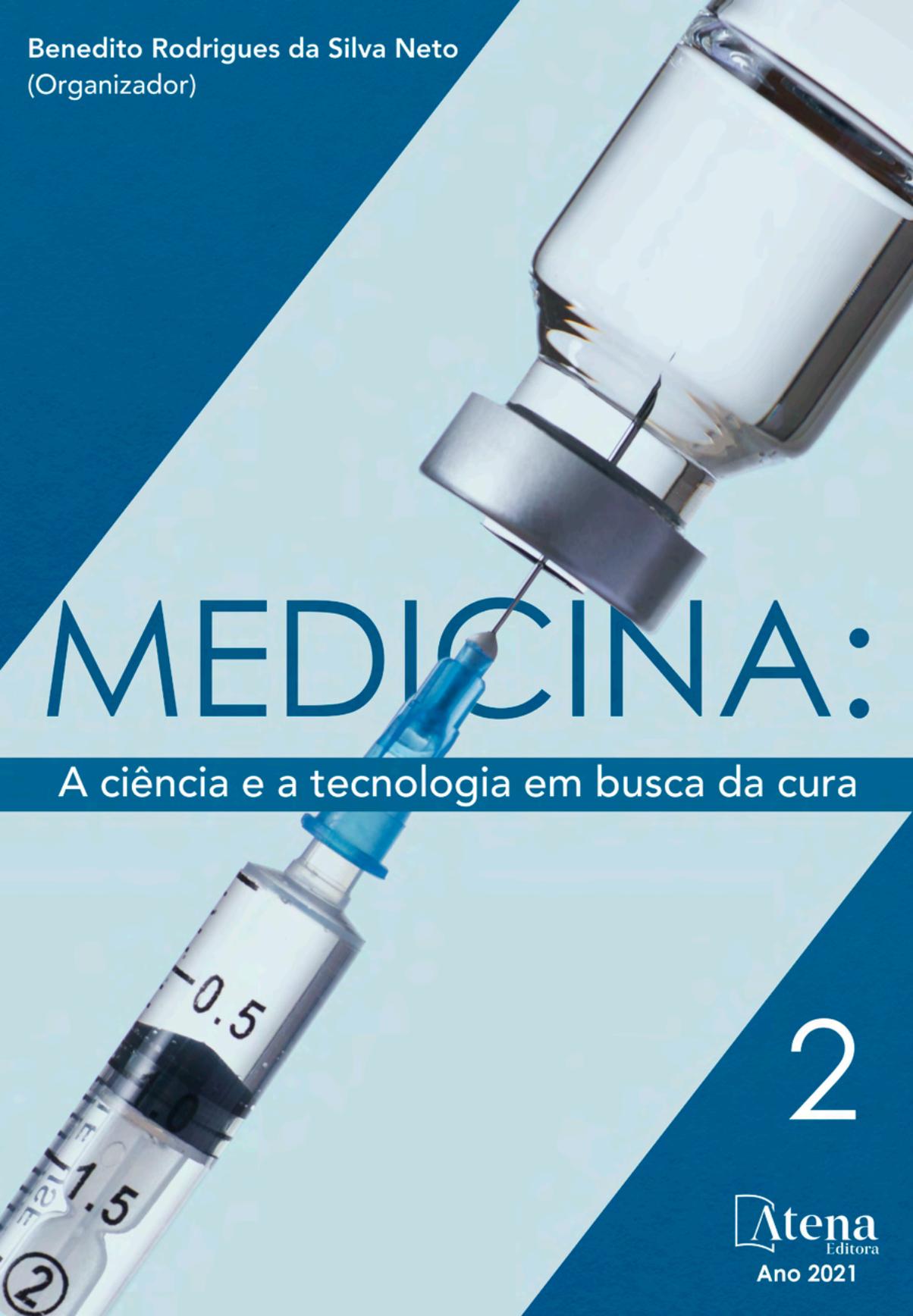


Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

MEDICINA:



A ciência e a tecnologia em busca da cura

2

Atena
Editora
Ano 2021

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



MEDICINA:

A ciência e a tecnologia em busca da cura

2


Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Medicina: a ciência e a tecnologia em busca da cura 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: a ciência e a tecnologia em busca da cura 2 /
Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-795-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.953212012>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito
Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Ciência é uma palavra que vem do latim, “*scientia*”, que significa conhecimento. Basicamente, definimos ciência como todo conhecimento que é sistemático, que se baseia em um método organizado, que pode ser conquistado por meio de pesquisas. Já a tecnologia vem do grego, numa junção de “*tecno*” (técnica, ofício, arte) e “*logia*” (estudo). Deste modo, enquanto a ciência se refere ao conhecimento, a tecnologia se refere às habilidades, técnicas e processos usados para produzir resultados.

A produção científica baseada no esforço comum de docentes e pesquisadores da área da saúde tem sido capaz de abrir novas fronteiras do conhecimento, gerando valor e também qualidade de vida. A ciência nos permite analisar o mundo ao redor e ver além, um indivíduo nascido hoje num país desenvolvido tem perspectiva de vida de mais de 80 anos e, mesmo nos países mais menos desenvolvidos, a expectativa de vida, atualmente, é de mais de 50 anos. Portanto, a ciência e a tecnologia são os fatores chave para explicar a redução da mortalidade por várias doenças, como as infecciosas, o avanço nos processos de diagnóstico, testes rápidos e mais específicos como os moleculares baseados em DNA, possibilidades de tratamentos específicos com medicamentos mais eficazes, desenvolvimento de vacinas e o consequente aumento da longevidade dos seres humanos.

Ciência e tecnologia são dois fatores que, inegavelmente, estão presentes nas nossas rotinas e associados nos direcionam principalmente para a resolução de problemas relacionados à saúde da população. Com a pandemia do Coronavírus, os novos métodos e as possibilidades que até então ainda estavam armazenadas em laboratórios chegaram ao conhecimento da sociedade evidenciando a importância de investimentos na área e consequentemente as pessoas viram na prática a importância da ciência e da tecnologia para o bem estar da comunidade.

Partindo deste princípio, essa nova proposta literária construída inicialmente de quatro volumes, propõe oferecer ao leitor material de qualidade fundamentado na premissa que compõe o título da obra, isto é, a busca de mecanismos científicos e tecnológicos que conduzam o reestabelecimento da saúde nos indivíduos.

