

SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA – CARACTERIZAÇÃO, EXAME CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

BATTERED CHILD SYNDROME – CHARACTERIZATION, CLINICAL
EXAMINATION AND DIAGNOSIS

Leverson Ferreira Chaves

Graduando do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.
leversonchaves@yahoo.com.br

Luiz Fernando Gonçalves de Castro

Professor do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.
Residência em Pediatria pelo Hospital São José do Avaí. Mestre em Medicina pela Santa
Casa de Belo Horizonte. castroluisped@gmail.com

RESUMO

A síndrome da criança espancada caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas oriundos de trauma físico deliberado não acidental provocado por uma ou mais pessoas responsáveis pelo cuidado da criança. A suspeição clínica a partir da anamnese e do exame físico são imprescindíveis na constatação do abuso físico. O objetivo deste trabalho foi salientar que, a partir do exame clínico, a denúncia pode proteger a criança de prejuízos físicos, psicológicos, morais e morte, bem como punir seus agressores. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre a síndrome da criança espancada e seu diagnóstico. O médico tem um papel importante diante do diagnóstico da síndrome da criança espancada. Ao suspeitar dos maus-tratos, o médico deve informar aos órgãos competentes para que investigações sejam feitas e as crianças sejam protegidas.

Palavras-chave: criança; espancada; síndrome; diagnóstico.

ABSTRACT

Battered child syndrome is characterized by a cluster of signs and symptoms originating from non-accidental, deliberate physical trauma caused by one or more persons responsible for the child's care. Clinical suspicion based on the anamnesis and physical examination are essential when confirming physical abuse. The objective of this paper was to emphasize that, based on the clinical examination, the complaint can protect the child from physical, psychological, moral damage and death, as well as punish their aggressors. For this, a systematic review of the literature on the battered child syndrome and its diagnosis was carried out. The physician has an important role in the diagnosis of the battered child syndrome. When suspecting mistreatment, the doctor must inform the competent bodies so that they are considered, and children are protected.

Keywords: child; battered; syndrome; diagnosis.

INTRODUÇÃO

A síndrome da criança espancada, ou síndrome da criança maltratada, caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas oriundos de trauma físico deliberado não acidental provocado por uma ou mais pessoas responsáveis pelo cuidado da criança. O quadro geralmente apresenta achados clínicos, tanto físicos quanto psicológicos, causados por diferentes tipos de golpes, injúrias e traumatismos que geram particularidades no exame físico e na anamnese (RUARO et al., 1997).

A síndrome da criança espancada é uma clínica conhecida desde 1960, cujos relatos de fraturas múltiplas de ossos longos associados a hematoma subdural crônico eram acompanhados de história clínica não identificada ou esclarecida. Foram Kempe e seus colaboradores em 1962 que utilizaram pela primeira vez a denominação “síndrome da criança espancada” (MIZIARA et al., 1988).

A suspeição clínica a partir da anamnese e do exame físico são imprescindíveis na constatação do abuso físico. São diversos os achados clínicos no que concerne a identificação da síndrome da criança espancada, caracterizada muitas vezes como hematomas, queimaduras, fraturas no crânio, fraturas de ossos longos, lesões e escoriações sem causas definidas pelos pais e responsáveis, bem como apatia, medo e agressividade por parte das vítimas. O diagnóstico deve ser muito bem definido pela equipe de saúde para o tratamento, o prognóstico e a denúncia dos agressores (HIRSCHHEIMER e PFEIFFER, 2018).

A frequência dos maus-tratos à criança é alta e em constante crescimento. A violência é

praticada pelos pais isoladamente ou conjuntamente em 75% dos casos. Mais da metade das vítimas apresentam idade inferior a quatro anos. O impacto da violência possui consequências físicas, psicológicas, morais e podem levar ao óbito, dependendo do período de desenvolvimento neuropsicomotor no qual a vítima se encontra (RUARO et al., 1997).

Qualquer cidadão pode testemunhar ou notificar a violência contra a criança, mas segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é obrigatório que médicos, enfermeiros, professores ou qualquer instituição de ensino e hospitalar, assim como também seus responsáveis, notifiquem o agravo ao conselho tutelar de suas localidades (BRASIL, 1990).

O objetivo deste trabalho foi salientar que, a partir do exame clínico, a denúncia pode proteger a criança de prejuízos físicos, psicológicos, morais e até mesmo a morte, bem como punir seus agressores. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre a síndrome da criança espancada e seu diagnóstico. Foram utilizadas plataformas como Google Acadêmico, Scielo e sites de periódicos científicos para seleção de publicações no período de 1990 a 2022, buscando palavras como “criança espancada”, “síndrome”, “violência infantil”, “agressão infantil”, “diagnóstico”.

