ou intolerância a zidovudina, substituí-la por estavudina (Zeritavir[®]) - 1 mg/kg/dose (máx: 40 mg), 12/12 horas, às refeições, por 30 dias.
- Se o agressor for fortemente suspeito de ser HIV positivo, acrescentar indinavir (Crixivan[®]) - 500 mg/m²/dose

(máx: 800mg), uma hora antes ou duas horas após refeição, 8/8 horas, por 30 dias.

A profilaxia para a maioria das DST não virais é realizada com medicação múltipla:

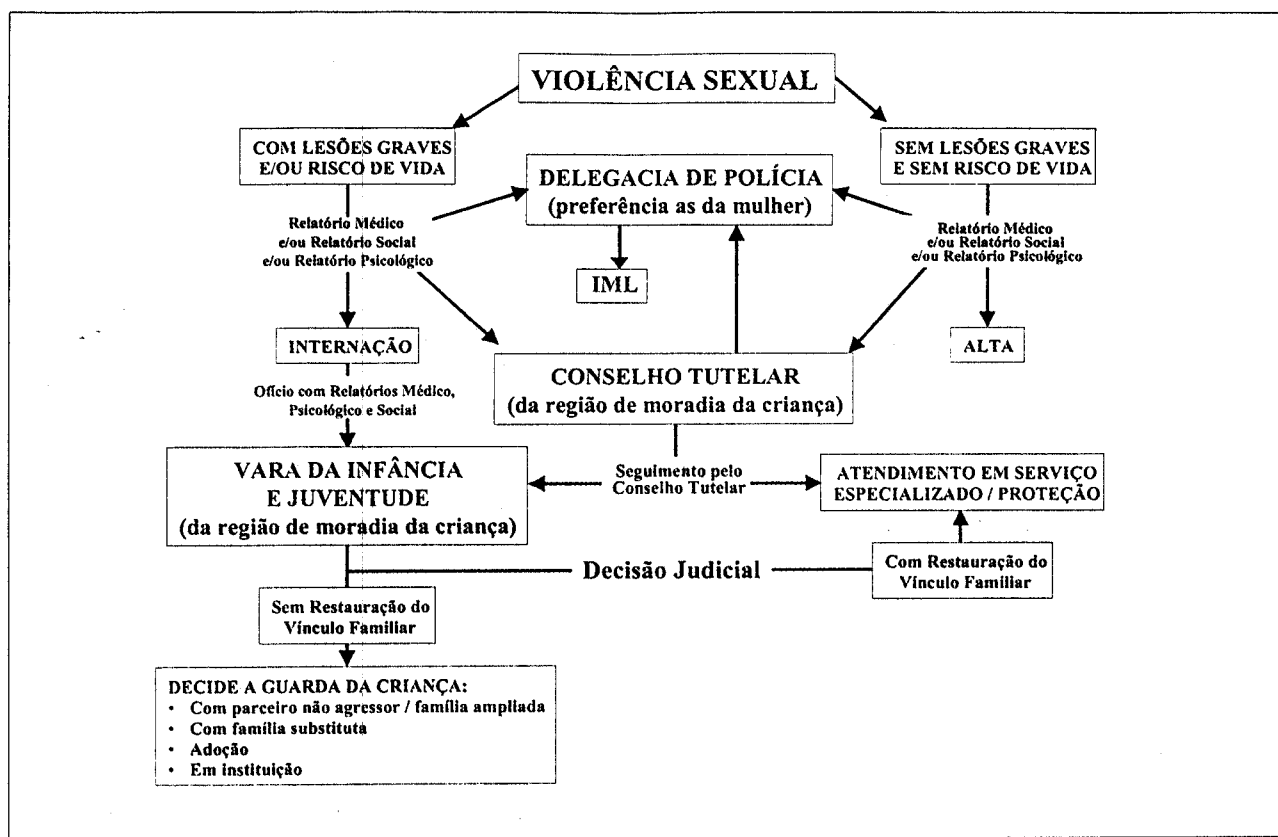
- Cefixima 8 mg/kg até 400 mg, VO, dose única; **ou**
Ceftriaxona 50 mg/kg até 500 mg, IM, dose única; **ou**
Tianfenicol 80 mg/kg até 2,5 g, VO, dose única, **associada a**
- Azitromicina 10 mg/kg até 1g, VO - dose única (em gestantes e nutrízes substituir por amoxicilina 500 mg, VO - 8/8 h, por 7 dias), **associada a**
- Penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg até 2.400.000 UI, IM - dose única, **associada a**
- Metronidazol 20 mg/kg até 2 g, VO - dose única (em gestantes, tratar somente após primeiro trimestre, e em nutrízes suspender o aleitamento por 24 horas).
A anticoncepção de emergência é tão mais eficiente quanto antes for iniciada e pode ser feita com:
 - Pílulas só de progestagênio. Sua eficácia até 24 horas é de 95%; de 24 a 48 horas 85%; e de 48 a 72 horas 66%. A dose de levonorgestrel 0,75 mg (Postinor-2, Pozzato, Norlevo) é de 1 comp., a cada 12 horas, duas doses. **ou**
 - Método de Yuzpe. Sua eficácia até 24 horas é de 75%; de 24 a 28 horas 50%; e de 48 a 72 horas 66%. As alternativas são:
 - Etinilestradiol 50 mcg + levonorgestrel 250 mcg - (Neovlar[®], Evanor[®]): 2 comp, a cada 12 horas, duas doses.
 - Etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg - (Microvlar[®], Nordette[®]): 4 comp, a cada 12 horas, duas doses.

