

Índice

| | |
|---|----|
| RESUMO | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 4 |
| INTRODUÇÃO..... | 5 |
| MÉTODOS..... | 7 |
| Definição de Maus-Tratos Físicos..... | 9 |
| Fatores de Risco | 10 |
| PAIS | 10 |
| CRIANÇA | 11 |
| FAMÍLIA..... | 12 |
| COMUNIDADE..... | 13 |
| Avaliação de abuso físico..... | 14 |
| A história clínica | 15 |
| Manifestações cutâneas | 17 |
| Fraturas ósseas..... | 22 |
| Outras lesões físicas | 23 |
| A intervenção do médico de família..... | 25 |
| Características do Caso | 28 |
| HISTÓRIA CLÍNICA..... | 28 |
| TIPO DE MAUS-TRATOS | 28 |
| Características do Médico | 29 |
| FATORES PESSOAIS..... | 29 |
| RELAÇÃO COM AS FAMÍLIAS | 30 |
| NÍVEL DE CONHECIMENTO E TREINO | 30 |
| EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM O SPM | 31 |
| CONCLUSÃO..... | 32 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos afetam inúmeras crianças e adolescentes e representam um grave problema médico-social, com consequências físicas e psicológicas, muitas vezes devastadoras. Numa fase inicial a criança vítima de maus-tratos físicos pode apresentar lesões ligeiras, dificultando o diagnóstico, mais facilmente evocado em situações com lesões graves. Muitas crianças morrem vítimas de abuso por não serem valorizados os sinais iniciais. O médico de família, acompanhando a família e a criança ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, desempenha um papel crucial na identificação precoce dos maus-tratos, fator capital para a proteção da criança.

Objetivos: Esta revisão pretende avaliar e esclarecer as dificuldades e dúvidas do médico de família e dar a conhecer os elementos mais importantes na deteção precoce de maus-tratos físicos, nomeadamente a identificação dos fatores de risco, as particularidades da avaliação da história e as formas de apresentação mais frequentes.

Métodos: Reviu-se e analisou-se a literatura médica a respeito do abuso físico infantil relacionando-o com a área da medicina geral e familiar, abrangendo o período de 2000 a 2013, incluindo artigos de revistas reconhecidas cientificamente e de diferentes áreas médicas e documentos técnicos no âmbito dos maus-tratos.

Conclusão: Os poucos estudos existentes revelam que os médicos de família apresentam várias barreiras na identificação e, especialmente, na comunicação ao Serviço de Proteção de Menores de crianças vítimas de maus-tratos. Além do conhecimento médico da síndrome típica dos maus-tratos físicos infantis, os clínicos de medicina geral e familiar necessitam de formação mais profunda e abrangente, relevantes para o seu reconhecimento precoce e consequente envolvimento do Serviço de Proteção de Menores.

Palavras-chave: maus-tratos físicos, medicina geral e familiar, médico de família, fatores de risco, avaliação, identificação, intervenção, denúncia.

ABSTRACT

Introduction: Physical abuse affects countless children and teenagers and represents a serious medical and social problem, with physical and psychological consequences which are often devastating. Initially the child victim of physical abuse may present minor injuries, making the diagnosis more difficult, which is easily evoked in situations with serious injuries. Many children die from abuse as the early signs are not valued. The family doctor, accompanying the family and child throughout his/her growth and development, plays a crucial role in the early identification of maltreatment, a vital child protection factor.

Objectives: This review aims to evaluate and clarify the family doctor's difficulties and doubts and to identify the most important elements in the early detection of physical abuse, namely the identification of risk factors, the specifics of the evaluation of the history and most common clinical presentations.

Methods: The literature regarding child physical abuse was reviewed and analyzed, relating it to general practice, covering the period of 2000-2013, including articles from scientifically recognized journals and from different medical areas and technical documents in the perspective of maltreatment.

Conclusion: The few existing studies reveal that family physicians present several obstacles in identifying and especially in reporting child victims of maltreatment to the Child Protection Services. In addition to medical knowledge of the typical syndrome of child physical abuse, the general practitioners require deeper and more extensive training, which are relevant to its early recognition and consequent involvement of the Child Protection Services.

Keywords: physical abuse, general practice, family doctor, risk factors, assessment, identification, intervention, report.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPTA – *Child Abuse Prevention and Treatment Act*

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

PCSP – Prestadores de Cuidados de Saúde Primários

SPM – Serviço de Proteção de Menores

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a prevalência dos maus-tratos é grande, embora o seu diagnóstico nem sempre seja evocado ou reconhecido.(1-3) Resultados do estudo de *Gilbert et al* revelam forte evidência de que a maioria dos casos de maus-tratos à criança não será relatada ao Serviço de Proteção de Menores (SPM).(4)

Cerca de 3.4 milhões de crianças foram reportadas ao SPM por suspeita de abuso ou negligência, nos Estados Unidos da América (EUA) em 2012. Destas, mais de metade foram confirmadas, cerca de 20% foram vítimas de maus-tratos físicos e 1.640 faleceram.(5) Anualmente, mais de 1.400 crianças morrem vítimas de lesões infligidas, 45% das quais com menos de 12 meses de idade. (6)

Os maus-tratos são uma das principais causas de morte relacionadas com lesões físicas em crianças. (6) Um estudo estatístico revelou que, em 2002, os maus-tratos ou homicídios foram a quarta principal causa de morte em crianças com idades entre os 1 e 4 anos.(7) Em 2009, existiam 123.599 relatórios só de abuso físico de crianças e cerca de 1.800 casos de maus-tratos fatais.(8)

É vital que o diagnóstico de abuso seja feito, existem provas de que em 50-80% dos casos de abuso fatal ou quase fatal tinham evidências de lesões abusivas anteriores.(9) Cerca de 60% das mortes causadas por maus-tratos são preveníveis. (7) Uma criança vítima de abuso tem aproximadamente 50% de possibilidade ser agredida novamente e tem um risco aumentado de morte se os maus-tratos não forem identificados à primeira apresentação. Como observado num estudo sobre o diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico em crianças, 31% dessas crianças tinham antecedentes de maus-tratos físicos, 9% dessas crianças morreram. (7,10) Retardar o diagnóstico e a correta orientação da criança com suspeita de

maus-tratos deixa a criança vulnerável a futuros abusos e contribui significativamente para a morbidade e mortalidade. (10–12)

Desta forma, a responsabilidade recai sobre os médicos em reconhecer e reencaminhar estes casos o mais precocemente possível, no sentido de prevenir as suas consequências. (1,6,13) As consequências dos maus-tratos podem ser físicas e/ou psicológicas, e de curto e/ou longo prazo.(14) Além dos efeitos imediatos objetivados, são conhecidas a longo prazo uma diminuição da saúde física e mental, incluído, problemas psicológicos, nomeadamente, a perturbação de *stress* pós-traumático, raiva e agressão, entre outros. (15)

Atualmente, os médicos de família realizam a maioria das consultas de vigilância à saúde da criança, sendo geralmente o primeiro elo de contacto dos pais com os cuidados de saúde. (16–18) No entanto, *Carter* no *British Journal of Gernerol Practice* considera que os médicos de família têm assumido um papel relativamente secundário na proteção das crianças. (16) Na verdade, apesar de ser mandatário declarar todos os casos de suspeita de vítimas de maus-tratos, poucos casos reportados anualmente ao SPM que provêm dos cuidados de saúde primários.(10,19,20)

Existe pouca informação sobre o nível de reconhecimento dos médicos de família relativamente aos maus-tratos.(21) Será útil saber a precisão da decisão tomada pelos prestadores de cuidados de saúde primários (PCSP).(10,13,22)