Finalmente destacamos que a disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, fundamenta a importância de uma comunicação sólida e relevante na área da saúde, assim a obra “Medicina: A ciência e a tecnologia em busca da cura - volume 2” proporcionará ao leitor dados e conceitos fundamentados e desenvolvidos em diversas partes do território nacional de maneira concisa e didática.

Desejo uma ótima leitura a todos!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A (IN)VALIDADE ÉTICA DAS TATUAGENS COM DIRETIVAS ANTECIPADAS

Giovana Svaiger
Guilherme Kawabata Ajeka
Amanda Ávila Ferreira da Silva
Beatriz Nunes Bigarelli
Marina de Neiva Borba

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120121>

CAPÍTULO 2..... 8

A UTILIZAÇÃO DE ORTESES ASSOCIADAS A EXERCÍCIOS ESPECÍFICOS NO TRATAMENTO DA ESCOLIOSE

Ingrid Teixeira Benevides
Antonio Leandro Barreto Pereira
Ariany Correia Canuto
Cleber Soares Pimenta Costa
Hermano Gurgel Batista
Iris Brenda da Silva Lima
Isaac do Carmo Macário
Karina Alves de Lima
Luísa Maria Antônia Ferreira
Maíra Soares de Sousa
Rayssa Barbosa Aires de Lima
Rayssa Gama Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120122>

CAPÍTULO 3..... 18

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM DOENÇAS NEUROMUSCULARES RARAS

Clarissa de Araujo Davico
Elisa Gutman Gouvea
Vivian Pinto de Almeida
Patrícia Gomes Pinheiro
Stephanie de Freitas Canelhas
Rayanne da Silva Souza
Mariana Beiral Hammerle
Deborah Santos Sales
Karina Lebeis Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120123>

CAPÍTULO 4..... 30

ACHADOS PSICOPATOLÓGICOS EM VÍTIMAS DE ABUSO INFANTIL

Matheus Cassel Trindade
Rafael de Souza Timmermann

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120124>

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 5 | 42 |
| ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO BRASIL ENTRE 2011 E 2020 | |
| Lara Pereira de Brito Breno Castro Correia de Figueiredo Adriana Rodrigues Ferraz | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120125 | |
| CAPÍTULO 6 | 52 |
| ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA HIPONATREMIA NA SÍNDROME NEFRÓTICA | |
| Victor Malafaia Laurindo da Silva Marcella Bispo dos Reis Di Iorio Paulo Roberto Hernandez Júnior Rossy Moreira Bastos Junior Paula Pitta de Resende Côrtes | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120126 | |
| CAPÍTULO 7 | 59 |
| CONSUMO DE VINHO E EFEITOS CARDIOVASCULARES: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA | |
| Ricardo Debon Rafael de Souza Timmermann | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120127 | |
| CAPÍTULO 8 | 66 |
| ESQUIZOFRENIA: A HIPÓTESE DOPAMINÉRGICA E A GLUTAMATÉRGICA | |
| Milena Cardoso de Oliveira Costa Ébyllin Sedano Almeida Raphael Alves Pereira Paula Macedo Reis | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120128 | |
| CAPÍTULO 9 | 78 |
| ESTUDO COMPARATIVO DAS TAXAS DE DESENVOLVIMENTO E QUALIDADE DE BLASTOCISTOS CULTIVADOS EM INCUBADORAS VERTICAIS DE BAIXA TENSÃO DE OXIGÊNIO E TENSÃO ATMOSFÉRICA | |
| Darlete Lima Matos Lilian Maria da Cunha Serio Daniel Paes Diógenes de Paula Fabrício Sousa Martins Karla Rejane Oliveira Cavalcanti | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.9532120129 | |
| CAPÍTULO 10 | 87 |
| FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA | |
| Marco Aurélio Joslin Augusto | |

Marcos Antônio Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201210>

CAPÍTULO 11..... 97

INFLUÊNCIA DA TERAPIA HORMONAL NO MANEJO MÉDICO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Letícia Gomes Souto Maior
Lorena Souza dos Santos Lima
Bárbara Vilhena Montenegro
Yasmin Meira Fagundes Serrano
Sabrina Soares de Figueiredo
Marina Medeiros Dias
Maria Heloísa Bezerra Vilhena
Guíllia Paiva Oliveira Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201211>

CAPÍTULO 12..... 103

INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS DE TUBERCULOSE: ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Érika Andrade e Silva
Isabel Cristina Gonçalves Leite
Denicy de Nazaré Pereira Chagas
Lílian do Nascimento
Luiza Vieira Ferreira
Girlene Alves da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201212>

CAPÍTULO 13..... 110

MICROBIOTA INTESTINAL E A OBESIDADE: POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO ENTRE ELAS

Luciana Martins Lohmann
João Carlos Do Vale Costa
Heloísa Silveira Moreira
Isabella De Carvalho Araújo
Aline Cardoso De Paiva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201213>

CAPÍTULO 14..... 121

MIELOMA MÚLTIPLO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DORSALGIA EM SEXAGENÁRIO COM DPOC: RELATO DE CASO

Bruna Eler de Almeida
Idyanara Kaytle Cangussu Arruda
Guilherme Eler de Almeida
Giácommo Idelfonso Amaral Zambon
Iane da Costa Scharff

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201214>

CAPÍTULO 15..... 125

O CENÁRIO DA MEDICINA INTENSIVA NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Morena Peres Bittencourt da Silva

Gerson Luiz de Macedo

Ellen Marcia Peres

Helena Ferraz Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201215>

CAPÍTULO 16..... 134

O TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE

Edivan Lourenço da Silva Júnior

Luisa Fernanda Camacho Gonzalez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201216>

CAPÍTULO 17..... 140

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA TIREÓIDE DE SÃO PEDRO DO IVAÍ-PR

Izabella Backes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201217>

CAPÍTULO 18..... 149

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUEIXAS DE MEMÓRIA COM RELAÇÃO AO ESTADO CIVIL EM IDOSOS DE UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA

Roberta Gonçalves Quirino

Marianne de Lima Silva

Danielle Karla Alves Feitosa

Thiago Montenegro Lyra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201218>

CAPÍTULO 19..... 160

RELATO DE CASO – HEMIMELIA FIBULAR: DESAFIO TERAPÊUTICO EM LACTENTES

Kainara Sartori Bijotti

José Roberto Bijotti

Vitória Hassem

Tayra Hostalacio Gomes Brito

Fernanda Neves Freire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201219>

