

# Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde

## *Children and adolescents maltreatment: a literature review for health professionals*

Ana L.D. Pires<sup>1</sup>, Maria C.O.S. Miyazaki<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médica pediatra, mestre em ciências da saúde, Departamento de Pediatria\* e Secretaria Municipal de Higiene e Saúde da Prefeitura\*\*; <sup>2</sup> Psicóloga, doutora em psicologia. Departamento de Psiquiatria e Psicologia e Laboratório de Psicologia e Saúde\*, Serviço de Psicologia, Hospital de Base, FUNFARME\*\*

\*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

\*\*São José do Rio Preto - SP

**Resumo** A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde, que deve ser identificado e abordado por profissionais que atuam na área. O objetivo deste estudo é apresentar uma revisão da literatura sobre maus-tratos na infância e adolescência. Método: publicações sobre o tema foram obtidas em bases de dados nacionais e internacionais (Lilacs; MedLine; Psycinfo) bancos de teses/dissertações, livros, legislação e sites de instituições reconhecidas na área. Resultados: a partir das publicações foi elaborado um breve histórico sobre este tipo de violência e seu reconhecimento; apresentados dados sobre o impacto dos maus-tratos sobre crianças e adolescentes vítimas do problema e dados epidemiológicos; definidos diferentes tipos de maus-tratos; apresentados fatores de risco e subsídios que auxiliam no diagnóstico ou suspeita de ocorrência do problema. Conclusões: A revisão permite uma compreensão global sobre maus-tratos na infância e adolescência, útil para o profissional que atua na saúde e que deve estar preparado para identificar e atuar adequadamente frente a casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos.

**Palavras-chave** Criança, Adolescente, Agressão, Violência Doméstica, Maus-Tratos Infantis, Fatores Epidemiológicos.

**Abstract** Violence against children and adolescents is a serious health problem that must be identified and reported by health professionals. This study aims to review the literature on child and adolescent maltreatments. Method: Related literature was investigated on national and international databases (Lilacs, MedLine, Psycinfo), thesis and dissertations, books, legislation and Web sites of institutions recognized in the area. Results: Based on the literature, this review presents a brief history of this kind of violence as well as its recognition, its impact on children and adolescents' development, epidemiological data. It defines different types of maltreatment, presenting risk factors and subsidies which can help the diagnosis or suspicion of this problem occurrence. Conclusions: This literature review allows some comprehensive understanding about maltreatment in childhood and adolescence. It is useful for the qualified professional who has to be adequately prepared to identify and perform in front of cases of suspicion or confirmation of maltreatments.

**Keywords** Child, Adolescent, Aggression, Domestic Violence, Child Abuse, Epidemiologic Factors.

A violência contra crianças e adolescentes não é um fato recente. Por longos períodos da história foi uma prática habitual, justificada e aceita pelas diferentes sociedades. Atos como o infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância estão abundantemente relatados na literatura.

### BREVE HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Relatos sobre a vida de crianças e adolescentes das civilizações greco-romana e hebréia já ilustram a presença da violência. Para a criança hebréia, por exemplo, a disciplina era primordial. Uma lei do século XIII a.C. instrua os pais sobre como castigar filhos desobedientes e rebeldes e, quando estes tinham difícil-

Não há conflito de interesse

Apoio financeiro: Bolsa Produtividade CNPq

Este artigo é parte da dissertação de mestrado da autora, orientada pela co-autora, defendida no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FAMERP

Recebido em 01.09.2005

Aceito em 04.11.2005

dade na realização desta tarefa, um conselho era solicitado para lidar com o filho problema, punindo-o e apedrejando-o até a morte.<sup>(1)</sup>

No império greco-romano, severidade e disciplina eram também consideradas indispensáveis no trato à criança. O infanticídio era prática habitual, cabendo ao pai definir se aceitava ou não o recém-nascido, que quando rejeitado ou abandonado, dificilmente era recolhido por alguém e acabava morrendo. Condenar à morte crianças portadoras de deficiências ou malformações também era prática comum, pois se acreditava que estas não seriam socialmente úteis, estando assim justificada a sua eliminação. Além disso, a miséria era uma das principais causas de morte de crianças, estimulando o infanticídio, por falta de alimento<sup>(2)</sup>.

A mitologia também contém relatos sobre a eliminação de crianças. Crono, pai de Zeus, pertencia a uma geração primitiva dos deuses e dominava a todos. Sabendo que um dos filhos lhe tiraria o poder, engoliu os cinco primeiros logo após o nascimento. No nascimento do sexto, sua mulher deu-lhe uma pedra para comer em lugar do filho, tornando possível a sobrevivência de Zeus, que o destronou e se tornou o maior dos deuses gregos<sup>(3)</sup>.

Crenças justificando o sacrifício de crianças são também relatadas na literatura. Os índios mexicanos, por exemplo, associavam o sucesso da colheita de milho com sacrifícios: por ocasião da sementeira era sacrificado um recém-nascido; quando o milho germinava, uma criança maior; crianças ainda maiores quando a planta crescia e, por ocasião da colheita, eram sacrificados homens mais velhos<sup>(4)</sup>.