Fatores relacionados com o médico e com a criança/família interferem na suspeita e na denúncia da suspeita de maus-tratos por parte do médico. (10,19,20,23) A incerteza do diagnóstico é a justificação mais frequentemente utilizada pelos médicos de família para não reportar lesões suspeitas de maus-tratos. (19,21)

Estudos prospetivos da experiência dos médicos de família em reportar casos suspeitos de maus-tratos físicos podem ajudar a melhorar ou a compreender os fatores que influenciam a sua decisão. (19)

MÉTODOS

Reviu-se e analisou-se a literatura médica a respeito do abuso físico infantil relacionando-o com a área da medicina geral e familiar, abrangendo o período de 2000 a 2013, incluindo artigos em língua portuguesa e inglesa, de revistas reconhecidas cientificamente e de diversas áreas, nomeadamente Pediatria, Medicina Geral e Familiar, Radiologia e Dermatologia, entre outras, também se recorreu a outros documentos técnicos abrangendo o tema em estudo. Realizaram-se pesquisas na base de dados PUBMED e no Índice de Revistas Médicas Portuguesas, com a finalidade de encontrar estudos e artigos de revisão sobre a temática de abuso infantil, com especial atenção à intervenção do médico de família e às particularidades da história, dos fatores de risco e da avaliação da vítima de maus-tratos físicos. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, em combinações variadas: “maus-tratos infantis” (child abuse/maltreatment), “físico” (physical), “criança” (children), “fatores de risco” (risk factors), “medicina geral e familiar” (general practice), “clínico geral” (primary care practitioners), “reconhecer” (recognising), “rastreamento” (screening), “relatar” (reporting), “suspeita” (suspected), “avaliação” (assessment), “lesões cutâneas” (cutaneous findings), “contusões” (bruises), “queimaduras” (burns), “fracturas” (fractures), “trauma abdominal” (abdominal trauma), “traumatismo craniano abusivo” (abusive head trauma), “Shaken Baby Syndrome”, “Munchausen síndrome by proxy”.

Tendo em conta a multiplicidade de definições relacionadas com o tema em causa, apenas foram estabelecidos como critérios de inclusão/exclusão dos diversos artigos, o idioma (português ou inglês) e o período de publicação (desde o primeiro dia de 2000 até ao último de 2013). Numa primeira etapa procedeu-se à pesquisa dos dados escolhidos e posteriormente foram selecionados os artigos/guidelines publicados nos idiomas e período supramencionados. Na terceira etapa, procedeu-se à leitura do título e resumo de cada,

selecionando os que contivessem informação relevante para o tema. Por último, leram-se os artigos/guidelines selecionados na etapa anterior.

As listas de referências dos artigos selecionados inicialmente foram consultadas, incluindo-se novos artigos a partir das mesmas.

Definição de Maus-Tratos Físicos

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) “os maus-tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos.” Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte. (24)

Não se pode considerar apenas uma definição correta de maus-tratos. Segundo a lei americana, a *Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)*, negligência e maus-tratos infantis são definidos como qualquer ação recente ou ausência de ação por parte dos pais ou dos cuidadores que resulte em morte, dano físico ou emocional grave, abuso sexual ou exploração, ou uma ação ou ausência de ação que represente um risco iminente de graves danos para a criança. (25) Em Portugal, no guia prático apresentado pela DGS, o conceito de maus-tratos em crianças e jovens inclui qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.(26)

O mau-trato físico resulta, segundo a DGS, de qualquer ação, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, que provoque (ou possa provocar) dano físico. (24) Este conceito engloba variadas situações não acidentais, incluindo contusões, queimaduras, fraturas ósseas, entre outras. (27) A CAPTA realça ainda que os pais ou cuidadores podem não provocar danos na criança de forma intencional, mas resultam de formas de disciplina severa ou castigos físicos. (25)

Fatores de Risco

Os maus-tratos infantis são transversais a todas as classes socioeconómicas, étnicas, religiosas e educacionais.(3,14,28,29) A literatura atual mostra que os maus-tratos físicos podem ser detetados com sucesso se certos sinais/fatores de risco forem identificados e se for conduzida uma adequada investigação clínica, (30) embora aquelas características não sejam preditivas de maus-tratos.(28) Segundo *Preer et al*, 79% dos casos de abuso detetados apresentavam fraturas antigas, suportando a evidência que muitas vítimas são abusadas em mais do que uma ocasião antes de serem identificadas.(31)

No estudo de *Dubowitz et al* foram identificados para a etiologia de maus-tratos à criança múltiplos e interrelacionados fatores de risco, a nível da criança, dos pais, da família, da comunidade e da sociedade.(32)

Analisar os perfis psicossociais de pessoas que foram incriminadas por maus-tratos pode ser útil para identificar fatores de risco potenciais. (25) De facto, a maior parte dos estudos que investigam fatores de risco para abuso físico têm-se concentrado nas características dos responsáveis (**Tabela 1**). (33)

PAIS

Os pais são responsáveis por 80% dos maus-tratos infantis (34) e por 77% das mortes.(35)

Múltiplos fatores podem contribuir para o maltrato: pais muito jovens (quanto mais nova a mãe, maior o risco)(30,32–34); baixa escolaridade (2,30,32,36) e depressão materna(1,2,27,32,36,37). O consumo de drogas por parte dos pais é também considerado fator de risco. Um estudo expôs que as crianças nascidas de mulheres que usaram cocaína durante a gravidez eram 6,5 vezes mais propensas a ser maltratadas do que um grupo de

comparação. *Chaffin et al* relataram que metade dos pais, da sua amostra, que maltratam tinha um histórico de abuso de substâncias, (32) particularmente de álcool.(27,33,37)

É amplamente difundido que experiências na infância e na adolescência (por exemplo, experienciar ou testemunhar agressão física na infância) podem aumentar o risco de perpetuamento de maus-tratos na idade adulta.(2,27,33)

Nas últimas três décadas, os investigadores identificaram quatro fatores de risco coexistentes habituais para maus-tratos à criança – abuso de substâncias, doença mental dos pais, violência doméstica, e problemas de comportamento da criança.(38) Destes, os três primeiros, são os fatores precipitantes mais frequentes.(39)

| Fatores de Risco nos Pais |
|--|
| Antecedentes de maus-tratos na sua infância |
| Idade inferior a 20 anos |
| Personalidade imatura e impulsiva |
| Maior vulnerabilidade ao <i>stress</i> |
| Baixa instrução escolar |
| Doença mental |
| Depressão materna |
| Mudanças frequentes de parceiro de e de residência |
| Desemprego |
| Hábitos de alcoolismo e de toxicodependência |

Tabela 1 - Fatores de Risco para o mau-trato infantil relacionado com os pais. Adaptado de 41 - Canha J. Criança maltratada - O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação - Estudo Prospectivo de 5 Anos. 2000.