CAPÍTULO 20..... 165

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM CÂNCER EM HOSPITAIS

Camila Lisboa Klein

Éverton Chaves Correia Filho

Felipe Lopes de Freitas

Nicole de Almeida Castro Kammoun

Daniel Amaro Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201220>

CAPÍTULO 21..... 169

SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE MEDICINA, COMO FACTOR DE RIESGO EN SU PRAXIS PROFESIONAL

María Atocha Valdez Bencomo
Laura Sierra López

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201221>

CAPÍTULO 22..... 183

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE O TRAUMA VIOLENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Cláudia Dutra Costantin Faria
Isabella Cardoso Costantin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201222>

CAPÍTULO 23..... 195

A VERTIGEM QUE NÃO ERA LABIRINTITE

Marcus Alvim Valadares
Felipe Duarte Augusto
Rodrigo Klein Silva Homem Castro
Gustavo Henrique de Oliveira Barbosa
Janssen Ferreira de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201223>

CAPÍTULO 24..... 197

SUPERIORIDADE DA CIRURGIA METABÓLICA EM COMPARAÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NA REMISSÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM PACIENTES OBESOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vitoria Henz De Negri
Keila Kristina Kusdra
Ariella Catarina Pretto
Bruna Orth Ripke
Bruna Sartori da Silva
Debora Maes Fronza
Giovanna Dissenha Conte
Giovanna Nascimento Haberli
Nathalia Cazarim Braga de Lima
Pietra Molin Lorenzoni

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201224>

CAPÍTULO 25..... 206

USING THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR TO IDENTIFY WHAT MILLENNIALS THINK ABOUT DIABETES

Wanda Reyes Velázquez
Jowen H. Ortiz Cintrón

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201225>

CAPÍTULO 26.....218

USO DO HIBISCUS SABDARIFFA L. NO AUXILIO AO EMAGRECIMENTO

Franciely Sabrina de Lima Barros

João Paulo de Melo Guedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201226>

CAPÍTULO 27.....227

USO DOS INIBIDORES DO TRANSPORTE DA SGLT2 EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR E SEM DIABETES E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS CARDIOPROTETORES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rhayane Duarte Rabelo

Douglas Horevitch Pitz

Wilton Francisco Gomes

Rogério Saad Vaz

Juliane Centeno Müller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.95321201227>

SOBRE O ORGANIZADOR.....257

ÍNDICE REMISSIVO.....258

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE O TRAUMA VIOLENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 07/10/2021

Cláudia Dutra Costantin Faria

Centro Universitário IMEPAC, Faculdade de
Medicina
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1159887824424357>

Isabella Cardoso Costantin

Centro Universitário IMEPAC, Faculdade de
Medicina
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5523114738675193>

RESUMO: O Trauma Craniano Violento Pediátrico (TCVP) - ou Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) - é considerado uma forma grave de violência física infantil. Ao sacudir o bebê, forças significativas de aceleração-desaceleração rotacionais são aplicadas ao cérebro, tornando-o vulnerável a lesões. A combinação de fraturas ósseas não explicadas, hemorragias cerebrais e retinianas sugere SBS, ocorrendo mais frequentemente em crianças menores de cinco anos de idade. A SBS é uma forma de abuso infantil que pode resultar em dano cerebral permanente ou morte. Os objetivos deste estudo foram: a) revisar o panorama atual do TCVP, ressaltando os dados epidemiológicos, o mecanismo fisiopatológico, os sinais e sintomas clínicos, as consequências e os diferentes recursos que podem ser utilizados para a prevenção do trauma violento. Como metodologia foi realizada revisão de literatura,

com estudo de artigos científicos nacionais e internacionais, publicados durante o período de 2000 a 2021. Após leitura dos artigos selecionados, constatou-se que a SBS é uma condição grave e possível de ser prevenida, com alta prevalência na sociedade, possuindo sinais e sintomas clínicos claros. Observou-se também a importância de se conhecer a magnitude da síndrome e os fatores de risco para ocorrência da violência, tendo em vista desenvolver estratégias de prevenção. Futuramente, os autores desta revisão pretendem construir um material impresso que poderá ser utilizado como mais um elemento de prevenção primária, sendo a distribuição do material educativo dedicada aos profissionais de saúde e às famílias em ambientes de pré-natal e de puericultura.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do bebê sacudido; Trauma craniano violento pediátrico; Violência infantil.

SHAKEN BABY SYNDROME: THE IMPORTANCE OF THE KNOWLEDGE ABOUT VIOLENT TRAUMA FOR THE DEVELOPMENT OF STRATEGIES FOR PREVENTING VIOLENCE AGAINST CHILDREN

ABSTRACT: Pediatric abusive head trauma (AHT) – or Shaken Baby Syndrome (SBS) - is considered a serious form of physical violence against children. When shaking the baby, significant rotational acceleration-deceleration forces are applied to the brain, making it vulnerable to injury. The combination of unexplained bone fractures, cerebral and retinal hemorrhages suggests SBS, occurring more frequently in

children under five years of age. SBS is a form of child abuse that can result in permanent brain damage or death. The objectives of this study were: a) to review the current panorama of the pediatric AHT, highlighting the epidemiological data, the pathophysiological mechanism, the clinical signs and symptoms, the consequences and the different resources that can be used for the prevention of this violent trauma. As a methodology, a literature review was carried out, with the study of national and international scientific articles, published during the period 2000 to 2021. After reading the selected articles, it was found that AHT is a serious and preventable condition, with discharge prevalence in society, having clear clinical signs and symptoms. It was also noted the importance of knowing the magnitude of the syndrome and the risk factors for the occurrence of violence, with a view to developing prevention strategies. In the future, the authors of this review intend to build a printed material that can be used as another element of primary prevention in Brazil, with the distribution of educational material dedicated to health professionals and families in prenatal and childcare environments.

KEYWORDS: Shaken baby syndrome; Pediatric abusive head trauma; Violence against child.

1 | INTRODUÇÃO

As diversas formas de violência estão entre as principais causas de afecções em crianças no âmbito da saúde infantil e, algumas delas, são desconhecidas por parte da sociedade, como é o caso do trauma craniano violento pediátrico (TCVP), também conhecido como síndrome do bebê sacudido (SBS).

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doença dos Estados Unidos, o TCVP pode ser definido como uma lesão ao crânio ou ao conteúdo intracraniano de um bebê ou de uma criança menor de cinco anos devido a um impacto brusco intencional e/ou a uma sacudida violenta (PARKS, 2012).