O relato de Herodes, rei dos judeus, também ilustra a prática generalizada da violência contra crianças. Avisado que Jesus se tornaria o rei dos judeus, Herodes decidiu matá-lo. Como não sabia onde encontrá-lo, decretou a morte de todos os meninos com menos de dois anos de idade em Belém, levando José e Maria a fugirem com Jesus para o Egito<sup>(5)</sup>.

Entre os séculos I e V D.C., a Igreja Cristã passou a ter maior influência sobre os costumes e comportamentos. Nesta época teve início o reconhecimento do potencial de desenvolvimento das crianças, que passaram a fazer parte da vida familiar. Além disso, a Igreja ressaltou a importância da mãe na criação dos filhos e desestimulou a prática de graves castigos físicos<sup>(3)</sup>.

Os primeiros relatos sobre a criança brasileira datam do século XVI, com a chegada dos Jesuítas ao Brasil. Os índios protegiam seus filhos e não os castigavam, o que não os impedia, entretanto, de serem cruéis com filhos dos inimigos, que engordavam, matavam e comiam. Os Jesuítas introduziram os castigos e ameaças no Brasil Colonial, sendo atribuída ao padre Luis da Grã, em 1553, a frase: “sem castigo não se fará vida”<sup>(6)</sup>.

No século XVIII, há registros do tratamento dado a crianças abandonadas na cidade de São Paulo, como os filhos de mães solteiras, viúvas ou extremamente pobres, que eram chamados “expostos”. Em 1824 foi instalada na cidade a Roda da Santa Casa, idealizada em Portugal, que tinha como objetivo evitar que as crianças fossem devoradas pelos cães, quando abandonadas. A Roda era um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura, onde eram colocadas as crianças. A mãe que desejava abandonar o filho batia na madeira e girava, avisando ao porteiro da Santa Casa que, do lado de dentro, recolhida o abandonado. A Roda funcionou até 1948 e estatísticas indicam que, entre 1903 e 1932, a mortalidade destas crianças situava-se entre 16,7 a 33,1%<sup>(7)</sup>. Embora a violência contra crianças e adolescentes possa ser identificada em relatos

históricos, seu reconhecimento, como sendo um problema, é relativamente recente.

## RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA

A preocupação com o abuso infantil começou nos Estados Unidos em 1874, com o caso de Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido, que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que, como criança, fazia parte do reino animal<sup>(8)</sup>.

A partir do século XIX, começaram a surgir textos médicos sobre a violência praticada contra crianças. Na França, o primeiro trabalho foi escrito em 1860 por Tardieu, pioneiro na utilização do termo “criança espancada”<sup>(6)</sup>. Neste trabalho, são analisadas as mortes de 18 crianças com idade inferior a cinco anos, cujas lesões e morte eram incompatíveis com as explicações fornecidas pelos pais<sup>(9)</sup>.

Em 1946, nos Estados Unidos, Caffey publicou observações de seis crianças com hematoma subdural e alterações radiológicas de ossos longos, dois tipos de lesões sem relação clínica ou patológica. Silverman, um médico radiologista, realizou em 1953 um estudo retrospectivo de crianças com quadros clínicos semelhantes aos de Caffey e concluiu que as lesões eram causadas por traumatismos provocados<sup>(10)</sup>.

O grande avanço em relação à violência contra crianças e adolescentes ocorreu a partir de 1961, quando Henry Kempe descreveu a Síndrome da Criança Espancada, reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. Para Kempe, esta síndrome ocorria em crianças de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos<sup>(9)</sup>.

Após os anos 60, a área da saúde começou a preocupar-se com a violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a área de Pediatria, que no Brasil passou a tratá-la como um problema de saúde. Em 1973 foi descrito, por um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança na literatura nacional. Em 1975, um radiologista pediátrico, Dr Armando Amoedo, descreveu mais cinco casos<sup>(6)</sup>. Em 1984, Viviane Guerra publicou o livro “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”. No final da década de 80 houve crescente atenção em relação ao tema e, em 1988, o texto da atual Constituição Brasileira, no artigo 227, assegura direitos à criança e ao adolescente, que deixam de ser vistos como propriedade dos pais<sup>(11)</sup>.

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990, ficaram assegurados direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. Além disso, o ECA tornou compulsória a notificação, por parte do profissional de saúde, de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares<sup>(12)</sup>.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico Científico para elaborar proposta de “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”. Deste Comitê participaram representantes da Sociedade Civil, entre eles a Sociedade Brasileira de Pediatria, e foram formuladas ações articuladas em políticas sobre o tema de violência e acidentes. Um plano específico, relacionado à violência contra crianças e ado-

lescentes, foi elaborado para a atuação dos profissionais que atendem esta população em todas as instituições de saúde pública e /ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(13)</sup>. Em 16 de maio de 2001, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência. Esta definiu as estratégias e políticas para as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e a Portaria de nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo S.U.S<sup>(14)</sup>. Apesar desta obrigatoriedade, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil: estima-se que, para cada caso notificado, 10 a 20 deixam de ser<sup>(15)</sup>. Um dos problemas para a subnotificação é o fato dos profissionais de saúde terem dificuldade para identificar os casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico<sup>(16)</sup>. Assim, definir e estudar a ocorrência dos maus-tratos ou violência contra crianças e adolescentes pode auxiliar na obtenção de maiores dados sobre o problema, favorecendo o treinamento adequado de profissionais, o manejo e a prevenção.