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA, DA VÍTIMA E DO AGRESSOR

Segundo Pantoja et al. (2022), a vulnerabilidade das vítimas de violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a violência sexual, acentuou-se com o agravamento da pandemia desencadeada pelo vírus SARS-CoV-2 e suas medidas restritivas iniciadas em março de 2020. Para os autores, a identificação dos grupos vulneráveis e sua proteção só acontece através das notificações e do desenvolvimento de políticas públicas em todas as esferas.

As equipes de saúde devem estar atentas no ato do atendimento das crianças vítimas de violência, reconhecendo as situações de riscos nas famílias (alcoolismo, abusos de drogas, desagregação familiar, gestação indesejada, não comparecimento às consultas pré-natal), além de verificar sinais e sintomas sugestivos que apontem negligência, maus-tratos e abusos (BRASIL, 2002).

Para o enfrentamento da violência, o atendimento sistematizado às vítimas é a principal ferramenta, desde que articule os diversos níveis de atenção integral à saúde, setores

sociais e jurídicos. No âmbito da atenção primária, essas equipes encontram-se mais próximas geograficamente da família e, por meio do acolhimento e cuidados, têm maior possibilidade de diagnosticar situações de violência em crianças e adolescentes, notificar e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social (APOSTÓLICO et al., 2013).

O treinamento de capacitação para o atendimento adequado a essas famílias é imprescindível. Destarte, medidas de prevenção a novas injúrias devem ser levadas em consideração, de forma a implementar a doutrina de proteção integral, o planejamento familiar, assistência pré-natal, orientação e apoio às famílias, programas de treinamento de agentes públicos e intervenção em situações de violência já instaladas (HIRSCHHEIMER e PFEIFFER, 2018).

Alguns estudos apontam que a maior parte das violências contra infantes e adolescentes ocorre no ambiente doméstico, sendo o pai o mais frequente agressor. O uso de bebidas alcóolicas é responsável por 25% dos casos da violência, e a negligência é o tipo mais notificada, seguida de violência física, sexual e psicológica. As crianças do sexo masculino possuem maior probabilidade de sofrerem violência física e negligência, e as crianças do sexo feminino maior chance de serem vítimas de violência sexual e psicológica (RATES et al., 2015).

A modalidade de violência mais comum é a agressão física (SOARES e AMARAL, 2006). E de acordo com Ruaro et al. (1997), a idade dos pais agressores se encontra geralmente entre a segunda e terceira década de vida.

Pantoja et al. (2022) relatam que dentre as vítimas de 0 a 9 anos, as meninas representam 77%, e entre as vítimas de 10 a 19 anos, o sexo feminino corresponde a 91% dos registros. Quanto aos agressores, 85,2% eram conhecidos das vítimas, configurando parentes, pessoas próximas com livre acesso às crianças, o que dificulta as denúncias. Em relação aos meninos, a subnotificação é muito comum pelo fenômeno do machismo estrutural. Os autores ainda apontam que 50,7% das vítimas eram negras, 48,7% brancas e 0,3% amarelas/indígenas.

Os estudos demonstram evidências de que grande parte das notificações não chega aos serviços de proteção (FERREIRA, 2005); e, a criança que sofre qualquer tipo de violência possui maior probabilidade de sofrer outras agressões físicas recorrentes oriundas do espancamento. Esse tipo de injúria pode levar a consequências graves como o óbito, caracterizado como filicídio (MORIMOTO e MUAKAD, 2004).

A subnotificação e discrepância entre informações sobre a violência infantil é um problema observado em várias partes do mundo (RATES et al., 2015). A não confiança nos

órgãos que recebem as denúncias são outro obstáculo, pois dificultam o processo de apuração e coloca as vítimas em risco de novas agressões (PIRES et al., 2005).

EXAME CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da síndrome da criança espancada apresenta diagnóstico diferencial com patologias como: osteogênese imperfeita, insensibilidade congênita a dor, escorbuto, lues congênita, doença de Caffey, múltiplas fraturas no raquitismo grave, hipofosfatemia, leucemia, neuroblastoma metatáxico, sequelas de osteomielite e artrite séptica. O médico deve ser criterioso, visto que patologias que cursam como diagnóstico diferencial apresentam características clínicas, físicas, radiológicas, laboratoriais e evolutivas de fácil caracterização (RUARO et al., 1997).