CRIANÇA

A maioria dos maus-tratos físicos tendem a ocorrer em crianças "mais jovens".(14,30,41) Cerca de 71% das crianças que são vítimas de maus-tratos têm idades compreendidas entre 1 e 12 anos. (42) Crianças com menos de 4 anos estão em maior risco de lesões graves, representando 82% das mortes, e destas 42% têm menos de 1 ano de idade.(43)

De realçar que crianças muito pequenas são pouco suscetíveis de sofrer trauma grave, a menos que tenham sido abusadas ou que tenham estado envolvidas num acidente.(30)

As crianças com baixo rendimento escolar, com défices de desenvolvimento (27,32), distúrbios comportamentais, doenças crónicas, oligofrenia ou outras deficiências estão em maior risco de sofrer abuso.(42) Crianças que nascem prematuras(12,14,36,42), de gravidez não desejada ou gemelar também representam um maior risco (**Tabela 2**).(40)

História de lesão física prévia é um fator de risco agravante. (7,9,10,30,36) Uma criança abusada tem 50% de hipóteses de sofrer abuso recorrente e 10% de hipótese de morte, se o abuso não é detetado na apresentação inicial.(42)

| Fatores de Risco na Criança |
|---|
| Gravidez não desejada ou gemelar |
| Prematuridade |
| Idade inferior a 3 anos |
| Deficientes ou portadoras de doença crónica |
| Hiperativas, teimosas ou com outras perturbações de comportamento |

Tabela 2 - Fatores de Risco para o mau-trato infantil relacionado com a criança. Adaptado de 41 - Canha J. Criança maltratada - O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação - Estudo Prospectivo de 5 Anos. 2000.

FAMÍLIA

Fatores familiares podem pôr em risco a segurança e a saúde das crianças, direta e indiretamente. A monoparentalidade (principalmente de mães) (3,36,44), padrões intrafamiliares de violência/conflito, como a violência doméstica e grande número de crianças no agregado familiar aumentam a probabilidade de violência física.(27,32,33,36,37)

Famílias de estrato socioeconómico mais baixo (2,33), pobreza (14,36,38,39) e pais de grupos étnicos/raciais minoritários constituem risco aumentado(33). A atual crise económica, com o crescente desemprego, faz prever que o aumento do número de crianças que vivem abaixo do nível de pobreza irá aumentar, colocando-as em situação de risco para o abuso.(39)

COMUNIDADE

O baixo nível de integração em organismos comunitários podem estar associados a maus-tratos(32), bem como, a vivência em bairros perigosos e pobres em instalações recreativas.(1) Fatores sociais, como a pobreza, contribui substancialmente para o risco de maus-tratos.(1) Níveis mais elevados de apoio social estão associados a menor frequência de negligência física e de uso de métodos disciplinares não-físicos. (32)

Baixa escolaridade, depressão materna e uso de drogas, muitas vezes coocorrem, contribuindo para um ambiente com poucos recursos para a criança. A sua associação com problemas de desenvolvimento da criança e a existência de várias crianças na família, aumentam o risco de maus-tratos. (32) Estes resultados fornecem suporte para a importância de examinar os maus-tratos à criança a partir de uma perspectiva multifatorial.(27)

A prevenção e orientação da criança vítima de maus-tratos deverá ter em conta, portanto, o conhecimento dos fatores de risco a cada nível do macrossistema.(27) A presença de fatores de risco não deve ser utilizada como indicadora de abuso, mas sim para fornecer orientação nas estratégias de prevenção, bem como os planos de gestão e tratamento.(3,27)

Avaliação de abuso físico

A avaliação médica de abuso físico infantil inclui a identificação e documentação da lesão, com obtenção da história através do cuidador e, se possível, da criança; recolha de uma história clínica e psicossocial completa; exclusão de situações médicas não-abusivas; prevenção das consequências decorrentes do abuso, avaliando o bem-estar físico e emocional da criança; relato ao SPM dos casos suspeitos, com documentação precisa e detalhada. (2,11,25)

Em caso de abuso físico, a prioridade inicial deve consistir na estabilização da criança, seguida pela avaliação médica global. (3,11,29)

Para o diagnóstico de maus-tratos infantis é importante conhecer o diagnóstico diferencial com as lesões acidentais, as doenças benignas da pele, ou outros distúrbios patológicos com apresentações semelhantes. Familiaridade com condições médicas que mimetizam maus-tratos, combinada com uma avaliação médica e laboratorial minuciosas, pode auxiliar o diagnóstico apropriado.(42)

O processo de avaliação e acompanhamento deve ser alvo de uma abordagem multidisciplinar, incluindo pediatras, pedopsiquiatras, assistentes sociais e especialistas em Medicina Legal.(2) Visando minimizar ou eliminar o sofrimento da criança, promovendo e assegurando o seu bem-estar e até mesmo a sobrevivência.(45)

A história clínica

A informação mais importante para o diagnóstico de abuso físico é obtida através da história clínica.(46)

Perante uma lesão física é essencial distinguir uma causa acidental de uma causa abusiva e para isso é fundamental a obtenção de uma história clínica completa, juntamente com a história detalhada da lesão. (11,30,47) A identificação de abuso físico depende da capacidade do médico para reconhecer lesões suspeitas, fazer um exame físico cuidadoso e completo com o uso criterioso de exames complementares.(1,3)

É basilar obter uma história detalhada das circunstâncias da lesão, averiguando como, quando e onde esta surgiu. Ao recolher as informações necessárias o médico não deve ser acusatório(3,29,46), deve realizar perguntas abertas e permitir que o cuidador narre o episódio. (11,14,25,48,49)

Se a idade e o desenvolvimento o permitirem, questionar a criança diretamente.(3,11,14) Sempre que possível, entrevistar a criança sozinha(3,42,46,50), usando perguntas diretas, abertas e não persuasivas. (25)

A história da doença atual deve abordar com detalhe todos os sinais e sintomas, com foco na sua sequência cronológica. (50) Obter uma linha de tempo completa pode realçar um atraso na procura de cuidados.(11)

Uma história psicossocial abrangente é capaz de identificar fatores de risco relevantes, desta forma deve ser explicado aos pais que existem perguntas que têm de ser colocadas a todas as famílias. (11) Perguntas sobre consumo de substâncias ou abuso de álcool, doença mental, violência por parceiro íntimo, tipo de práticas disciplinares, ou envolvimento prévio com o SPM podem ser difíceis de realizar, mas fornecem informações valiosas sobre o funcionamento duma família. (1,3,29)

A árvore genealógica faculta um conhecimento acrescido sobre o contexto familiar, como por exemplo, a atual situação de vida, o número de irmãos, e o número de parceiros com que a mãe teve filhos. (51)

Quando existe suspeita de abuso é essencial fazer um exame físico minucioso com a criança despida. (3,47,50,52) Este deve ser documentado através de uma terminologia objetiva e específica(29,39,47) e as lesões medidas e registadas com precisão através de cartas topográficas, diagramas de corpo e/ou fotografias a cores.(1,3,29,47,48,50) Especificar a localização, distribuição, profundidade, cor, tamanho e forma das manifestações cutâneas. (25) Durante este processo indicar o crescimento e o desenvolvimento adequados para a idade, a higiene pessoal, o comportamento e o estado afetivo da criança. (25,50)

É importante que a história clínica envolva discussão de hipóteses de diagnóstico diferencial.(47) Por exemplo, na criança com múltiplos hematomas, contusões ou hemorragias, é capital questionar sobre história de hemorragias prévias, hematomas fáceis, hemorragias em cirurgias prévias, bem como procurar antecedentes familiares de distúrbios hemorrágicos. (11,25,50)

A chave para identificação de maus-tratos infantis consiste na obtenção de uma história completa, incluindo a história da doença atual, revisão dos sistemas, antecedentes pessoais e familiares, situação socioeconómica e diagnóstico diferencial.(25,49,50) A ausência de explicação para a lesão, a mudança de explicações, ou uma história incompatível com as capacidades de desenvolvimento da criança; a demora na procura de cuidados médicos; manifestações suspeitas no exame físico; presença de fatores de risco; entre outros, contribuem para sustentar a suspeita (**Tabela 3**). (1,11,29,45,48)

| Indícios de Maus-Tratos na História Clínica |
|---|
| Lesão para a qual não existe explicação |
| História inconsistente com a lesão |
| Explicações contraditórias e/ou incoerentes |
| História ou lesão inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança |
| Demora na procura de cuidados médicos |
| Procura de várias opiniões médicas |

Tabela 3- Indícios da História Clínica que devem elevar a suspeita de abuso físico. Adaptado de Hornor G. Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know. J Pediatr Health Care. 2012;26(3):163–70.