#### **DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema mundial, que atinge e prejudica esta população durante importante período de desenvolvimento. Apesar dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes terem características comuns, é importante defini-los adequadamente, uma vez que estas definições têm implicações práticas para a prevenção e manejo do problema.

Definir diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea.

Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando “um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”<sup>(17)</sup>.

O tipo mais freqüente de maus-tratos contra a criança ou adolescente é a violência doméstica, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar. Costuma prolongar-se por muito tempo, uma vez que a família, considerada o agente protetor da criança, tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e /ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador<sup>(18)</sup>.

Os principais tipos de maus-tratos passíveis de notificação incluem negligência ou abandono, sevícias ou abuso físico, Síndrome de Munchausen por procuração, Síndrome do Bebê Sacudido, abuso sexual e abuso psicológico.

#### **Negligência e Abandono**

Envolve a omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis e tem como consequência, portanto, o não atendimento de necessidades físicas e emocionais prioritárias<sup>(5)</sup>

Constituem exemplos de negligência ou abandono deixar de oferecer a criança ou adolescente, alimentação, medicamentos, cuidados de higiene, proteção a alterações climáticas, vestimentas

e educação. O abandono pode ser definido como uma forma grave de negligência, que por sua vez evidencia a ausência de um vínculo adequado dos responsáveis com seu filho<sup>(19)</sup>.

Famílias negligentes geralmente apresentam consumo elevado de álcool e drogas, grande número de filhos, psicopatia e desestruturação familiar<sup>(20)</sup>. Além disso, baixa renda, desemprego e pobreza são fatores associados a alto risco para negligência dos filhos, sendo negligência física a mais associada com pobreza<sup>(21)</sup>.

A *negligência* é o tipo mais freqüente de maus tratos e inclui a negligência física, a emocional e a educacional.

#### **Negligência física**

Nesta categoria, que inclui a maioria dos casos de maus tratos, estão inseridos problemas como: a) ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão, por parte dos pais ou responsáveis, da necessidade de atenção ou tratamento médico, ou em função de crenças ou práticas religiosas; b) abandono e expulsão da criança de casa por rejeição; c) ausência de alimentação, cuidados de higiene, roupas, proteção às alterações climáticas; d) imprudência ou desobediência às regras de trânsito e falta de medidas preventivas para evitar intoxicação exógena; e) supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha e sem cuidados por longos períodos<sup>(22)</sup>.

#### **Negligência emocional**

Inclui ações como falta de suporte emocional, afetivo e atenção, exposição crônica a violência doméstica, permissão para o uso de drogas e álcool (sem intervenção), permissão ou encorajamento de atos delinqüentes, recusa ou não procura por tratamento psicológico quando recomendado<sup>(23)</sup>.

*Negligência educacional*, por sua vez, inclui permissão para faltar às aulas após pais ou responsáveis terem sido informados para intervir, não realização da matrícula em idade escolar e recusa para matricular a criança em escola especial quando necessário<sup>(24)</sup>.

#### **Sevícias ou Abuso físico**

Envolvem o uso da força física contra a criança ou adolescente, por parte dos pais, responsáveis ou cuidadores, familiares ou pessoas próximas. Neste caso, a força física é usada de forma intencional, isto é, não ocorre de forma acidental, e tem como objetivo lesar, ferir ou destruir a vítima<sup>(25)</sup>.

O uso da força física é baseado no poder disciplinador e autoritário que o adulto assume sobre a criança ou o adolescente, que são agredidos com o objetivo de obter disciplina e obediência<sup>(19)</sup>. Na maioria das vezes, este tipo de violência deixa marcas, sendo, portanto o de maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico. As marcas indicativas do abuso incluem hematomas, escoriações, lacerações, contusões e queimaduras<sup>(26)</sup>. O grau da violência física varia consideravelmente, de beliscões e tapas até agressões que conduzem à morte. As agressões mais freqüentes incluem tapas, beliscões, chineladas, puxões de orelha, chutes, cintadas, murros, queimaduras com água quente, brasa de cigarro e ferro elétrico, intoxicação com psicofármacos, sufocação, mutilação e espancamentos<sup>(27)</sup>.

Um estudo realizado em Curitiba por Pascolat e colaboradores<sup>(15)</sup> indicou meninos na faixa etária de cinco a 11 anos como as principais vítimas do abuso físico. O agressor mais freqüente neste estudo era a mãe, o tipo de instrumento mais usado a mão, seguido pela cinta, a lesão mais encontrada o hematoma em

diversos segmentos do corpo e o motivo principal para o abuso físico era educar e colocar limite.