De acordo com o Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes do Conselho Federal de Medicina, a suspeita clínica de violência deve ser gerada a partir da anamnese e do exame físico (HIRSCHHEIMER e PFEIFFER, 2018).

A anamnese é capaz de identificar a incompatibilidade entre a história e os achados clínicos. A incongruência entre a verdade e os relatos são oriundos da tentativa dos agressores em alterar a realidade ao serem interrogados, omitindo a história do trauma e tentando justificar a demora na busca de recursos (HIRSCHHEIMER e PFEIFFER, 2018).

A anamnese insatisfatória, cujos relatos são incompatíveis com as lesões apresentadas pela vítima, são muito evidentes nos casos de síndrome da criança espancada. Ruaro et al. (1997, p. 835), demonstraram um caso verídico onde os relatos do agressor são dissonantes com alguns achados clínicos:

I.L.S., 1 ano e 4 meses, masculino, deu entrada no período noturno, no plantão do Pronto-Socorro do Hospital Cemil, aos 10 minutos da madrugada de segunda-feira, dia 18.03.1996, acompanhado pela mãe. A história clínica referida era de que a criança ao descer o primeiro degrau de uma escada, no interior de sua casa, sofreu queda, evoluindo com dor e deformidade em coxa esquerda. Ao ser realizado o exame clínico do menor, observaram-se: hematomas múltiplos na face, orelhas e abdome; queimadura de primeiro grau no hálux esquerdo; sonolência e irritabilidade; deformidade com crepitação em terço médio da coxa esquerda.

Ainda segundo Ruaro et al. (1997, p. 836), a vítima se tratava de filho adotivo e o pai, trabalhador rural, permanecia a maior parte do tempo fora de casa, e a criança estava em contato permanente com a mãe. Os exames complementares demonstraram outros achados clínicos incompatíveis com as lesões apresentadas, além de evidenciar que a criança provavelmente já havia sofrido maus-tratos em ocasiões anteriores:

Solicitando-se radiografias de todo o esqueleto, identificaram-se: fratura da base do crânio; fratura diafisária do fêmur esquerdo; fraturas de arcos costais com presença de calo ósseo, em diferentes fases de consolidação. O menor foi hospitalizado, após avaliação pelas diferentes especialidades. Permaneceu internado, para tratamento conservador da fratura do fêmur através de instalação de tração cutânea bilateral, do tipo “ao zênite”; após três semanas, com a presença de razoável calo ósseo, fez-se gesso toracopodálico sob anestesia, por tratar-se de menor emocionalmente instável e não colaborador. Imediatamente após a internação, na madrugada do mesmo dia, comunicou-se ao Conselho Tutelar da Criança de Umuarama, que com extrema presteza passou a conduzir a investigação do caso, comunicando à Delegacia de Polícia e ao Juizado de Menores. Com a melhora do estado geral da criança, observou-se, durante a visita dos pais, reação de ansiedade e irritabilidade do menor ao ver a mãe e reação de euforia e entusiasmo ao ver o pai.

Diante da suspeita de maus-tratos, muitas vezes percebida na interação entre a vítima e o(s) agressor(es) no local de atendimento, é plausível que o médico inicie uma abordagem também direcionada na anamnese, ouvindo, observando e documentando informações relevantes que possam sugerir a síndrome da criança espancada. Para isso, cabe ao médico registrar o relato dos pais inquirindo-os mais de uma vez para perceber discrepâncias, bem como considerar verídico o relato das crianças e adolescentes, além de perceber comportamentos protetivos por parte das vítimas em seus discursos. Ao indagar a respeito de outras crianças no lar o médico também pode contribuir que outras vítimas sejam amparadas. As informações colhidas na anamnese são cruciais no momento do exame físico, auxiliando o médico a alcançar o diagnóstico definitivo ou diferencial (HIRSCHHEIMER e PFEIFFER, 2018).

São diversos os achados físicos no que concernem ao reconhecimento de lesões características da síndrome da criança espancada. As queimaduras sem causas definidas pelos pais, bem como apatia e irritabilidade por parte das vítimas são achados comuns nessa síndrome (HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018). As lesões nas crianças espancadas cursam com variáveis consideráveis, sendo resultado de um ataque isolado ou, mais

comumente, em consequência de uma série de agressões (POLLEN, 1975).

O exame físico na síndrome da criança espancada é caracterizado de modo geral por lesões no tecido epitelial, fatores relacionados à nutrição, contusões de órgãos internos, fraturas ósseas, abuso sexual, abusos emocionais, traumatismo craniano, lesões cariosas, lesões oculares, dentre outros (RUARO et al., 1997).