Manifestações cutâneas

As **contusões** são as manifestações mais frequentes de maus-tratos físicos (1,10,11,41,42,45,50), no entanto, são também lesões muito comuns em crianças saudáveis e ativas. (11,42,45,48,49,53). A distinção entre hematomas acidentais e infligidos pode ser um desafio e requer uma avaliação cuidadosa por parte do médico(48), pois a deteção precoce de abuso através do reconhecimento de contusões, pode ajudar a prevenir agressões físicas futuras e potencialmente mais graves.(41,53)

As contusões ocorrem após um trauma fechado, por esmagamento ou por golpe direto que provoca vazamento de sangue para os tecidos circundantes.(25,48) A cor, a forma e a localização de uma contusão variam conforme a hemoglobina é fragmentada e reabsorvida. (53) Esta decomposição dá origem a uma sequência de cores(48) mas não permite datar a lesão.(3,41,42,47,53,54) Muitos fatores afetam a tonalidade de uma contusão, incluindo a profundidade da lesão, a localização, a força de impacto, a vascularização dos tecidos, o tempo da lesão, cor da pele e a iluminação ambiente.(1,42,47,49,53) A coloração poderá ser útil para determinar se a lesão ocorreu a partir de um único episódio ou em várias ocasiões. Hematomas de cores múltiplas, especialmente sobre a mesma superfície do corpo, sugerem trauma repetido. (25)

Três fatores principais podem auxiliar o médico a distinguir contusões abusivas de contusões acidentais: a idade e desenvolvimento da criança, a localização e o padrão de contusão.(11,47,48,53)

A idade da criança é uma apreciação crucial.(1,48) Independentemente da localização, contusões acidentais são raras em lactentes com menos de 6 meses.(53,55) Até aos 9 meses de idade, sem uma condição médica conhecida, deve considerar-se suspeita de abuso até prova em contrário.(1,42,47,48) Crianças que não deambulam não devem ter contusões, abrasões, ou lacerações para o qual o cuidador não tenha uma história muito clara e específica. (11,50) Quando começam a gatinhar e a caminhar, estas lesões são vistas com mais frequência(48) e a sua distribuição pode ser um fator relevante na apreciação da causa.(50)

Contusões acidentais, muitas vezes associadas a quedas, são habitualmente localizadas nas faces anteriores de proeminências ósseas, como pernas, joelhos, testa e cotovelos (1,11,41,42,48,50) e durante os meses quentes.(41,42) Crianças deambulantes que fazem hematomas através das brincadeiras normais, surgem usualmente com menos de 3 contusões(42) que são caracteristicamente pequenas e de tamanho inferior a 10 mm.(41,42) Crianças com deficiência ou atraso motor significativo podem ter diferentes padrões de apresentação de lesões devido aos seus dispositivos de auxílio da marcha ou outros.(53)

Os médicos devem prestar especial atenção a lesões com características incomuns.(42) Contusões em vários planos ou superfícies do corpo (por exemplo, lado esquerdo e direito), sem explicação plausível, sugerem abuso. Esta distribuição indica que o corpo sofreu forças graves o suficiente para causar hematomas de múltiplas direções, o que não resulta normalmente de acidentes domésticos menores.(53)

Determinadas localizações estão altamente relacionadas com maus-tratos: face, cabeça, pescoço, nádegas, tronco, parte inferior das costas e a região posterior das extremidades.(3,48,50,53,55) Os órgãos genitais, o pescoço e a região retro auricular,

destacam-se por raramente serem atingidos acidentalmente nas atividades infantis.(1,11,41,42,45,53) Hematomas na orelha podem ser subtis e facilmente passar despercebidos.(47)

O padrão e a forma de uma contusão são também relevantes na distinção da etiologia, forma específica constitui forte evidência de abuso(45) e pode indicar o modo e o objeto com que a criança foi agredida(39,41,48,49) e raramente resultam de atividades normais da infância(11,48,53)

A mão é o veículo mais comumente utilizado(50) e pode deixar um padrão de 3 contusões lineares paralelas com preservação central(53), uma vez que os capilares rompem entre os dedos e o sangue é empurrado para longe do ponto de impacto.(42,47-49) Outros objetos frequentemente utilizados incluem cintos, cordas, sapatos e utensílios de cozinha.(42,47,48)

Marcas de dentadas também constituem uma contusão característica.(48,50) Uma cuidadosa inspeção e medição da lesão podem ajudar a determinar se a dentada é humana ou animal, adulto ou criança, ou autoinfligido. (50) Dentadas autoinfligidas são limitadas a áreas acessíveis, especialmente as mãos, e as dentadas de adultos têm, geralmente, mais de 2,5cm entre os caninos, e muitas vezes originam contusões mais proeminentes.(1,48)

Ocasionalmente existe uma explicação médica subjacente, como por exemplo, púrpura trombocitopénica idiopática, leucemia, distúrbios de coagulação, ou doenças do tecido conjuntivo, como a síndrome de Ehlers-Danlos ou osteogénese imperfeita.(1,47) Indícios que sugiram alguma destas condições devem ser identificados e ficar devidamente registados.(1) A história, incluindo antecedentes familiares e hábitos medicamentosos, é crucial para determinar se existe qualquer discrasia sanguínea subjacente(41), podendo ser necessário realizar exames laboratoriais, nomeadamente um hemograma completo, tempo de

tromboplastina parcial e tempo de protrombina, ou considerada uma consulta de hematologia.(41,42,48,53)

A púrpura de Henoch-Schoenlein (HSP), a vasculite mais comum em crianças pequenas, pode ser confundida com maus-tratos(1), especialmente no início da doença.(48,49) As manchas mongólicas são lesões congénitas, muitas vezes confundidas com contusões e relatadas como abuso.(1,42,48,49) Aparecem como zonas de pigmentação azul-acinzentado e geralmente são encontradas na zona do sacro e das nádegas.(42,48,53)

A presença de uma patologia médica não impede os maus-tratos.(1) O diagnóstico de uma doença hemorrágica não exclui lesão infligida e inclusivamente confere maior vulnerabilidade, com risco superior de hemorragia e hematomas.(48)

As contusões podem coexistir com outras lesões portanto um exame imagiológico completo do esqueleto deve ser ponderado em crianças com menos de 24 meses ou com hematomas graves.(41,47,48) Apesar dos hematomas serem frequentes em casos de maus-tratos fatais, é importante destacar que a ausência de hematomas não exclui a possibilidade de maus-tratos.(41)

As **queimaduras** são também uma forma frequente de abuso infantil.(1,47) Estima-se que de 1% a 35% das crianças internadas em unidades de queimados tenham sido vítimas de maus-tratos.(41) E a maioria ocorre geralmente entre os 1 e os 3 anos de idade. (42)

A queimadura é a destruição da pele através da aplicação de um agente físico, que pode ser uma substância química, calor ou um agente de natureza elétrica. O espectro de queimaduras pode variar de uma simples lesão isolada para o envolvimento de grandes porções do corpo. O médico deve avaliar o tipo de agente, a distribuição e extensão da queimadura.(49)

O padrão e a distribuição podem revelar o mecanismo procedente(1) e certos aspetos são altamente sugestivos de abuso. Um exemplo clássico inclui as queimaduras profundas de imersão das mãos ou dos pés com uma distribuição em luva ou em meia, respetivamente. (39,42,56) A imersão da criança em água quente confere uma delimitação clara com a pele saudável, uma lesão contínua e uma profundidade uniforme, geralmente sem marcas de salpico.(1,11,42,50) Queimaduras simétricas e/ou na região das nádegas e do períneo, são especialmente suspeitas.(1,42)