### **A síndrome de Munchausen por procuração**

Ocorre quando pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, provocam ou simulam na criança, geralmente com idade inferior a seis anos, sinais e sintomas de várias doenças, com falsificação de exames laboratoriais, administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. A partir destas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (ex. coleta de exames desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológico (ex. inúmeras consultas, internações desnecessárias). O diagnóstico é clínico e há suspeita do problema quando o profissional da saúde não consegue avaliar a gravidade do quadro, uma vez que quase sempre a criança encontra-se em bom estado geral. A doença é persistente e recidivante, com sintomas raros, as queixas são dramáticas, permanecem as mesmas, sempre trazidas pelo mesmo responsável, que solicita a realização de vários exames complementares<sup>(17)</sup>.

### **Síndrome do bebê sacudido**

É o termo utilizado para denominar uma forma de violência frequentemente praticada e que não deixa marcas. O agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor e até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retinianas e subdural<sup>(28)</sup>.

### **Abuso sexual**

Acomete jovens e mulheres, é repetitivo e com determinantes desconhecidos<sup>(29)</sup>. Ocorre quando a vítima, criança ou adolescente, tem desenvolvimento psicosexual inferior ao do agressor, que a expõe a estímulos sexuais impróprios para a idade ou a utiliza para sua satisfação sexual ou de outra pessoa<sup>(30)</sup>. Estas práticas são realizadas por meio de violência física, ameaças e mentiras, e a vítima é forçada a práticas sexuais eróticas sem ter capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou avaliar o que está acontecendo<sup>(1)</sup>. Trata-se, portanto, de uma relação cujo objetivo é satisfazer unilateralmente o abusador e pode ser classificada de acordo com a *forma* (tipo) e com o *contexto* onde ocorre.

Os tipos ou formas de abuso sexual podem envolver contato sexual com penetração (oral, vaginal e anal), sem penetração (tentativa para ter sexo oral, vaginal e anal), atividade sexual envolvendo toque, carícias e exposição do genital, exploração sexual envolvendo prostituição, pornografia, voyeurismo e assédio sexual<sup>(1)</sup>.

Em relação ao contexto, o abuso sexual pode ser intrafamiliar, extrafamiliar ou institucional.

O abuso sexual *intrafamiliar* é o mais freqüente e envolve a atividade sexual entre uma criança ou adolescente e um membro imediato da família (pai, padrasto, irmão) ou próximo (tio, avô, tia), ou com parentes que a criança considere membros da família<sup>(30)</sup>. Esta forma de abuso é uma manifestação de disfunção familiar e costuma ser crônica, recidivante e sem violência<sup>(31)</sup>.

O abuso sexual *extrafamiliar* é qualquer forma de prática sexual envolvendo uma criança /adolescente e alguém que não faça parte da família. Na maioria dos casos, o agressor é conhecido e

tem acesso à criança (ex. vizinho, religioso, professor, babá, amigo da família). Estes casos habitualmente chegam ao sistema de saúde via Serviços de Emergência, onde a família procura rapidamente o atendimento, relatando o abuso<sup>(30)</sup>.

O abuso sexual *institucional* ocorre em instituições, cuja função é cuidar da criança no momento em que esta está afastada da família. Pode ser praticado por uma criança maior ou pelos próprios cuidadores ou funcionários<sup>(1)</sup>.

Um estudo realizado em São Paulo, no Centro de Referência da Saúde da Mulher, investigou 671 vítimas de abuso sexual. No grupo de crianças, em 84,5% dos casos o agressor era conhecido, sendo que em 60% dos casos este era do núcleo familiar (pai, padrasto, tio e avô) e em 40% o vizinho ou outro conhecido. Entre os adolescentes, 27,7% conheciam o agressor, sendo que em 38,5% dos casos o agressor era do núcleo familiar e em 61,5% eram pessoas próximas da família (vizinho ou outro conhecido). Estes resultados indicam a predominância do abuso sexual no próprio ambiente doméstico<sup>(32)</sup>.

### **Abuso psicológico**

É toda forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns a sua idade, de ter amigos, ou ainda indução a prostituição, ao uso de drogas e ao crime. Este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, pela sutileza e pela falta de materialidade dos atos, embora tenha impacto negativo profundo sobre o desenvolvimento biopsicossocial<sup>(3,18,25)</sup>.

### **FATORES DE RISCO PARA MAUS-TRATOS**

Existem condições que predispõem para a ocorrência dos maus-tratos. Estas condições estão associadas ao agressor, à vítima, à classe social, à comunidade e à família.

#### **São condições associadas ao agressor:**

a dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso, baixa auto-estima, prostituição, imaturidade e transtornos de conduta, psiquiátricos ou psicológicos.

#### **São condições associadas à vítima:**

sexo diferente do desejado, dependência própria da infância, condições de saúde que exigem maiores cuidados (prematuridade, doenças neurológicas, doenças graves, distúrbios psicológicos, do sono, da alimentação e dos esfínteres) história de abusos anteriores, criança não desejada.<sup>(33)</sup>

#### **Fatores de risco associados ao meio social e comunidade:**

incluem falta de leis de proteção, desigualdade social, marginalidade, desemprego, analfabetismo, ambientes conflituosos e alta aceitação de violência<sup>(1)</sup>. A pobreza constitui um persistente fator de risco, sendo o abuso físico e a negligência, mais comuns em famílias que vivem na pobreza<sup>(34)</sup>.