As lesões epiteliais e no tecido subcutâneo são caracterizados por equimoses (ocorrem em 62% dos casos), contusões, escoriações, hematomas e ferimentos. Essas lesões são provenientes de traumas físicos como socos, pontapés e beliscões. As queimaduras são muito comuns e incluem queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau provocadas por pontas de cigarros, aparelhos domésticos e instrumentos de tortura (MACMAHON, 1995).

A desnutrição, anemia e desidratação profunda são ocasionadas por negligência, maus-tratos, abandono e abusos intencionais (POLLEN, 1975).

O traumatismo craniano é a principal causa de mortalidade na criança espancada. A rotura de vísceras ocas ou macias, bem como hemotórax, pneumotórax e hematomas intracranianos também podem estar presentes oriundos de espancamento e do ato de chacoalhar a vítima (HEBERT e XAVIER, 1995).

As fraturas de esqueleto axial e apendicular incluem fraturas nos ossos do crânio, face, tórax e membros superiores e inferiores. Essas se apresentam em diferentes fases de consolidação visto que ocorrem em dias distintos e por traumas diferentes. As lesões típicas se encontram nas metáfises de ossos longos com separação de pequenos fragmentos ósseos na região da linha epifisária (POLLEN, 1975).

As fraturas de costelas em diferentes fases de consolidação caracterizam um sinal patognomônico da síndrome da criança espancada e praticamente confirmam o diagnóstico (HEBERT e XAVIER, 1995).

Os abusos sexuais caracterizam lesões dos órgãos genitais masculinos e femininos (POLLEN, 1975). A maioria das vítimas são do sexo feminino e quanto mais velha for a vítima, maior a chance de ser do sexo feminino (PANTOJA et al., 2022).

Os abusos emocionais oriundos de torturas e coerções geram sequelas psíquicas, além de produzir gatilhos futuros para automutilação e autoextermínio (POLLEN, 1975).

Outros achados clínicos relacionados incluem o retardo mental sem evidência de traumatismo craniano causado pelo ato de chacoalhar os bebês (CHIOCCA, 1995). Também são comuns fístulas e lesões cariosas numerosas pela higiene bucal deficiente e maus-tratos, bem como lesões intraoculares como hemorragia no nervo óptico e ocular devido aos

espancamentos e traumatismo craniano (RUARO et al., 2022).

O médico tem um papel importante diante do diagnóstico da síndrome da criança espancada a partir do exame clínico minucioso. Ao suspeitar dos maus-tratos, o médico deve informar aos órgãos competentes para que investigações sejam feitas e as crianças sejam protegidas. Aproximadamente metade das crianças que retornam ao lar voltam a ser espancadas e 20% destas evoluem para óbito (RUARO et al., 2022).

CONCLUSÃO

A maior parte das violências contra infantes e adolescentes ocorre no ambiente doméstico, sendo o pai o mais frequente agressor. A idade dos pais agressores se encontra geralmente entre a segunda e terceira década de vida. O uso de bebidas alcólicas pelo agressor é responsável por 25% dos casos da violência, e a negligência é o tipo mais notificada, seguida de violência física, sexual e psicológica.

As crianças do sexo masculino possuem maior probabilidade de sofrerem violência física e negligência, e as crianças do sexo feminino maior chance de serem vítimas de violência sexual e psicológica.

A suspeita clínica de violência deve ser gerada a partir da anamnese e do exame físico. A anamnese é capaz de identificar a incompatibilidade entre a história e os achados clínicos, e o exame físico é capaz de fornecer informações que permitam ao médico alcançar o diagnóstico da síndrome da criança espancada. Os achados no exame físico são bastante elucidativos e permitem o diagnóstico diferencial com outras patologias. As fraturas de costelas em diferentes fases de consolidação caracterizam um sinal patognomônico da síndrome da criança espancada e praticamente confirmam o diagnóstico.

O médico tem um papel importante diante do diagnóstico da síndrome da criança espancada a partir do exame clínico minucioso. Ao suspeitar dos maus-tratos, o médico deve informar aos órgãos competentes para que investigações sejam feitas e as crianças sejam protegidas.

REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, Maíra Rosa; HINO, Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. **As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 320-327. 2013.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.** Brasília (DF): Ministério da Justiça. 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.** Brasília: Ministério da Justiça. 2002.

CHIOCCA, E.M. **Shaken baby syndrome: a nursing perspective.** J Pediatr Nurs 21: 33-38. 1995.

FERREIRA, Ana L. **Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra.** Jornal de Pediatria, v. 81, p. s173-s180. 2005.