O TCVP é considerado uma das formas mais graves de maus-tratos físicos infantis, com morbimortalidade significativa em crianças mais susceptíveis – menores de um ano com ausência de controle cervical e cérebro imaturo. Estas crianças mais susceptíveis possuem desproporção entre o tamanho e peso da cabeça em relação ao corpo e fraqueza relativa dos músculos do pescoço.

Ao sacudir o bebê, as forças significativas de aceleração-desaceleração rotacionais, em chicote, são aplicadas ao cérebro, tornando-o vulnerável a diversas lesões. Tais forças atuam sobre a cabeça e a musculatura cervical, levando às lesões características da agressão, compostas pela tríade: hematoma subdural, edema cerebral e hemorragia retiniana bilateral. Outras lesões também podem estar presentes, como hemorragia subaracnóidea, encefalopatia, fraturas ósseas e diversas enfermidades subsequentes, neurológicas ou não (ELLIS, 1997 *apud* WARD, 2004).

Das crianças que são vítimas de TCVP, aproximadamente 15% a 38% morrem e das sobreviventes, até 80% apresentam sequelas neurológicas de longo prazo, incluindo distúrbios cognitivos, comportamentais, problemas motores, epilepsia, déficits visuais, déficits de aprendizagem e puberdade precoce (VITALE, 2012). Após o trauma, há uma série

de transtornos causados pela hipóxia, resultando em alterações respiratórias secundárias a lesões do tronco cerebral, em edema cerebral, em hemorragias e em contusões no parênquima cerebral (MATSCHKE, 2009).

Dados da Organização Mundial de Saúde e da *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN, em português, Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças) mostraram que, no ano de 2002, cerca de 1.400 crianças teriam morrido devido a maus-tratos físicos nos Estados Unidos, sendo que o TCVP ou SBS teria correspondido a 80% destes óbitos (LOPES, 2013).

Estima-se que, nos Estados Unidos, mais de 250 crianças morram anualmente após serem submetidas a uma sacudida violenta. Visto que o TCVP pode resultar em óbitos em aproximadamente 25% daqueles que chegam ao hospital ou em sequelas extremamente prejudiciais em até 80% dos sobreviventes, a sua prevenção torna-se um desafio por envolver aspectos familiares, culturais e econômicos (BARR, 2012).

No Brasil, em um estudo realizado com 142 profissionais de Unidades de Saúde da Família de uma cidade de pequeno porte de Pernambuco, 60,8% dos entrevistados relataram já ter sacudido uma criança ou um bebê, sendo que 50,5% sacudiram para fazê-lo dormir e 25,7% para parar seu choro (FERNANDES, 2010). Estes resultados exibem o impacto da falta de conhecimento por parte dos cuidadores.

Neste contexto, a presente revisão buscou promover tanto uma atualização sobre o tema, quanto divulgar as informações obtidas como forma de prevenção, haja vista a gravidade das lesões secundárias a esta forma de violência.

2 | OBJETIVOS

Traçar um panorama atual do trauma craniano violento por meio de revisão da literatura científica, ressaltando os dados epidemiológicos, o mecanismo fisiopatológico, os sinais e sintomas clínicos, as consequências e a prevenção desta modalidade de maus-tratos físicos.

3 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo retrospectivo baseado em revisão da literatura, desenvolvido a partir do método descritivo. Foram acessados 156 artigos científicos sobre a temática nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *National Library of Medicine* (PubMed-Medline). O levantamento incluiu artigos publicados no período de 2000 a 2021. Os seguintes descritores foram utilizados: “síndrome do bebê sacudido”, “trauma craniano violento” e “traumatismo craniano violento pediátrico”, bem como seus correlatos em inglês e espanhol.

Para a seleção do material científico encontrado, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais, publicados em português, espanhol ou inglês, durante o período de janeiro de 2000 a outubro de 2021. Dos artigos acessados, foram selecionados 42, uma vez que 114 foram desconsiderados por se tratarem de outra temática, por estarem em idioma diferente do inglês, espanhol e português ou por não disponibilizarem o texto completo.

4 | REVISÃO DA LITERATURA

Desde a pioneira descrição feita pelo médico americano John Caffey, em 1946, da associação entre hematoma subdural, em um grupo de seis crianças, e fraturas em ossos longos, houve um aumento significativo do reconhecimento de várias formas de abuso infantil. Naquela ocasião, John Caffey considerou que as fraturas de seus pacientes seriam de origem traumática, entretanto, não conseguiu esclarecer a verdadeira etiologia do trauma. Ele concluiu que os cuidadores não referiram a existência de trauma, indicando a inconsistência entre o exame físico, os resultados radiológicos e a anamnese. Em 1962, Henry Kempe denominou a vítima de criança espancada. Até que em 1974, John Caffey usou o termo “síndrome do bebê sacudido em chicote” para descrever bebês com sangramentos intracranianos e intraoculares, induzidos por chicotada. Por muitas décadas, a SBS é um termo utilizado por médicos para descrever o traumatismo cranioencefálico abusivo ou a lesão cerebral traumática infligida em bebês e crianças. Outras terminologias envolvendo SBS incluem traumatismo cranioencefálico não acidental, lesão cerebral traumática infligida ou síndrome do impacto sacudido. Por fim, a Academia Americana de Pediatria passou a recomendar a utilização do termo traumatismo craniano abusivo com base na compreensão dos mecanismos e no espectro clínico das alterações associadas ao trauma (HUNG, 2020).

O diagnóstico preciso da SBS é muito difícil, o que torna o reconhecimento da incidência incerto. Entre os anos de 2003 e 2008, conforme descrito por Parks e colaboradores em 2012, estimaram-se 74.233 internações referentes ao TCVP nos Estados Unidos. Considerando a morbidade e a mortalidade provocadas pela SBS, o primeiro estudo de base populacional nos Estados Unidos relatou 29.7/100.000 pessoas por ano, em crianças menores de um ano. Já na Escócia, observou-se a incidência de 24.6/100.000 para crianças menores de um ano de idade. Em Taiwan, a análise de dados entre os anos de 1997 e 2009, resultou na observação de que a SBS seria a lesão mais comum em menores de um ano internados como vítimas de violência infantil (PARKS, 2012).