#### **Fatores associados à família:**

incluem pais jovens (adolescentes), gravidez não desejada, cuidados pré-natais inadequados, famílias uniparentais, conflituosas, substitutas e exposição à violência<sup>(1,33)</sup>.

A identificação e o estudo de fatores que parecem aumentar o risco para maus-tratos podem auxiliar no manejo do problema. Um estudo realizado por Wu e colaboradores,<sup>(35)</sup> analisou cinco fatores de riscos para maus-tratos em relação a 189.055 crianças

com menos de um ano nascidas na Flórida, E.U.A: mães fumantes durante a gravidez, mais que dois filhos, famílias uniparentais, baixo peso ao nascer e uso de medicamentos. Os autores observaram que crianças com quatro fatores de risco apresentavam probabilidade sete vezes maior de sofrer abuso.

Um estudo realizado com jovens do sexo feminino no Canadá identificou como fatores de risco para abuso o temperamento difícil da criança, desenvolvimento cognitivo, estresse materno, pobreza crônica, interação negativa, pouco vínculo familiar e presença de transtornos familiares<sup>(36)</sup>.

Além de identificar os fatores que parecem aumentar o risco para maus-tratos, é importante identificar a ocorrência de maus-tratos, visando proteger a criança e favorecendo a intervenção frente ao problema.

## DIAGNÓSTICO

Fundamental para a prevenção e manejo adequado dos maus-tratos é a sua identificação. Assim, é importante que os profissionais saibam identificar indícios que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos. Estes indícios incluem: a) lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado e que são incompatíveis com a idade (ex: fratura de crânio por bater a cabeça no berço, fratura de perna em crianças com idade inferior a um ano); b) lesões como equimoses, lacerações, hematomas, fraturas, queimaduras e mordeduras; c) lesões em vários estágios de cicatrização ou cura; d) lesões em áreas não comuns de acidentes e quase sempre cobertas, como genitália e nádegas; e) demora para procurar atendimento médico após o acidente; f) crianças em situação de higiene precária, como vestuário sujo e inapropriado ao clima local<sup>(27,37)</sup>.

Para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de fundamental importância.

Podem sugerir presença de negligência e abandono a falta de vínculo entre criança e responsáveis, desnutrição por oferta irregular ou inadequada de alimentação, higiene corporal deficitária, acidentes frequentes, principalmente domésticos, como intoxicações por medicamentos e por materiais de limpeza, faltas constantes à escola ou creche, acompanhamento inadequado de saúde, atraso no calendário vacinal, abuso de álcool e de drogas<sup>(1)</sup>.

Indícios que podem sugerir sevícias ou abuso físico incluem: a) queimaduras por imersão, cigarro, corda e ferro de passar; b) laceração e escoriações nos lábios, olhos e face; no tecido gengival por ingestão forçada de alimento; na genitália externa; c) ferimentos ósseos, como fratura de ossos longos por torcedura ou fracionamento, separação do osso e ligamentos, fratura em espiral e articulações edemaciadas ou enrijecidas; d) ferimentos na cabeça, como perda ou amolecimento dos dentes, ausência de cabelo, hemorragia no couro cabeludo causada por puxões, hemorragia subdural ou de retina por espancamento ou sacudida, fratura de nariz ou mandíbula; e) ferimentos internos, como trauma intestinal por golpe ou pontapé, ruptura de vasos sanguíneos<sup>(38)</sup>.

Indícios que podem sugerir abuso sexual incluem comportamento sexual precoce mostrado em brincadeiras ou conversas, lesões na região genital, lesões na região anal, como fissuras, hemorroidas, pregas anais rotas, sangramentos retal ou anal, diminuição ou ausência de tecido himenal, masturbação excessiva, levando a lesões dos órgãos genitais e em público, doenças sexualmente transmissíveis como gonorréia, sífilis, condiloma e SIDA, dor na região anal ou genital, gravidez, detecção de sêmen na

cavidade oral, petéquias e eritema em palato sugerindo sexo oral forçado, enurese e encoprese<sup>(39,40,41)</sup>.

Indícios que podem sugerir abuso psicológico incluem aversão ao contato físico, comportamento extremo de obediência, apatia à agressividade, isolamento, dificuldades tanto escolares quanto na fala, desenhos ou brincadeiras que indiquem violência, transtornos de ansiedade, depressão, distúrbio do sono e da alimentação, baixo desempenho escolar e baixa auto-estima.<sup>(27)</sup>. A violência contra crianças e adolescentes tem conseqüências graves e duradouras.

## IMPACTO DOS MAUS-TRATOS SOBRE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os maus-tratos podem provocar danos para a criança, adolescente, família e sociedade por toda a vida. O impacto da violência, entretanto, é influenciado por fatores como idade, grau de desenvolvimento, tipo de abuso, freqüência, duração, gravidade do abuso e a relação existente entre vítima e abusador<sup>(42)</sup>.

As conseqüências da violência podem ser divididas em psicológicas, comportamentais, sociais e físicas, embora esta seja uma divisão didática, uma vez que é impossível separar uma forma da outra<sup>(43)</sup>.