Queimaduras acidentais por líquidos quentes, frequentemente, são de localização anterior e irregulares no padrão, nos bordos e na profundidade.(11) A gravidade da queimadura diminui conforme os líquidos arrefecem e existem marcas de respingo.(42)

As queimaduras de contacto podem resultar de uma ampla gama de aparelhos domésticos - ferros de engomar, utensílios de metal aquecidos, lâmpadas, radiadores - relativamente comuns são as provocadas por cigarros. O objeto utilizado pode ser identificável,(1,47,50) distinguindo-se pela profundidade uniforme e pelas margens livres.(42) O diagnóstico de queimaduras de cigarro muitas vezes é difícil,(47) a lesão que pode não se distinguir da varicela ou de impetigo, dada a semelhança entre o tamanho e localização das lesões,(1,50) que normalmente são redondas, de 7 a 8 mm de diâmetro, bem definidas, e por vez múltiplas.(1,11,45) As lesões acidentais distinguem-se pelo aspeto parcial do objeto, devido ao reflexo instintivo de escape à dor.(42)

O diagnóstico diferencial pode incluir celulite, queimaduras solares, exantema medicamentoso, dermatite de contacto, lesões de *phytophotodermatitis*, dermatite herpetiforme, necrosis epidérmica tóxica, epidermólise bolhosa, e impetigo bolhoso.(42)

Fraturas ósseas

Seguindo-se às lesões dos tecidos moles, a fratura óssea é a segunda forma mais frequente de abuso físico.(1,9,31) É uma manifestação grave de maus-tratos (47) e ocorre mais comumente em crianças com menos de 2 anos (9,11,47). Fraturas em lactentes são altamente sugestivas de maus-tratos.(1)

As características das lesões ósseas podem contribuir para elevar a suspeita.(30) Fraturas em espiral, em crianças pequenas que têm limitada mobilidade, (30,50) ou fraturas metafisárias e epifisárias(1,55,57) são altamente sugestivas de abuso. Os ossos longos em crianças não deambulantes, as costelas, a escápula, o esterno e o acrómio são locais frequentemente relacionados com os maus-tratos.(1,11,55,57) As hemorragias subperiosteas são altamente características de abuso.(47)

Fraturas múltiplas, coexistentes com outras lesões, são muito sugestivas de abuso (47) e especialmente se surgem em diferentes estadios de cura. (11) Em 60% dos casos de abuso, existem três ou mais fraturas, das fraturas acidentais 80% são únicas.(52)

Embora mais raras, as doenças sistémicas que predispõem a fratura devem ser excluídas quando se pondera o diagnóstico, como por exemplo a osteogénese imperfeita, o raquitismo, a osteoporose, a deficiência de cobre, entre outras. (1,11,29,47)

As fraturas podem não manifestar sinais externos, nomeadamente edema ou equimoses, em particular nas localizadas às extremidades e costelas.(30,50)

Na suspeita de maus-tratos é recomendado um exame completo do esqueleto em todas as crianças com menos de 24 meses.(1,11,47,50,52,55) Deve ser realizado também em crianças com contusões graves, dores localizadas, deformidade ou relutância em realizar movimentos. (47) Se a suspeita é grande, pode estar indicada a realização de radiografia de *follow-up* 2 semanas após o estudo inicial, que pode identificar fraturas ocultas que não eram aparentes inicialmente.(1,11,50,57)

Outras lesões físicas

O **traumatismo crânio-encefálico** continua a ser a principal causa de morte nas crianças vítimas de maus-tratos.(3,11,29,50,58) Pode resultar de diferentes mecanismos, incluindo abanão, impacto direto, penetração e asfixia ou hipoxia. (1) Comparado com traumatismo craniano acidental, geralmente apresenta taxas de mortalidade mais elevadas e hospitalizações mais longas. (29)

Os quadros característicos de traumatismo craniano abusivo incluem a hemorragia subdural, a hemorragia retiniana e a lesão cerebral.(1,11) A hemorragia subdural da Síndrome do *Shaken Baby* ocorre caracteristicamente nos primeiros dois anos de vida e é uma importante causa de mortalidade e morbidade infantil.(39,47,59) As hemorragias retinianas ocorrem em cerca de 85% das crianças que foram repetidamente abanadas, sendo importante a execução da fundoscopia.(29) A ausência de lesões faciais ou do couro cabeludo não exclui a hipótese de diagnóstico. (46)

O quadro clínico pode variar de irritabilidade para um estado obnubilado, dependendo do tempo decorrido, da força e do mecanismo da lesão.(11,50)

Trauma abdominal é uma manifestação rara(47), mas responsável por substancial morbidade e mortalidade em crianças vítimas de abuso.(1) As crianças pequenas são especialmente vulneráveis porque têm grandes abdômens e menor tônus da musculatura abdominal.(1,11,29,60) As manifestações de trauma abdominal são muitas vezes subtis e inespecíficas, mesmo com ferimentos graves(1), sendo portanto suscetíveis de ser subdiagnosticados.(47)

Trauma abdominal pode envolver a rotura de qualquer órgão abdominal, incluindo fígado, baço, pâncreas e intestino.(47,60) Um estudo demonstrou que a rotura de vísceras

ocas ou a combinação destas com lesões de órgãos sólidos é mais comum em casos de maus-tratos.(61)

Uma lesão intra-abdominal raramente resulta de uma queda pequena ou de escadas, pelo que deve ser suspeita de abuso em crianças pequenas sem história de acidente plausível, como por exemplo acidente de viação.(50,60,62)

Lesão física pode ocorrer em alguns casos de **síndrome de Munchausen** por procuração. As características essenciais desta síndrome deliberadamente fabricada ou induzida pelo cuidador, sujeitando a criança a avaliações médicas e tratamentos desnecessários, consistem nas hospitalizações frequentes, na elevada morbidade ou morte.(39,47) Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico uma vez que as apresentações são diversas.(26) Condições relacionadas incluem, por exemplo, asfixia e intoxicação. (47) A mãe e a criança geralmente têm múltiplas visitas a médicos e hospitais e a história difere pouco a cada consulta.(39)

A intervenção do médico de família

O trabalho do médico de família na prestação de cuidados de saúde à criança implica forte probabilidade de contacto com situações de maus-tratos que este deve ser capaz de reconhecer.(46) Muitas vezes será o primeiro a encetar uma avaliação.(17) Mas o papel do médico inclui não só a deteção precoce de crianças vítimas de abuso mas também a sua prevenção.(29)

Ao assistir todos os membros da família, os prestadores de cuidados de saúde primários têm uma posição privilegiada para a identificação dos fatores de risco e do funcionamento da família.(22) O reconhecimento de situações de violência doméstica, depressão, abuso de drogas ou de álcool, entre outras, são exemplos do resultado da relação com a criança e os pais.(18) *Stockwell et al* observaram que um PCSP pode assumir um papel protetor de abuso infantil pelo facto de manter um contacto mais regular com a família, possibilitando a identificação mais cedo as crianças em risco.(63)

Reconhecer lesões causadas por maus-tratos pode ser difícil, dado que apenas a pessoa responsável e a criança testemunham a situação, e esta pode estar numa idade pré-verbal ou ter medo de descrever o abuso. (10)

Os maus-tratos em crianças podem apresentar-se aos médicos dos cuidados de saúde primários de diversas formas. A lesão pode ser o motivo da consulta ou pode ser detetada no decorrer do exame físico completo da criança. (16)