No Brasil, o Sistema de Saúde monitora as violências por meio da Declaração de Óbito (DO) e da Autorização de Internação em Hospitais (AIH). Estas informações são úteis para a vigilância epidemiológica e são fornecidas respectivamente pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH),

do Sistema Único de Saúde (SUS), gerenciados pelo Ministério da Saúde. Desta forma, é possível registrar as características dos casos violentos, com desfecho para óbito ou para internação. Entretanto, essas fontes não identificam lesões de menor gravidade, as quais geram grande demanda nos serviços de emergência. Em 2006, considerando a necessidade de levantamento de indicadores de morbidade dos eventos que não resultam em internações ou óbitos, o Ministério da Saúde implantou o Sistema VIVA, em todos os serviços do SUS, visando divulgar informações sobre casos de violência nos diversos segmentos da população brasileira (BELON, 2012). Por meio do “Sistema de Informação de Agravos de Notificação”, o sistema VIVA contínuo estabelece a notificação compulsória de violência que deve ser realizada pelos serviços de saúde em todo país.

Apesar de no Brasil existir um sistema centralizado de notificação de violência, até o momento não há dados de pesquisa disponíveis sobre a incidência específica da SBS e, provavelmente, a dificuldade em se identificar com precisão a existência da síndrome se deva à ausência de sinais óbvios de abuso e às diferentes formas de apresentações clínicas.

O principal mecanismo das lesões graves que ocorrem na SBS resulta dos movimentos de flexão, extensão e rotação repetidas e rápidas da cabeça e do pescoço (PINTO, 2012). Este padrão de movimentação do cérebro pode romper vasos sanguíneos, resultando em sangramento cerebral. O aumento do hematoma eleva a pressão intracraniana. As forças de cisalhamento podem resultar em ruptura difusa dos axônios. O impacto da cabeça contra objetos resultará adicionalmente em lacerações, hematomas e fraturas.

Na SBS normalmente ocorrem lesões primárias e secundárias. As lesões primárias incluem fratura de crânio, contusão cortical, lesão axonal difusa, hemorragias epidural, subdural e intraparenquimatosa. As lesões secundárias incluem edema cerebral difuso, hérnia, infarto ou acidentes vasculares cerebrais. Enquanto as lesões primárias são consequência direta do trauma, as secundárias são alterações inflamatórias biomoleculares que causam desintegração dos neurônios e interrupção na microcirculação cerebral. A consequência de eventos celulares e bioquímicos que acontecem em poucos minutos após os movimentos, continua durante meses após a lesão cerebral primária. Isto poderá resultar em lesão axonal contínua, dano e morte neuronal. O fluxo sanguíneo cerebral é comprometido, com consequente destruição do tecido.

As crianças pequenas são as mais susceptíveis aos ferimentos devido a diversos fatores biológicos e mecânicos. Em relação ao corpo, a cabeça é proporcionalmente maior e o cérebro de uma criança tem um conteúdo de água relativamente maior do que o de adultos, o que favorece a probabilidade de sofrer lesões de aceleração-desaceleração (PINTO, 2012).

Após o trauma, as crianças podem apresentar quadros clínicos que variam desde sintomas inespecíficos, que requerem apenas cuidados, até complicações agudas com risco de morte, que requerem cuidados urgentes (GIZA, 2001). Inicialmente, os sinais e

sintomas podem incluir diminuição da interação, diminuição do sorriso social, distúrbios alimentares, vômitos, letargia, sonolência e diminuição da velocidade de crescimento estatural. Os casos mais graves podem apresentar apneia, dificuldade respiratória grave, abaulamento de fontanela, diminuição da consciência, convulsões e choque. As manifestações físicas incluem hemorragias subdurais e subaracnóides, hemorragias retinianas e outras fraturas inexplicáveis. O hematoma subdural é um achado comum na SBS, podendo ser considerado a causa mais comum de sangramento subdural em bebês menores de um ano. Os hematomas subdurais geralmente se localizam na convexidade, fissura inter-hemisférica ou espaço infratentorial (FELDMAN, 2001).

A hemorragia retiniana é significativamente mais comum e mais grave em crianças vítimas da SBS do que quando ocorrem lesões acidentais. Ela pode resultar da transferência de força do vítreo para a retina, com aumento de pressão nos vasos venosos e consequente ruptura de vasos retinianos. A hemorragia retiniana ocorre mais frequentemente no pólo posterior do olho e geralmente há envolvimento bilateral (CHRISTIAN, 2018). A avaliação do exame de fundo de olho nas primeiras 24 horas é fundamental, pois hemorragias pequenas ou superficiais geralmente desaparecem rapidamente. A hemorragia retiniana tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de abuso infantil de 75% e 93%, respectivamente (VINCHON, 2005).

As fraturas de crânio ocorrem como resultado de uma força direta aplicada à cabeça. A SBS é suspeita e deve ser considerada quando a fratura é complexa, diastática - largura maior que três milímetros - múltipla e não parietal. Qualquer um desses tipos de fraturas cranianas pode sugerir a possível existência da lesão traumática violenta (ELINDER, 2018).

As fraturas de costelas geralmente ocorrem como resultado da compressão da parede torácica do bebê, que produz forças compressivas ântero-posteriores. Fraturas acidentais de costelas são incomuns em crianças (TANIGUCHI, 2018).

A morbidade da SBS varia de deficiências leves de aprendizado a deficiências graves, incluindo a morte. Cegueira, déficit de atenção, deficiência sensorial, disfunção motora, convulsões e dificuldades de aprendizagem são manifestações comuns (LIND, 2016). O prognóstico dos pacientes com trauma craniano violento se correlaciona com a extensão da lesão identificada nos exames de imagem, como na TC e na RM (PITEAU, 2012).

Os sobreviventes desta grave modalidade de trauma apresentam uma redução substancial na qualidade de vida. Um estudo multicêntrico prospectivo comparativo para avaliar os resultados do neurodesenvolvimento após TCVP *versus* lesões acidentais, concluiu que bebês com menos de 36 meses de idade experimentaram maior comprometimento cardiorrespiratório, além de lesões hipóxico-isquêmicas cerebrais difusas (LIND, 2016). Em longo prazo, mais de 50% das crianças terão cegueira parcial ou total e mais de 20% necessitarão de sonda alimentar (JOYCE, 2019).