Vários estudos mostram que crianças submetidas à violência doméstica, quando comparadas às que não sofreram violência, são mais agressivas, têm baixa auto-estima, déficit de atenção, hiperatividade, dificuldade de relacionamento interpessoal, comportamento abusivo (serão também abusadores), baixo rendimento escolar, delinqüência, gravidez precoce, uso de drogas, capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem inferiores<sup>(44)</sup>.

Estas crianças e adolescentes apresentam graves conseqüências físicas, como dor, sofrimento ou estresse associados ao abuso crônico, pois vivem em constante estado de alerta para maus-tratos<sup>(45)</sup>.

Do ponto de vista social, custos diretos incluem gastos com sistema de investigação, judicial, cumprimento de penas e com o sistema de saúde. Custos indiretos incluem atividades criminais, doenças mentais, uso de drogas, violência doméstica, serviços de educação especial, desemprego e aumento na freqüência de utilização do sistema de saúde<sup>(46)</sup>.

A violência contra a criança e o adolescente não ocorre apenas em países em desenvolvimento e é tão freqüente que às vezes chega a ser banalizada. A história mostra que a violência a que a criança é submetida, sob forma de espancamentos, abandono, escravidão, mutilações e infanticídios, ocorre de longa data e se perpetua nos dias atuais. A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema, como atestam os dados epidemiológicos.

## EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a dezenove anos e a segunda no período de um a quatro anos<sup>(17)</sup>. Em 1996, foi o fator responsável por 22,6% de todas as mortes de crianças de um a quatro anos, por 48,2% das mortes na faixa etária de cinco a nove anos, por 56,3% na faixa de 10 a 14 anos e por 72,2% no grupo de 15 a 19 anos. Estes dados indicam que na população brasileira, crianças e adolescentes morrem mais por conflitos sociais e violência do que por doenças<sup>(47)</sup>. Este dado indica uma mudança no perfil de morbimortalidade no país, comparado com o perfil da mortalidade geral em 1960, quando a morte por causas violentas ocupava o 4º lugar, passando para o segundo lugar

nos anos 80 e 90<sup>(48)</sup>. O Brasil, entretanto, ainda tem carência de estatísticas oficiais sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes <sup>(49)</sup>.

Uma análise da violência nos Estados Unidos, segundo o Serviço de Proteção à Criança daquele país, indica que, em 1986, 22,6/1000 crianças sofreram abuso ou negligência. Em 1994 este número passou para 16/1000 e em 2001 para 12,4/1000. Os principais tipos de maus-tratos naquele país são negligência (55,0%), abuso físico (19,0%), abuso sexual (10,0%), abuso psicológico (8,0%) e outros (8,0%)<sup>(50)</sup>.

Em 2001 morreram 2000 crianças vítimas de maus-tratos nos Estados Unidos, uma média de cinco a seis crianças por dia. Destas, 85% tinham idade inferior a seis anos, 44% com menos de um ano<sup>(51)</sup>.

Dados de diversos países são coincidentes em relação aos principais tipos de maus-tratos. Por exemplo, a negligência e o abandono na Austrália é 34%, no Canadá 41%, na Inglaterra 39%, no Rio de Janeiro 41% e no Brasil 41%. O abuso físico na Austrália é 28%, no Canadá 25%, na Inglaterra 19%, no Rio de Janeiro 27% e no Brasil 38%. O abuso sexual na Austrália é 10%, no Canadá 9%, na Inglaterra 10%, no Rio de Janeiro 15% e no Brasil 9,5. O abuso psicológico na Austrália 34%, no Canadá 25%, na Inglaterra 18%, no Rio de Janeiro 17%, e no Brasil 15,5%<sup>(52-54)</sup>.

Além de reconhecer a importância do problema e descrevê-lo, identificar casos de maus-tratos é fundamental para que formas adequadas de manejo e estratégias de prevenção possam ser delineadas.

#### MANEJO DOS CASOS OU SUSPEITAS DE MAUS-TRATOS

Os casos de maus-tratos com evidências de lesões físicas são, na maioria das vezes, diagnosticados e atendidos por profissionais da saúde para que haja reparo do dano ocorrido. Quando não há visibilidade do dano, o profissional deve estar atento e suspeitar de maus-tratos sempre que não encontrar explicação para as lesões. A suspeita e denúncia são importantíssimas estratégias de manejo, no sentido de afastar a criança ou adolescente do agressor.

A suspeita ou confirmação de abusos ou maus-tratos ainda é um desafio para os profissionais da saúde, principalmente por falta de informações técnicas e científicas. Poucos têm a questão da violência abordada durante a graduação e existe a necessidade urgente de incluir o tema nos currículos e de capacitar os profissionais já graduados <sup>(16)</sup>.

Em 1995, Marmo e colaboradores<sup>(19)</sup> entrevistaram 45 pediatras da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, que trabalhavam em diferentes setores (enfermaria, Pronto Socorro, ambulatórios, Centros de Saúde, cargos administrativos, Hospital Municipal e Centro de Saúde Escola de Paulínia, Ambulatório de Pronto Atendimento), a maioria atuando em mais de um setor. Dos entrevistados, 86,7% já haviam atendido maus-tratos. Entre estes pediatras, o aspecto terapêutico dos maus-tratos era o mais importante (44,4%) e a maior dificuldade, o diagnóstico diferencial (46%). Estes dados indicam que, apesar de já terem tido contato com maus-tratos, muito poderia ser acrescentado com a elaboração de um manual de orientação e detecção do problema para os profissionais que atuam na área.