Por vezes os médicos reconhecem que a criança pode ter sido maltratada e, no entanto, não denunciam a suspeição aos serviços de proteção de menores.(64,65) Vários estudos retrospectivos confirmam que nem todos os casos suspeitos são notificados.(19,20,64,66)

Flaherty et al realizaram um estudo prospetivo procurando evidenciar a frequência de suspeita de abuso como etiologia de uma lesão por parte dos PCSP, testando a hipótese do seu

elevado grau de incerteza.(21) Perante a avaliação de diversas lesões os médicos exibiram diferentes graus de suspeita, considerando 1% da amostra como “suspeita moderada” e 20% como “suspeita ligeira”. No entanto, quando interrogados sobre a origem daquelas lesões, os clínicos consideraram 4.6% de causa “desconhecida (acidental ou intencional)” e nenhuma de causa abusiva.(21)

Um outro estudo comparou a avaliação e a atitude dos PCSP com as dos especialistas.(10) A apreciação da causa da lesão, por parte dos 5 especialistas participantes, comparativamente com a avaliação dos PCSP evidenciou uma concordância em 81% das observações. Em relação à decisão de reportar, os especialistas consideraram que dos casos não reportados pelos PCSP 21% o deveria ter sido. Considerando a revisão dos especialistas como referência *standard*, este estudo demonstrou que a tomada de decisão por parte dos PCSP apresentava uma sensibilidade de 68% e uma especificidade de 96% na denúncia de maus-tratos. Apesar da concordância entre especialistas e PCSP em relação à avaliação dos casos suspeitos, aqueles recomendavam reportar ao SPM mais frequentemente do que as crianças foram efetivamente reportadas pelos PCSP. (10)

Noutro estudo, alguns PCSP entrevistados indicaram a necessidade de maior grau de certeza (90% de probabilidade de abuso), antes de apresentar queixa ao SPM, outros reportavam com baixos níveis de suspeição (10% de probabilidade de abuso).Cerca de 10% dos médicos entrevistados indicaram que iriam limitar a denúncia para os casos em que o abuso fosse listado em primeiro lugar no diagnóstico diferencial.(67)

Flaherty et al constataram que os clínicos relataram mais ao SPM as lesões que apontaram como “provavelmente causadas” por abusos, do que as “muito prováveis” (**Tabela 4**). Estes resultados paradoxais revelam que, para além do nível clínico de suspeita, desempenham um papel importante na decisão dos médicos, outros fatores(19), como por

exemplo a sua interpretação da história, do tipo e da gravidade das lesões; da etnia da criança; dos fatores de risco e da sua relação com família.(68)

| Modo de Atuação | Nível de Suspeição, n (%) | | | |
|-----------------------------|---------------------------|------------|----------|----------------|
| | Improvável | Possível | Provável | Muito Provável |
| Reportado ao SPM | 7 (0.5) | 34(24.3) | 25(86.2) | 29(64.4) |
| Não reportado ao SPM | 1464 (99.5) | 106 (75.7) | 4 (13.8) | 16 (35.6) |

Tabela 4 – [n = 1684] Nível de suspeição clínica de acordo com a decisão de informar o SPM. Adaptado de Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008 Sep;122(3):611–9.

A decisão do médico de informar uma suspeita de maus-tratos infantis ao SPM foi influenciada principalmente pela história clínica e social da criança e pelos achados do exame físico. A inconsistência da história e a sua discordância com o desenvolvimento da criança, aumentará significativamente a probabilidade da sua comunicação ao SPM.(19)

Um outro estudo relata que os processos de tomada de decisão dos médicos perante a suspeita de abuso físico, envolvem a familiaridade do médico com a família; os elementos da história clínica; o uso dos recursos disponíveis; e a experiência do clínico baseada nas expectativas da resposta do SPM.(68)

Um estudo realizado na área de Chicago, revelou a experiência com outros casos e a responsabilidade numa avaliação correta, durante a consulta, como dois fatores importantes na tomada de decisões a respeito do potencial mau-trato.(69)

Estes estudos revelam que a conduta dos prestadores de cuidados de saúde primários, em relação à suspeita e à denúncia de maus-tratos, envolve um processo de decisão complexo que é influenciado por diversos fatores, nomeadamente pelas particularidades do caso, como a história clínica e o tipo de abuso e por característica pessoais do médico, como a sua relação com as famílias, o nível de conhecimento e a experiência prévia com o SPM.(68)

Características do Caso

HISTÓRIA CLÍNICA

Flaherty et al determinaram que a generalidade dos clínicos considera que a história clínica é a apreciação mais importante durante avaliação de uma suspeita de abuso.(19) No entanto, os médicos muitas vezes não recolhem informação suficiente no que diz respeito à história e à observação da criança. Várias revisões de registos médicos mostram falhas de informação sobre as circunstâncias em que ocorreu a lesão, sobre a existência ou não de testemunhas, sobre história de lesões prévias e exame físico completo.(7)

TIPO DE MAUS-TRATOS

Um estudo realizado no Arizona revelou que os clínicos entendem existir maus-tratos que devem ser reportados ao SPM e outros que podem não ser necessariamente reportados. Outro estudo, revelou que o abuso sexual era mais reportado do que os outros tipos de maus-tratos, nomeadamente, os abusos físicos ou a negligência. (7)

Os hematomas foram a lesão suspeita menos reportada(10), apesar de constituírem o tipo de lesão mais frequentemente provocado por maus-tratos físicos.(1,11,41,42,48,50,53) No ensaio de *Sege et al*, a maioria das crianças com hematomas que não foi denunciada por suspeita de maus-tratos apresentava hematomas na face. (10) De realçar que sendo a face e o pavilhão auricular os locais mais comuns de hematomas causados por abuso, raramente podem ser considerados devidos a causa acidental. (10,41)

Quanto maior for a gravidade da lesão, maior a probabilidade do médico considerar a lesão suspeita de maus-tratos. (21) Esta conclusão é corroborada por outros estudos, evidenciando que o abuso não é detetado ou investigado ao se manifestar por sintomas visivelmente leves.(30) Estudos anteriores observaram que o SPM fundamenta com menos

probabilidade relatos de ferimentos menos graves. *Flaherty et al* especulam que experiência anterior com este tipo de resposta do SPM fortalece as decisões dos médicos para filtrar os seus relatórios aos casos para os quais eles acham que o SPM vai agir. Esta abordagem pode impedir o acesso aos serviços do SPM de crianças cronicamente maltratadas com repetidas lesões menores, muitas vezes acompanhadas de abuso emocional e seus consequentes danos psicológicos e de desenvolvimento permanentes. (19)

Características do Médico

Vários fatores podem constituir obstáculos ao reconhecimento de uma criança vítima de maus-tratos(7), como por exemplo, variações individuais e da comunidade do que é considerado "abuso", conhecimento e formação inadequados, falha na decisão de denunciar e vieses pessoais do clínico, (3) que pode apresentar barreiras psicológicas e subscientes.(7)

FATORES PESSOAIS

O médico pensa ser capaz de reconhecer e julgar uma família. No entanto, é difícil compreender que alguém possa maltratar intencionalmente uma criança, principalmente quando se aparenta carinhoso e preocupado. (7) Ter características em comum com a família, especialmente a nível socioeconómico, pode ser difícil de admitir.(7) O conhecimento que têm da família é frequentemente citado como razão para não relatar e para alterar a suspeita inicial. (68)

Os estereótipos inconscientes aparentemente facilitam a tomada de decisão, no entanto podem causar suposições erróneas, impedindo a deteção eficaz e racional de abuso infantil. Existem evidências de que o traumatismo craniano abusivo é diagnosticado com menor frequência em crianças brancas.(8)