HEBERT, S.; XAVIER, R. **A criança maltratada: aspectos psiquiátricos e traumatológicos.** Ortopedia e traumatologia, princípios e prática, Porto Alegre, Artes Médicas. Cap. 42, p. 587-595. 1995.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; PFEIFFER, Luci. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.** Conselho Federal de Medicina (CFM). 2018.

MCMAHON, P.; GROSSMAN, W.; GAFFENY, M. **Soft-tissue injury as an indication of child abuse.** J. Bone Joint Surg [Am] 77: 1179-1183. 1995.

MIZIARA, Carmem S. M. Galego; SERRANO, Virginia A. Gelmenti; KOK, Fernando; DIAS, Maria Joaquina Marques. **Síndrome da criança espancada: aspectos neurológicos em sete casos.** Arq. Neuro-psiquiat. 45(4): 359-364. São Paulo. 1988.

MORIMOTO, Daniel; MUAKAD, Irene Batista. **Síndrome de espancamento e de agressões a bebês e crianças.** 2004.

PANTOJA, Jessica Corrêa; GOMES, Kelly Cristina; CANALE, Luíza Maria Monteiro; LEITE, Marianna Gerardo Hidalgo Santos Jorge; LIMA, Alessandra Costa de; BELLORIO, Claudia Moreno Secco. **Agravamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura.** Research, Society and Development, v. 11, n.14, e511111436316. 2022.

PIRES, Joelza M. **Barreiras para a notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. 103-108. 2005.

POLLEN, A.G. **Síndrome del niño golpeado.** Fracturas y luxaciones en el niño. Barcelona. Editorial Pediátrica. p. 222-225. 1975.

RATES, Susana Maria Moreira. **Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 655-665. 2015.

RUARO, Antonio Francisco; MEYER, Alexandre Thadeu; AGUILAR, José Antonio Garcia; HELLU, João Jorge; CUSTÓDIO, Manuel D. **Síndrome da criança espancada: aspectos legais e clínicos: relato de um caso.** Rev. bras. ortop., p. 835-838. 1997.

SOARES, Camilla Ariete Vitorino Dias; AMARAL, José Hamilton do. **Perspectivas do diagnóstico por imagem na resolução de crimes.** Intertem@ s ISSN 1677-1281, v. 11, n. 11. 2006.

SOBRE OS AUTORES

AUTOR 1: Acadêmico de Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos. Mestrado em Ecologia e Recursos Naturais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2014). Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - CEDERJ (2010). Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá (2004). Possui experiência na área de Biologia Geral, com ênfase em Biologia Geral, atuando principalmente no seguinte tema: saúde, meio ambiente e sociedade. leversonchaves@yahoo.com.br

AUTOR 2: Possui graduação em Medicina e em Enfermagem pela Universidade Iguazu, Mestrado em Ciências da Saúde - Medicina pela Santa Casa/BH, Residência em Pediatria pelo Hospital São José do Avaí, Pós-graduado/especialista em Saúde da Família, em Enfermagem Obstétrica, em Enfermagem na Promoção da Saúde e em Enfermagem do Trabalho. Atualmente Multiplicador do Curso de AIDPI neonatal e criança da região Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro, Multiplicador da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação(IUBAAM), Multiplicador do Curso de Pré Natal de Risco Habitual SES-SMS, Pediatra da Prefeitura Municipal de Muriaé/MG, Pediatra Plantonista da Emergência Infantil do Hospital São José do Avaí(HSJA - Itaperuna/rj), Pediatra da ClinCenter - Clínica de Especialidades, Pediatra do Centro Médico Tannus, Pediatra do Município de Miracema - RJ, Pediatra do Município de Tombos-MG, Professor Assistente do curso de Graduação em Medicina e Enfermagem da Universidade Iguazu(UNIG - Campus V/Itaperuna), Professor Assistente do curso de Graduação em Medicina (UNIFAMINAS - Muriaé/MG), Professor Assistente do curso de Graduação em Medicina (FAMESC - Bom Jesus de Itapaboana/RJ); Coordenador do curso de Pós-graduação em Saúde da Família(UNIG), Professor de cursos de pós-graduação na área da Enfermagem da Universidade Iguazu(UNIG) e da FAMESC e Professor do curso Gisele Simas preparatório para concursos na área de saúde. Tem experiência na área de Saúde, com ênfase em pediatria, neonatologia, saúde pública, saúde da família/medicina da família e comunidade, saúde ocupacional, ginecologia e obstetrícia e urgência/emergência. castroluisped@gmail.com