Em 2004, Chaim e colaboradores<sup>(55)</sup> pesquisaram 127 dentistas de cinco municípios do interior de São Paulo com o objetivo de identificar se estes haviam sido treinados para diagnosticar maus-tratos contra crianças e adolescentes durante o período de graduação. Estes trabalhavam em clínicas particulares, serviços de saúde pública, ambulatórios de faculdades de odontologia e em

hospitais. Apenas 14,17% tinham tido informações sobre maus-tratos durante a graduação para identificar e diagnosticá-los em crianças e adolescentes. Um número significativo destes (83,46%) não sabia da obrigatoriedade de notificar casos suspeitos, nem das implicações legais por não cumprir essa obrigação. A conclusão foi que há necessidade de incluir, nos currículos dos cursos de odontologia, treinamento para diagnóstico e manejo de maus-tratos.

Além dos cursos de graduação, serviços públicos de saúde que empregam profissionais da área, devem treiná-los para a identificação e manejo adequado dos casos e suspeitas de maus-tratos.

A Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) de São José do Rio Preto elaborou, em 2001, uma normatização de todo processo de notificação. Estabeleceu uma parceria com o Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI), para que os profissionais de saúde de toda a rede pública e de hospitais que atendem SUS, fossem sensibilizados e capacitados para notificar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos atendidos nas Unidades Básicas Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

A capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde das UBS e USF iniciaram-se em março de 2002, quando foi implantada a Ficha de Notificação de Casos de Suspeita ou Confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes no Município de São José do Rio Preto. Uma análise das notificações realizadas neste período forneceu importantes dados para aprimorar o atendimento na área <sup>(56)</sup>.

#### CONCLUSÕES

Os dados atualmente disponíveis no Brasil e exterior indicam que a violência contra crianças e adolescentes é um importante problema de saúde. Assim, profissionais que atuam na área devem estar preparados para identificar e atuar adequadamente sobre casos onde há suspeita de maus-tratos. A identificação e ação efetiva destes profissionais é um dos fatores que pode contribuir de forma significativa para a redução do problema. Entretanto, para que isso possa ocorrer, estes profissionais necessitam conhecimentos básicos para reconhecer e diagnosticar maus-tratos, conhecimentos sobre aspectos legais como a obrigatoriedade da notificação, sobre políticas públicas de saúde adotadas no país e municípios, dados epidemiológicos, fatores de risco e conseqüências do problema.

#### Referências bibliográficas

1. Santoro MJ. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr Mod* 2002;6(38):279-83.
2. Aries P, DUBY G. História da vida privada do império romano ao ano mil. São Paulo: Cia das Letras; 1992. p.19-224.
3. Assis SG. O percurso da violência na sociedade ocidental: infância e saúde. *Horizontes* 1999;17:11-77.
4. Fernandez ED. El maltrato infantil en la historia de la humanidad. In: \_\_\_\_\_, editor. De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. 1ª ed. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen; 2002. p.16-69.
5. Lopes MVG, TAVARES PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod* 2000;36(10):684-8.
6. Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. p.77-88.
7. Leme PLS. A roda e os expostos da Santa Casa de São Paulo. *Ser Médico* 2002;19:40-4.
8. Barry F, COLLINS P. Difusion e historia del abuso y el descuido del niño. In: Garbarino J, Eckenrode J, editores. Por qué las familias abusan de sus hijos. 1ª ed. Espanha: Granica; 1999. p.45-83.