A equipe da pesquisadora Miriam Nuño, em 2018, acompanhou 940 crianças

diagnosticadas com SBS, até completarem cinco anos idade. No início, os pesquisadores observaram fraturas intracranianas, hemorragia subdural, hemorragia subaracnóidea, edema cerebral e hemorragia retiniana como as lesões mais frequentes. Durante os anos de acompanhamento, eles identificaram transtornos comportamentais nas crianças, epilepsia e déficits relacionados com a comunicação, com a motricidade e com a visão. Além disso, reconheceram atrasos no desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem. Segundo os autores desta pesquisa, estas são as principais consequências de longo prazo da SBS. Eles também reconheceram que muitas consequências não são imediatas como, por exemplo, a epilepsia, que aparece frequentemente três meses após a ocorrência do trauma, e os danos na comunicação, que geralmente são evidentes dois anos após a ocorrência da lesão (NUÑO, 2018).

Visto que a SBS pode resultar em óbitos, em até 25% daqueles que chegam ao hospital, ou em lesões extremamente prejudiciais em até 80% dos sobreviventes, a prevenção torna-se um desafio por envolver aspectos familiares, culturais e econômicos. A educação em saúde é uma excelente ferramenta para a prevenção da ocorrência da síndrome. O conhecimento sobre como ocorre o trauma violento e sobre o choro precoce em crianças saudáveis são importantes estratégias de prevenção.

Em relação ao conhecimento da população em geral, estudos mostram que até 50% das pessoas desconhecem os perigos da agitação de um bebê, mesmo os universitários os desconhecem. Muitas vezes, esta punição física ocorre por expectativas irrealistas sobre o comportamento das crianças e a falta de abordagens alternativas para a gestão do comportamento das mesmas. Materiais educativos para pais sobre temas como, choro constante, problemas de alimentação, maneiras de lidar com o choro e crises de birra, contendo informações sobre abordagens não-violentas para a gestão do comportamento, demonstraram eficácia na mudança do comportamento dos pais.

Para melhor compreensão acerca da possibilidade de prevenção do TCVP ou da SBS, é importante analisar os fatores de risco de ocorrência desta modalidade de trauma. Como fatores de risco, observam-se certos comportamentos relacionados à própria criança, à família ou aos cuidadores. A cólica do lactente e o choro inconsolável são comportamentos de risco relacionados à criança. O choro inconsolável ocorre com maior frequência no período entre seis e oito semanas de idade e, coincidentemente, há maior ocorrência da SBS neste mesmo período (CATHERINE, 2008). As deficiências, de modo geral, também podem ser consideradas como fator de risco para a violência contra a criança (NIEDERKROTENTHALER, 2013). No ambiente familiar, observam-se como fatores de risco para a ocorrência da SBS a intolerância à frustração, a falta de cuidado com o pré-natal, a inexperiência de cuidado com crianças, o baixo nível de educação, o baixo nível socioeconômico, as famílias monoparentais e os pais jovens sem apoio. Habitualmente, as pessoas comumente consideradas como perpetradoras do trauma craniano são, na sequência: o pai ou o padrasto, o namorado da mãe, a babá e a mãe (BELL, 2011). Todos

esses fatores aumentam a chance de ocorrência do TCVP em todas as etnias, grupos socioeconômicos e raças, sendo os meninos mais comumente afetados.

A SBS geralmente ocorre em momentos em que o cuidador encontra-se influenciado por sentimentos como estresse e raiva, os quais comumente estão relacionados ao choro infantil e à frustração do adulto em lidar com a situação (KEMP, 2003). Segundo Gordy, em 2013, características como: história de vida do adulto de violência doméstica sofrida durante a infância, ausência de um sistema de apoio, pais solteiros e isolamento social, também podem ser consideradas como fatores de riscos para a SBS (GORDY, 2013). Além desses fatores, Gumbs e colaboradores relatam que, alguns aspectos do bebê como ter nascido prematuro ou com malformações, também podem ser considerados fatores de risco (GUMBS, 2013). Lopes e colaboradores relatam que a SBS ocorre principalmente com crianças menores de um ano de idade, pois a cabeça do bebê é maior e mais pesada que seu corpo. Ainda afirmam que a SBS ocorre entre a população em geral, em qualquer classe social e entre todas as etnias. Isso, porque os principais fatores de risco para a SBS são o choro incessante e a sensação de frustração dos cuidadores (LOPES, 2013).

Barr, em 2013, também relatou a importância da realização de intervenções com pais de recém-nascidos, abordando o padrão de choro normal e também sobre os riscos de sacudir um bebê, pois esses temas geralmente são desconhecidos pelos cuidadores (BARR, 2013). Caso diversas estratégias para minimizar o choro tenham sido realizadas e ainda assim ele persistir, é importante tanto para o bebê como para quem está cuidando dele que ele seja deixado por alguns minutos com outras pessoas que possam estar mais calmas, ou ser deixado sozinho, em local seguro. Estas recomendações são úteis como prevenção da violência, pois se o bebê não se acalmar e continuar a chorar no colo, as chances de o cuidador se sentir estressado e passar a sacudir o bebê aumentam (LOPES, 2013). A partir do distanciamento, tanto o bebê quanto o seu cuidador terão a oportunidade de se acalmarem.

O choro é o principal meio de comunicação do bebê, e em crianças saudáveis podem ser observadas cerca de duas a três horas diárias de choro (LOPES, 2013). Portanto, é necessário que pais e cuidadores tenham o conhecimento sobre os aspectos relacionados ao choro, bem como sobre as diferentes estratégias que podem ser utilizadas nesses momentos.

Apesar de ser essencial que cuidadores e profissionais que atuam com bebês conheçam os aspectos da SBS, infelizmente essa não é a realidade. Os poucos estudos publicados estão direcionados especialmente para os médicos.

Apesar desta realidade, a SBS pode ser prevenida, tendo o médico pediatra um papel fundamental nas ações de promoção contra a violência infantil. Comumente, o médico pediatra está presente em momentos estressantes e desafiadores para a família, principalmente naquelas situações relacionadas aos cuidados com a criança. Além disso, o pediatra possui contato com recursos comunitários que auxiliam a família a enfrentar

os desafios, permitindo que este profissional de saúde esteja em uma posição única para prevenir as diferentes formas de violência infantil. Neste sentido, torna-se importante que o médico pediatra compreenda as situações de vulnerabilidade que comumente levam à ocorrência do TCVP, identificando os fatores de risco presentes na família e fornecendo apoio adequado para a superação destas dificuldades.