Lidar com os pais de uma criança maltratada é complexo e pode mexer com os sentimentos ambivalentes do médico em relação a parentalidade. (7) O estudo de *Schols et al* enfatizou as dificuldades de comunicação que podem surgir na abordagem deste tema, especialmente com pais de instrução superior. (70)

No estudo qualitativo de *Flaherty et al* os médicos descreveram uma experiência prévia, emocionalmente relevante, que continua a exercer uma forte influência na abordagem e avaliação de abuso, por vezes, levando até a modificações da rotina clínica. (69) Uma história pessoal de maus-tratos pode afetar não só o estado de saúde do médico, mas também a forma como este lida com os casos suspeitos.(71)

RELAÇÃO COM AS FAMÍLIAS

Vários estudos realçam o facto de que a relação e o conhecimento que os clínicos detêm sobre as famílias podem desempenhar um duplo papel. Um bom relacionamento pode dificultar o diagnóstico de abuso, onde a explicação da lesão poderá ser mais facilmente aceite. Por outro lado, o melhor conhecimento dos fatores de risco pode auxiliar no diagnóstico precoce. (68–70)

NÍVEL DE CONHECIMENTO E TREINO

Os médicos de família podem não ter o conhecimento e a experiência necessárias para avaliar adequadamente os maus-tratos.(7) Alguns médicos sentem-se desconfortáveis ao diagnosticar abuso baseados apenas nas informações clínicas ou devido à falta de especialização.(72)

Num estudo em Chicago, 29% dos intervenientes afirmaram não ter tido qualquer tipo de formação no âmbito dos maus-tratos nos 5 anos precedentes, aqueles que tiveram alguma formação reportaram os casos suspeitos com maior probabilidade, estando 10 vezes mais

propensos a relatar lesões suspeitas.(20) Um outro estudo, revelou que os médicos que não fizeram formação num período de 5 anos eram mais propensos a classificar as lesões como “não suspeitas”. (21) O ensaio de *Khan et al* demonstrou que o curso à cerca de abuso infantil melhorou o reconhecimento por parte dos clínicos participantes, que julgaram ser importante repeti-lo.(73)

O estudo de *Schols et al*, evidenciou que os profissionais de saúde afirmaram que iriam beneficiar de formação no âmbito das competências de comunicação. Medos (por exemplo, colocar questões sensíveis), valores pessoais e experiências em torno do abuso infantil, que podem atuar como uma barreira interna, deveriam ser abordados na formação e supervisão.(70)

EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM O SPM

A experiência negativa prévia com o SPM foi uma das justificações mais frequentemente dada pelos PCSP para não reportar casos suspeitos.(64) Vários ensaios demonstram que estes são influenciados pela sua experiência anterior com o SPM. (10,64,66,68)

O estudo de *Fraherty et al* evidenciou que os médicos se sentiram desencorajados e desapontados ao não receberem mais apoio do SPM.(69) Os profissionais não se sentem credenciados pelo SPM quando este trivializa problemas.(70) Noutro estudo, apenas um terço dos participantes referiu ter sido informados do progresso dos casos reportados e quase dois terços desses acreditam que a intervenção do SPM não beneficiou a criança. (20)

Muitos médicos expressam a preocupação de comprometer a capacidade de continuar a acompanhar a criança se o caso for reportado(68). É improvável que reportem o caso ao SPM se acreditarem que esse ato não irá beneficiar a criança.(10)

CONCLUSÃO

Os maus-tratos infantis constituem um fenómeno médico-social universal com consequências físicas e psicológicas, muitas vezes devastadoras. Apesar do seu diagnóstico nem sempre ser reconhecido, sabe-se que a incidência e a prevalência de maus-tratos físicos são elevadas, sendo uma das principais causa de morte em crianças pequenas.

O diagnóstico precoce do abuso físico é essencial. Em mais de metade dos casos de abuso fatal ou quase fatal existiam evidências de lesões infligidas anteriores. Atrasar o diagnóstico e a correta orientação da criança, deixa-a vulnerável a futuros abusos e contribui significativamente para a morbilidade e mortalidade.

Os médicos de família ao realizarem a maioria das consultas de vigilância à saúde da criança são muitas vezes o primeiro elo de contacto com os cuidados de saúde, recaindo sobre eles a responsabilidade de reconhecer e reencaminhar as crianças vítimas de maus-tratos o mais precocemente possível, no sentido de prevenir, não só as consequências, mas também a sua reincidência.

Reconhecer lesões causadas por abuso é difícil e, por vezes, o médico suspeita mas não denuncia ao serviço de proteção de menores. Os poucos estudos existentes revelam que esta conduta dos prestadores de cuidados de saúde primários é influenciada por diversos fatores, relacionados com o caso clínico, com a sua experiência e opinião pessoal.

O abuso físico afeta crianças de todas as idades, classes socioeconómicas, étnicas, religiosas e educacionais, no entanto foram identificados múltiplos e interrelacionados fatores de risco que podem auxiliar o profissional de saúde na apreciação de um caso suspeito. As crianças pequenas, não-verbais, mais vulneráveis e dependentes, estão em maior risco e sofrem frequentemente as consequências mais graves. Os pais são responsáveis por 80% dos

maus-tratos infantis. O abuso de substâncias, a doença mental e a violência doméstica, representam habituais fatores de risco muito frequentes.

A chave para o diagnóstico inclui o conhecimento dos fatores de risco, a realização de uma história clínica completa e minuciosa, um exame físico cuidadoso e a capacidade do médico para reconhecer lesões suspeitas.

As manifestações cutâneas, nomeadamente as contusões e as queimaduras, são a forma de apresentação mais frequente de abuso. A multiplicidade das lesões com cronologias diferentes; a localização na face, pescoço e zonas não expostas; o traumatismo crânio-encefálico em crianças com menos de 1 ano e as fraturas ósseas em crianças não deambulantes, são muito sugestivas de lesões provocadas.

Realça-se a importância de formação contínua dos médicos de família com aprofundamento e atualização dos conhecimentos que permitam o diagnóstico precoce e a orientação correta das crianças vítimas de maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007 Jun 2;369(9576):1891–9.
2. Foto-Özdemir D, Ozmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç SG, Tekşam O, Gökler B, et al. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005-2008. *Turk J Pediatr*. 2012;54(4):333–43.
3. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):1232–41.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68–81.
5. Services H. Child Maltreatment [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 20]. Available from: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2012.pdf>
6. McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007 Jan 15;75(2):221–8.
7. Flaherty EG, Sege RD. Barriers to Physician Identification and Reporting of Child Abuse. *Pediatr Ann*. 2005;34(5):350–6.
8. Laskey AL, Stump TE, Perkins SM, Zimet GD, Sherman SJ, Downs SM. Influence of race and socioeconomic status on the diagnosis of child abuse: a randomized study. *J Pediatr*. Mosby, Inc.; 2012 Jun;160(6):1003–8.e1.
9. Clarke NMP, Shelton FRM, Taylor CC, Khan T, Needhirajan S. The incidence of fractures in children under the age of 24 months--in relation to non-accidental injury. *Injury*. Elsevier Ltd; 2012 Jun;43(6):762–5.
10. Sege R, Flaherty E, Jones R, Price LL, Harris D, Slora E, et al. To report or not to report: examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Acad Pediatr*. Elsevier Ltd; 2011;11(6):460–6.
11. Hornor G. Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know. *J Pediatr Health Care*. 2012;26(3):163–70.
12. Bullock K. Child abuse: the physician's role in alleviating a growing problem. *Am Fam Physician*. 2000;1–4.
13. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. Elsevier Ltd; 2009 Jan 10;373(9658):167–80.
14. Hornor G. Child maltreatment: screening and anticipatory guidance. *J Pediatr Health Care*. 2010;27(4):242–50.
15. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007 May;31(5):517–30.
16. Carter YH. Lessons from the past, learning for the future: safeguarding children in primary care. *Br J Gen Pract*. 2007 Mar;57(536):238–42.
17. Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment. *Curr Opin Pediatr*. 2009 Apr;21(2):252–61.
18. De Lusignan S, Allister J, Rafi I. How do we identify and support maltreated children? *Br J Gen Pract*. 2012 Sep;62(602):458–9.

19. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008 Sep;122(3):611–9.
20. Flaherty E, Sege R, Binns H. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Arch Pediatr*. 2000;154(May):489–93.
21. Flaherty EG, Sege R, Mattson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. *Ambul Pediatr*. 2002;2(2):120–6.
22. Lupton C, North N, Khan P. What role for the general practitioner in child protection? *Br J Gen Pract*. 2000 Dec;50(461):977–81.
23. Ibanez ES, Borrego J, Pemberton JR, Terao S. Cultural factors in decision-making about child physical abuse: identifying reporter characteristics influencing reporting tendencies. *Child Abuse Negl*. 2006 Dec;30(12):1365–79.
24. Jorge A, Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Menezes B, Fernandes M, et al. Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde [Internet]. Direcção-Geral da Saúde; 2008. Available from: <http://www.dgs.pt/>
25. Hornor G. Physical abuse: Recognition and reporting. *J Pediatr Health Care*. 2005;19(1):4–11.
26. Chaves M, Jardim H, Leça A, Perdigão A, Laranjeira A, Velez C, et al. Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. 2011 [cited 2014 Mar 5]; Available from: <http://www.dgs.pt/>
27. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 2009 Jan;14(1):13–29.
28. Nagler J. Child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr*. 2002 Apr;14(2):251–4.
29. Horsley L. AAP Guidelines on evaluating suspected child physical abuse. *Am Fam Physician*. 2008;1–5.
30. Sanders T, Coble C. Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs*. 2005 Apr;13(2):130–6.
31. Preer G, Sorrentino D, Newton AW. Child abuse pediatrics: prevention, evaluation, and treatment. *Curr Opin Pediatr*. 2012 Apr;24(2):266–73.
32. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl*. Elsevier Ltd; 2011 Feb;35(2):96–104.
33. Black D a, Heyman RE, Smith Slep AM. Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*. 2001.
34. Bartlett J, Easterbrooks M. Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34:2164–9.
35. Services H. Child Maltreatment. 2003; Available from: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm03/index.htm>
36. Palusci VJ. Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Child Youth Serv Rev*. 2011 Aug;33(8):1374–82.
37. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*. 2005 Feb;29(2):107–33.
38. Barth RP. Preventing child abuse and neglect with parent training: evidence and opportunities. *Future Child*. 2009 Jan;19(2):95–118.
39. Lyden C. Uncovering child abuse. *Nursing (Lond)*. 2011 Jan;41 Suppl I:1–5.

40. Canha J. Criança maltratada - O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação - Estudo Prospectivo de 5 Anos. 2000.
41. Maguire S. Bruising as an indicator of child abuse: when should I be concerned? *Paediatr Child Health (Oxford)*. Elsevier Ltd.; 2008 Dec;18(12):545–9.
42. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Sep;57(3):371–92.
43. Damashek A, Nelson M, Bonner B. Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect. *Child Abuse Negl [Internet]*. 2013 [cited 2014 Mar 5];37:735–44. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213413001221>
44. Sedlak A, Mettenburg J, Basena M. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress. 2010 Washington. ... , *Adm Child* 2010;
45. Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Child abuse: skin markers and differential diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):527–36.
46. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician*. 2000 May 15;61(10):3057–64.
47. Barber M a., Sibert JR. Physical child abuse: challenges and pitfalls in the diagnosis. *Curr Paediatr*. 2001 Dec;11(6):480–5.
48. Harris TS. Bruises in children: normal or child abuse? *J Pediatr Health Care*. Elsevier Ltd; 2010;24(4):216–21.
49. Mudd SS, Findlay JS. The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(3):123–9.
50. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child abuse and neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. Elsevier Inc.; 2009 Feb;39(2):31.e1–26.
51. Hornor G. Child sexual abuse: Psychosocial risk factors. *J Pediatr Heal Care*. 2002 Jul;16(4):187–92.
52. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Apr;107(13):231–39; quiz 240.
53. Kaczor K, Clyde Pierce M, Makoroff K, Corey TS. Bruising and Physical Child Abuse. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2006 Sep;7(3):153–60.
54. Bariciak, Erika D.Plint, Amy C.Gaboury, IsabelleBennett S. Dating of Bruises in Children: An Assessment of Physician Accuracy. *Pediatr Oct2003*. 2003;112(4).
55. Maguire S, Cowley L, Mann M, Kemp A. Overview of Reviews What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse : an overview of review updates 2005 – 2013. 2013;2057:2044–57.
56. Krishnamoorthy V, Ramaiah R, Bhananker SM. Pediatric burn injuries. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2012 Sep;2(3):128–34.
57. Singh R, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Assessing the use of follow-up skeletal surveys in children with suspected physical abuse. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Oct;73(4):972–6.
58. Hudson M, Kaplan R. Clinical response to child abuse. *Pediatr Clin North Am*. 2006 Feb;53(1):27–39, v.
59. Pereira S, Magalhães T. Síndrome do Shaken Baby: realidade ou ficção em Portugal? *Acta Med Port*. 2011;24:369–78.
60. Maguire S a, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood-Their range and recognition. *Child Abuse Negl*. Elsevier Ltd; 2013 Jan 7;

61. Wood J, Rubin DM, Nance ML, Christian CW. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma*. 2005 Nov;59(5):1203–8.
62. Lindberg D, Makoroff K, Harper N. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics*. 2009 Aug;124(2):509–16.
63. Stockwell MS, Brown J, Chen S, Irigoyen M. Is there a relationship between lacking a primary care provider and child abuse? *Ambul Pediatr*. 2007;7(6):439–44.
64. Flaherty EG, Sege RD, Hurley TP. Translating child abuse research into action. *Pediatrics*. 2008 Sep;122 Suppl:S1–5.
65. McCarthy C. Doing the right thing: a primary care pediatrician's perspective on child abuse reporting. *Pediatrics*. 2008 Sep;122 Suppl:S21–4.
66. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr*. 2005;5(2):96–101.
67. Levi BH, Brown G, Erb C. Reasonable suspicion: a pilot study of pediatric residents. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Mar 14];30(4):345–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16616779>
68. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008 Aug;122(2):259–66.
69. Flaherty EG, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse Negl*. 2004 Sep;28(9):939–45.
70. Schols MW a, de Ruitter C, Öry FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*. *BMC Public Health*; 2013 Jan;13(1):807.
71. Candib LM, Savageau JA, Weinreb L, Reed G. Inquiring into our past: when the doctor is a survivor of abuse. *Fam Med*. 2012 Jun;44(6):416–24.
72. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Is the diagnosis of physical abuse changed when Child Protective Services consults a Child Abuse Pediatrics subspecialty group as a second opinion? *Child Abuse Negl*. 2009 Aug;33(8):481–9.
73. Khan a NG a, Rubin DH, Winnik G. Evaluation of the mandatory child abuse course for physicians: do we need to repeat it? *Public Health*. 2005 Jul;119(7):626–31.