9. Minayo MCS. Violência contra criança e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2001;1(2):91-102.
10. Dirani M, Fonseca N, Dirani CC. Maus tratos na infância: análise de 122 casos. *Rev Méd St Casa* 1989;1(1):84-8.
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília(DF): Senado Federal; 1988.
12. Brasil. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990 jul. 16.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica para Acidentes e Violência. Documento básico. Preparado pelo Comitê Técnico Científico para o Grupo de Trabalho Acidentes e Violência e Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência. Brasília(DF); 1998.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Trata da responsabilidade do Gestor Municipal na redução da morbimortalidade. *Diário Oficial da União*; 2001 maio 18.
15. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr (Rio de J)* 2001;77(1):35-40.
16. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):315-9.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2001.
18. Lara MCA. Violência e vitimização da criança. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. *Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à Saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000.
19. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I) *J Pediatr (Rio de J)* 1995;71:313-6.
20. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002 Jun;26(6-7):679-95.
21. Slack KS, Holl JL, McDaniel M, Yoo J, Bolger K. Understanding the risks of child neglect: an exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreat* 2004Nov;9(4):395-408.
22. Lezin N, Long K. Monitoring child neglect. Summary the discussions at a meeting by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Prevent Child Abuse América (PCAA) March 2002. [cited 2004 Jul 30]. Disponível em: [http://www.preventchildabuse.org/learn\\_more/research\\_docs/monitoring\\_child\\_neglect.pdf](http://www.preventchildabuse.org/learn_more/research_docs/monitoring_child_neglect.pdf).
23. Hlady J. Child neglect: evaluation and management. *B C Med J* 2004;46(2): 77-81.
24. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002Jun;26(6-7):697-714.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002. [Série A Normas e Manuais Técnicos; 167].
26. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* 2000 May;61(10):3057-64.
27. Backes DL. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática de enfermagem. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999. [citado 2003 mar 29]. Disponível em: <http://www.pericias-forenses.com.br/indic.htm>
28. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RMC, Waksman RD, et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatr Mod* 2003; 39(9):354-63.
29. França Jr I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. *Interface Comun Saúde Educ* 2003 fev.;7(12):23-38.
30. Seabra AS, Nascimento HM. Abuso sexual na infância. *Arq Bras Pediatr* 1997; 4(3):372-82.
31. Jones DP. Is sexual abuse perpetrated by a brother different from that committed by a parent? [editorial]. *Child Abuse Negl* 2002 Sep;26(9):955-6.
32. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio de J)* 2001;77(5):413-9.
33. World Health Organization. *Child Abuse & Neglect*. [citado 2003 nov 09]. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/neglect/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html)
34. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999 Mar;59(6):1577-85, 1591-2.
35. Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-base study. *Child Abuse Negl* 2004 Dec;28(12):1253-64.
36. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreat* 2000 Aug;5(3):218-26.
37. Comité de Família y Salud Mental. Maltrato físico: um problema de salud que nos involucra. *Arch Argent Pediatr* 2003;101:64-72.
38. Trocme N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ* 2003 Oct;169(9):911-5.
39. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1999 Aug;104(2 Pt 1):348-50.
40. Berkowitz CD, Bross DC, Chadwick DL, Whitworth JM. Diagnóstico e tratamento do abuso sexual em crianças, segundo a Associação Médica Americana. *Suplemento JAMA Clinica Pediátrica* 1993;2(3):224-32.
41. Reato LFN, Stanzani F, Cchedid HM, Kassai MS, Medvaño RCP, Derrico R. et al. Abuso sexual de menores. *Sinop Pediatr* 1998;1:4-8.
42. Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ. The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into an old problem, 2002. [cited 2004 dez 5]. Available from: <http://www.Childtrends.org/files/ChildAbuseRB.pdf>
43. Caldwell RA. The cost of child abuse vs the cost of prevention: Michigan's experience. 1992. [cited 2004 ago 20]. Available from: <http://www.msu.edu/user/bob/cost.html>
44. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal study. *Child Abuse Negl* 1996 Aug.;20(8):709-23.
45. Perry BD. Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain Mind* 2002;3:79-100.
46. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence. *Prevent Child Abuse America*; 2001. [cited 2004 Nov 5]. Available from: [http://www.preventchildabuse.org/learn\\_more/research\\_docs/cost\\_analysis.pdf](http://www.preventchildabuse.org/learn_more/research_docs/cost_analysis.pdf)
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Crianças e adolescentes. *Indicadores Sociais do Rio de Janeiro*. IBGE 1997:6.
48. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999;4(1):7-32.
49. Azevedo MA. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes. A ponta do iceberg. *Brasil 1996 a 2005*. São Paulo: LACRI, Universidade de São Paulo Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia da Aprendizagem do Desenvolvimento e da Personalidade; 2003. [citado 2004 jul 25]. Disponível em: <http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm>
50. American Association for Protecting Children (AAPC). *Highlights of Official Child Neglect and Abuse Reporting, 1986*. Denver: American Humane Association; 1988.
51. Bonner BL. Child abuse and neglect: an overview. Center on Child Abuse and Neglect. University of Oklahoma Health Sciences Center. [cited 2003 Nov. 11]. [www.ispcan.org/documents/2003%20Overview%20of%20Can%20with%20stats.ppt](http://www.ispcan.org/documents/2003%20Overview%20of%20Can%20with%20stats.ppt)
52. Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. *NSPCC Information Briefings*. Abril 2004. [cited 2004 Jul. 4]. Available from: [www.nspcc.org.uk/Inform/OnlineResources?InformationBriefings/PrevalenceAnd](http://www.nspcc.org.uk/Inform/OnlineResources?InformationBriefings/PrevalenceAnd)

IncidenceOfChildAbuse\_asp\_ifega26028html

53. Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência/APAV do Estado do Rio de Janeiro. [www.saude.rj.gov.br/apav/DadosMT até 2002.pdf](http://www.saude.rj.gov.br/apav/DadosMT%20at%C3%A9%202002.pdf)

54. Laboratório de Estudos da Criança (LACRI). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. A ponta do iceberg 2004- [www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm](http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm)

55. Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis. Avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. Rev Assoc Paul Cir Dent 2004;58(1):42-6.

56. Pires ALD. Avaliação das notificações compulsórias de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do

Rio Preto [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; 2005.

---

**Correspondência:**

Ana Lúcia Donda Pires

Rua Francisco Inácio de Carvalho, 259

15014-090 - São José do Rio Preto - SP

Tel.: (17)3232-3863

e-mail: [fpires@terra.com.br](mailto:fpires@terra.com.br)

---