Outro aspecto importante na prevenção do trauma de crânio violento são as iniciativas comunitárias de saúde pública. Observa-se que visitas domiciliares a pais pobres, adolescentes ou solteiros, especialmente no período pré-natal, até o segundo aniversário da criança, podem prevenir a violência física e a negligência. As ações educativas destinadas a pais de recém-nascidos antes de receberem alta da maternidade, bem como atividades para elucidação sobre o assunto aos profissionais de saúde são reconhecidamente eficazes como estratégia de prevenção de violência (WARD, 2014).

No Brasil, no ano de 2009, foi estabelecida uma parceria entre: o *The Children's Hospital at Westmead* (Hospital da Criança de Westmead - Sydney, Austrália), o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV da Universidade Federal de São Carlos - São Paulo, Brasil), o Centro de Estudos Integrados da Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS - Rio de Janeiro, Brasil), o Instituto Zero a Seis (São Paulo, Brasil) e o Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE, Brasil). A partir desta parceria internacional foi possível a tradução e a adaptação do vídeo "*Responding to a crying baby*" (Lidando com o choro do bebê) para o espanhol e o português, que resultou em uma campanha na mídia para a divulgação do TCVP, lançada em 19 de novembro de 2009. Este vídeo foi originalmente desenvolvido pela equipe do programa de prevenção *The Shaken Baby Prevention Project* (SBSPP – Projeto de Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido) do Hospital da Criança de *Westmead*, Austrália. Em alguns minutos, o vídeo mostra um casal de cuidadores tentando lidar com o choro de um bebê, sendo que, ao longo da animação, são apresentadas informações sobre o padrão do choro nos primeiros meses de vida, bem como algumas estratégias adequadas para estas situações. Este vídeo consiste no primeiro material brasileiro passível de utilização para a prevenção do trauma craniano violento e está disponível para visualização gratuita e *online* pelo endereço eletrônico: <http://www.youtube.com/watch?v=o0vASBX8CQ0>.

Materiais explicativos como vídeos e panfletos sobre os riscos de se sacudir um bebê, sobre o padrão de choro nos primeiros meses de vida e sobre as estratégias que os pais poderiam utilizar quando se sentissem frustrados ou irritados com o choro do bebê podem ser empregados como estratégia simples para a prevenção da SBS.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o TCVP uma das formas mais graves de abuso infantil, gerador de consequências graves para o desenvolvimento de suas vítimas e após a leitura analítica

realizada com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes foi possível a obtenção de respostas para os objetivos propostos neste levantamento. Constatou-se que o TCVP - ou a SBS - é uma condição possível de ser prevenida, com alta prevalência na sociedade, possuindo sinais e sintomas de alta suspeição clínica, tendo graves consequências para a criança.

Embora se tenha observado na literatura científica a utilização de diversos recursos eficazes para a mudança de conhecimento e atitude dos pais, cuidadores e profissionais sobre esta forma de maus-tratos, a escassez de estudos e estratégias pautadas na prevenção é uma problemática quando se fala em TCVP. Assim, torna-se clara a necessidade da implantação mais robusta de mecanismos preventivos como forma de controlar a prevalência da síndrome no contexto nacional, atuando diretamente na sensibilização da população: conscientizando-a, elucidando-a sobre a importância da suspeição, do diagnóstico precoce, da sinalização e da denúncia, reconhecendo a sua magnitude e suas graves consequências.

Considerando que o TCVP é mais prevalente em crianças menores de um ano, é importante que o profissional de saúde suspeite de abuso quando estiver diante de uma história controversa ou duvidosa. Dessa forma, é preciso que fiquem atentos aos sinais e sintomas característicos do trauma violento e verifiquem se as lesões correspondem à história relatada pelos pais ou por outros cuidadores.

Os autores concluem que há necessidade de aumentar o número de estudos nacionais que discutam o TCVP, abordando dados como a incidência, a prevalência, os fatores de risco, os quadros clínicos e as consequências desse tipo de violência física na população brasileira. Além disso, é fundamental a divulgação de estratégias de prevenção adaptadas para a realidade brasileira considerando a gravidade do quadro e a falta de informação da população sobre o tema. Futuramente, os autores desta revisão pretendem construir um material impresso que poderá ser utilizado como mais um elemento de prevenção primária em nosso País, sendo a distribuição do material educativo dedicada aos profissionais de saúde e às famílias em ambientes de atendimento de pré-natal e de puericultura.

REFERÊNCIAS

Barr RG. **Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers.** Proc Natl Acad Sci U S A. 2012 Oct 16;109 Suppl 2(Suppl 2):17294-301.

Bell E, Shouldice M, Levin AV. **Abusive head trauma: A perpetrator confesses.** Child Abuse Negl. 2011 Jan;35(1):74-7. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.11.001.

Belon AP, Silveira NYJ, Barros MBA, Baldo C, Silva MMA. **Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado.** VIVA - Campinas/SP, 2009. Cien Saude Colet 2012; 17(9): 2279-2290.

Catherine NL, Ko JJ, Barr RG. **Getting the word out: advice on crying and colic in popular parenting magazines.** J Dev Behav Pediatr. 2008 Dec;29(6):508-11.

Christian CW, Levin AV; COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT; SECTION ON OPHTHALMOLOGY; AMERICAN ASSOCIATION OF CERTIFIED ORTHOPTISTS; AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. **The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse.** Pediatrics. 2018 Aug;142(2):e20181411.

Elinder G, Eriksson A, Hallberg B, Lynøe N, Sundgren PM, Rosén M, Engström I, Erlandsson BE. **Traumatic shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking.** Acta Paediatr. 2018 Sep;107 Suppl 472(Suppl 472):3-23.

Feldman KW, Bethel R, Shugerman RP, Grossman DC, Grady MS, Ellenbogen RG. **The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: a prospective study.** Pediatrics. 2001 Sep;108(3):636-46. doi: 10.1542/peds.108.3.636. Erratum in: Pediatrics. 2021 Feb;147(2).

Fernandes VMA, Silva NL, Javorski M. **Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido: conhecimento da equipe de saúde da família / Prevention of Shaken Baby Syndrome: knowledge of the family health team.** Nursing (São Paulo) ; 13(145): 304-308, jun. 2010.

Giza CC, Hovda DA. **The Neurometabolic Cascade of Concussion.** J Athl Train. 2001 Sep;36(3):228-235. PMID: 12937489; PMCID: PMC155411.

Gordy C, Kuns B. **Pediatric abusive head trauma.** Nurs Clin North Am. 2013 Jun;48(2):193-201.