É importante alertar a usuária quanto à próxima menstruação após o uso deste método anticoncepcivo:

- Atraso > de 7 dias = 13%;
- Atraso de 3 a 7 dias = 15%;
- Na data esperada \pm 3 dias = 57%;
- Mais de 7 dias antes = 15%.

Se não menstruar em até três semanas, pensar em gravidez. O abortamento é previsto em lei (deve ser realizado nas primeiras 12 semanas e pode ser feito pelo SUS), se for desejo da vítima (se menor de 16 anos, se for desejo, também, de seus responsáveis legais).

Os efeitos colaterais são leves, podendo ocorrer cefaléia, mastalgia e náuseas e vômitos. Convém prevenir estes últimos com antiemético e, se a paciente vomitar até duas horas após o uso do anticoncepcivo, repetir a dose.



Notificação e critérios de internação

Os critérios são os mesmos que os para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos físicos, acrescidos do encaminhamento para a Delegacia de Polícia (de preferência especializada, como a da mulher), que só deve ser feito após o atendimento médico necessário. A vítima, ou seu responsável, deve ser encaminhado à delegacia mais próxima do hospital ou do local da ocorrência, com relatório médico. À delegacia compete encaminhamento ao IML, a quem compete fazer o laudo pericial de corpo de delito.

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

Quando a alta for possível por critérios clínicos, a vítima só poderá sair do hospital mediante *decisão judicial*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo: Editora Iglu, 1989. p.10-15.
- Badinter. E. O mito do amor materno. Um amor conquistado 1985.
- Ballone GJ, Ortolani IV - Violência Doméstica (2001). In: PsiquWeb, Psiquiatria Geral. Internet, disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da

- Brasil. Ministério da Saúde/ Ministério da Criança/ Projeto minha gente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- Brêtas JR. O Enfermeiro frente à criança vitimizada. *ACTA Paul. Enf., São Paulo*, v.7, n.1, p.03-10, jan./mar, 1994.
- Cardoso ACA: Tese de doutorado - FMUSP, 2002.
- Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994. 40p.
- CRAMI / Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância. Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNICEF, 2002.
- Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- Green AH. A psychodynamic approach to the study and treatment of child - abusing parents. *J. Am. Child Psychiatry*, v.15, n. 3, p. 4414-29, 1976.
- Guerra V, Santoro M, Azevedo MA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. São Paulo. *Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.*, v.2, n.1, 1992. p.71-96.
- Harada MJCS., Brêtas, JRS., Granem, AM, Pereira, IAR. A criança e o adolescente vítimas de maus-tratos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.13, Nº Especial, p. 114-118, 2000.
- Kempe CH. Niños maltrechos. Madrid: Ediciones Morata, 1979.
- Kipper DJ. Maus-tratos na infância. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, fev. 1999.
- Marmo DB, et al. A violência doméstica contra a criança. São Paulo. *Temas de Pediatria Nestlé*, n.68, 1999. 32p.
- Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Série A. N. 167. Brasília, 2002.
- Moraes EP, EIDT OR. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com a criança e adolescentes. *R. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.20, n.esp., p.6-21, 1999.
- Pereira SR; Silva CV, Campos ZAN. A criança e a família. Uma abordagem sobre o abuso infantil. In: Chaud MN, et al. O cotidiano da Prática de enfermagem Pediátrica. Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 1999. p.203-212.
- Santoro Jr. M. Saúde e Violência na Infância e Adolescência. *J. Pediatr. (Rio J.)* 1994; 70(5): 259-261.
- Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal, MF, et al. Violência e Criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 189-204.