Gumbs GR, Keenan HT, Sevick CJ, Conlin AM, Lloyd DW, Runyan DK, Ryan MA, Smith TC. **Infant abusive head trauma in a military cohort.** Pediatrics. 2013 Oct;132(4):668-76.

Hung KL. **Pediatric abusive head trauma.** Biomed J. 2020 Jun;43(3):240-250.

Joyce T, Huecker MR. **Pediatric abusive head trauma (shaken baby syndrome).** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Feb 11.

Kemp A, Coles L. **The role of health professionals in preventing non-accidental head injury.** Child Abuse Rev. 2003.

Lind K, Toure H, Brugel D, Meyer P, Laurent-Vannier A, Chevignard M. **Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma.** Child Abuse Negl. 2016 Jan;51:358-67.

Lopes NR, Eisenstein E, Williams LC. **Abusive head trauma in children: a literature review.** J Pediatr (Rio J). 2013 Sep-Oct;89(5):426-33.

Niederkröthaler T, Xu L, Parks SE, Sugerman DE. **Descriptive factors of abusive head trauma in young children--United States, 2000-2009.** Child Abuse Negl. 2013 Jul;37(7):446-55.

Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. **Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants.** Dtsch Arztebl Int. 2009 Mar;106(13):211-7.

Nuño M, Ugiliweneza B, Zepeda V, Anderson JE, Coulter K, Magana JN, Drazin D, Boakye M. **Long-term impact of abusive head trauma in young children.** Child Abuse Negl. 2018 Nov;85:39-46.

Parks SE, Annest JL, Hill HA, Karch DL. **Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research.** Atlanta, GA, USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2012.

Piteau SJ, Ward MG, Barrowman NJ, Plint AC. **Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review.** Pediatrics. 2012 Aug;130(2):315-23.

Pinto PS, Meoded A, Poretti A, Tekes A, Huisman TA. **The unique features of traumatic brain injury in children. review of the characteristics of the pediatric skull and brain, mechanisms of trauma, patterns of injury, complications, and their imaging findings--part 2.** J Neuroimaging. 2012 Apr;22(2):e18-41. doi: 10.1111/j.1552-6569.2011.00690.x. Epub 2012 Feb 3.

Taniguchi A, Maeda T, Tachibana T. **Pleural effusion with rib fractures in infant.** Clin Case Rep. 2018 Apr 10;6(6):1185-1186.

Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Desurmont M, Dhellemmes P. **Accidental and nonaccidental head injuries in infants: a prospective study.** J Neurosurg. 2005 May;102(4 Suppl):380-4. doi: 10.3171/ped.2005.102.4.0380.

Vitale A, Vicedomini D, Vega GR, Greco N, Messi G. **Shaken baby syndrome: pathogenetic mechanism, clinical features and preventive aspects.** Minerva Pediatr. 2012 Dec;64(6):641-7.

Ward MG, Bennett S, King WJ. **Prevention of shaken baby syndrome: Never shake a baby.** Paediatr Child Health. 2004 May;9(5):319-21.

Ward, MGK, Bennet, SMB. **Prevention of shaken baby syndrome: Never shake a baby.** PaediatrChild Health, n. 9, v. 5, p. 319–321, 2014.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso infantil 30, 31, 33, 35, 36, 38, 39, 183, 186, 188, 191

Atenção primária à saúde 103, 104, 106, 107, 108

Avaliação em saúde 104

B

Bioética 1

C

Cardiovascular 4, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 100, 102, 116, 197, 198, 199, 200, 222, 227, 228, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 253, 255, 256

Causalidade 87, 90, 93, 158

Colite ulcerativa 42, 43, 44, 45

Contraindicação 97, 100, 101

Cuidados críticos 125

Cuidados parentais 134

Cultivo embrionário 78, 79

D

Depressão pós-parto 87, 88, 94, 95, 96

Diretivas antecipadas 1, 2, 3, 4, 5, 6

Disbiose 43, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119

Distúrbio hidroeletrólítico 52, 53, 54

Doença de Crohn 42, 43, 44, 45

Doenças raras 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29

Dor ventilatório dependente 121

E

Educação infantil 134

Ensino 66, 119, 125, 127, 129, 131, 132, 133

Epidemiologia 40, 42, 44, 45, 49, 240

Escoliose 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16

Esquizofrenia 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77

F

Fatores de risco 26, 35, 48, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 149, 183, 189, 190, 191, 192, 200, 203

Filtração glomerular 52, 54, 57, 229, 234, 238, 239, 240, 241

Fisioterapia 8, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 26, 29, 205, 257

G

Glândula tireóide 140, 141, 144, 148

H

Hipertensão 91, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 140, 147, 148, 197, 198, 199, 205, 220, 221, 222, 224

Hipertireoidismo 140, 142, 148

Hiponatremia 52, 53, 54, 55, 56, 57

Hipotireoidismo 140, 142, 148

I

Incubadora Trigas 78

L

Lesão osteolítica 121

M

Medicina 1, 3, 5, 7, 23, 42, 50, 56, 57, 76, 103, 108, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 148, 151, 158, 160, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 181, 183, 220, 225, 227, 257

Microbiota intestinal 43, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

Mieloma múltiplo 121, 122, 123

N

Neuromuscular 10, 19, 22

O

Obesidade 63, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226

Ordens de não ressuscitar 1, 3, 4, 6

Órtese 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

P

Pedopsiquiatria 30

Pesquisas no serviço de saúde 104

Proteinúria 52, 54, 55, 56

Psicopatologia 30, 35, 36, 37, 38, 40, 73, 74, 77

Psicose endógena 66

Q

Qualidade de vida 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 39, 42, 44, 48, 49, 75, 115, 150, 160, 161, 163, 188, 222, 228, 239, 253, 254

R

Resveratrol 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65

S

Síndrome nefrótica 52, 53, 54, 55, 56, 57

Sistemas de dopamina 66

Sistemas de glutamato 66

T

Tatuagem 1, 4, 6

Tensão de oxigênio 78

Terapia hormonal 97, 147

Transtorno da falta de atenção 134

Tuberculose 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109

U

Unidade de Terapia Intensiva 125, 126, 133

V

Vinho 59, 60, 61, 62, 63, 64

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



MEDICINA:

A ciência e a tecnologia em busca da cura

2


Ano 2021

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



MEDICINA:

A ciência e a tecnologia em busca da cura

2


Atena
Editora
Ano 2021