

MAUS-TRATOS E EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA PRECOSES

**Susan MK Tan, Norazlin Kamal Nor, Loh Sit Fong,
Suzaily Wahab, Sheila Marimuthu & Chan Lai Fong**

Edição em Português
Tradutores: Mafalda Azevedo, José Oliveira
Editor: Flávio Dias Silva



Crianças
a brincar à
“Ponte de
Londres”,
by William H.
Johnson

Susan MK Tan MD (UKM),
DCH (London), MMed
Psych (UKM), Adv.M.Ch.
Ado.Psych (UKM), AM

Child & Adolescent Psychiatrist,
Department of Psychiatry,
Universiti Kebangsaan
Malaysia Medical Center, Kuala
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Norazlin Kamal Nor
MRCPCH(Lon), MBBS(Lon),
BSc(Lon)

Paediatrician, Department
of Paediatrics, Universiti
Kebangsaan Malaysia Medical
Center, Kuala Lumpur,
Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Loh Sit Fong B Econ(Kobe),
M Clin Psych (UKM)

Psychologist, Department
of Psychiatry, Universiti
Kebangsaan Malaysia Medical
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Esta publicação destina-se a profissionais ou formandos na área da Saúde Mental e não a um público geral. As opiniões expressas são as dos autores e não representam necessariamente a opinião do editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados na evidência científica disponível no momento da sua redação, segundo os autores, podendo sofrer alterações com o avançar da investigação. Os leitores devem aplicar este conteúdo na prática clínica respeitando as diretrizes e a legislação do país onde exercem. Determinados medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar a informação específica do fármaco uma vez que nem todas as dosagens e efeitos secundários são mencionados. Organizações, publicações e páginas da Internet são devidamente citadas ou a sua hiperligação disponibilizada para efeitos ilustrativos ou como fonte de informação complementar. O mesmo não significa que os autores, o editor ou a IACAPAP endossem o seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. As páginas da Internet são suscetíveis de sofrerem alterações ou deixarem de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso livre ao abrigo da [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). O uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são autorizados sem permissão prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o seu uso se destine a fins não comerciais. Envie comentários acerca deste livro ou capítulo para jmreyATbigpond.net.au.

Citação sugerida: Tan Susan MK, Kamal Nor N, Loh SF, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. Maus-tratos e exposição à violência precoces. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (edição em Português; Dias Silva F, ed.). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

As crianças precisam de um ambiente seguro a que possam chamar lar. Além de fornecer abrigo, um lar tem de ser um lugar de segurança física e emocional, onde as crianças podem encontrar conforto, proteção e segurança. Assim, o desenvolvimento ótimo depende da interação entre influências ambientais positivas e o genótipo inerente, um fenómeno que se inicia mesmo antes do nascimento (Shonkoff et al, 2000). Experiências negativas em idade precoce têm vindo a ser associadas com consequências a longo prazo para as crianças, incluindo alterações da estrutura cerebral (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). Estes fatores de stress não são necessariamente apenas físicos como os ferimentos ou as infeções; os de origem psicológica ou emocional são igualmente “tóxicos” para um crescimento saudável, especialmente se não existirem figuras de vinculação adultas apoiantes para ajudar a criança a aliviar o stress. Quando o ambiente imediato em que a criança vive - o seu lar - se torna uma “zona de guerra” com agressão física e verbal, o sofrimento da criança não se limita apenas ao momento em que ocorre mas tem repercussões para o resto da sua vida. A investigação mostrou que a exposição à violência no agregado familiar tem um impacto a longo prazo (US Department of Health and Human Services, 2003). Neste capítulo o termo “criança” diz respeito a indivíduos com menos de 18 anos de idade, “ele” é usado para descrever tanto rapazes como raparigas e “pai” diz respeito aos pais, cuidadores, e outros indivíduos que exerçam função de guarda legal ou outras responsabilidades parentais.

NOTA HISTÓRICA

Foi o Dr. Henry Kempe quem criou a terminologia e conceitos que são hoje universalmente reconhecidos. A “síndrome do bebé sacudido” foi identificada em 1972 pelo pediatra e radiologista americano John Caffey (American Academy of Pediatrics, 2001). No entanto, foi apenas na década de 70 que o abuso sexual começou a ser reconhecido, o mesmo sucedendo para o abuso emocional nas décadas de 80 e 90.

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

A definição (ver Tabela B.1.1) de maus-tratos na infância varia nos diferentes continentes e culturas mas o foco é similar nos principais elementos, que são

- *Maltratar* (i.e., o oposto de cuidar)
- *O potencial para causar danos à criança*, incluindo tanto as ameaças de agressão como a negligência (falha em colmatar as necessidades básicas necessárias para um desenvolvimento normal).

Em 1873 os animais tinham direitos mas as crianças não

In 1873, Etta Wheeler, uma trabalhadora da igreja, a quem tinha sido pedido que visitasse uma família, encontrou uma menina de 9 anos de idade, Mary-Ellen, presa à sua cama, espancada, desnutrida e com cicatrizes. Etta Wheeler ficou tão chocada com o que viu que se dirigiu às autoridades para relatar este abuso infantil atroz.

As autoridades ignoraram-na. Etta Wheeler não se resignou e pediu ajuda à Sociedade Americana para a Prevenção da Crueldade contra os Animais (ASPCA). Ela ficou consternada com o fato de que os animais eram protegidos mas as crianças não. Etta Wheeler fez apelo à ASPCA argumentando que as crianças também eram membros do reino animal e que por esse motivo também deveriam ser protegidas. Com base nestes pressupostos a ASPCA finalmente interveio. Mary-Ellen foi retirada do ambiente abusivo e cresceu ao cuidado de outros. Casou, teve duas filhas e viveu até aos 92 anos.

Suzaily Wahab MD(UKM),
MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department
of Psychiatry, Universiti
Kebangsaan Malaysia Medical
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Sheila Marimuthu
MBBS(Cal), MMed
Paeds(Malaya)

Paediatrician, Department of
Paediatrics, Hospital Kuala
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Chan Lai Fong MD(UKM),
MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department
of Psychiatry, Universiti
Kebangsaan Malaysia Medical
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Acknowledgements: Our thanks
to Ms Madeleine Yong and Ms
Lois Engelbrech, Founding
Directors of Protect and Save
the Children (PS the Children)
Malaysia for their contribution.
Also to Dr Irene Cheah for
reviewing the draft, Ms Siti
Haidah Mohd Ijam and Ms
Siti Suraya Mansor for their
secretarial help

Tabela B.1.1 Os vários tipos de abuso infantil*

| | |
|---|---|
| Abuso físico | Dano físico ou injúria |
| Negligência/ tratamento negligente | Falência em providenciar as necessidades básicas da criança e o seu desenvolvimento em todas as esferas. |
| Abuso emocional | Falência em providenciar um ambiente emocional apoiante e apropriado à fase de desenvolvimento, com prejuízo do desenvolvimento emocional da criança ou da sua auto-estima. |
| Abuso sexual | <p>O envolvimento de uma criança em atividades sexuais que esta (pela idade ou fase de desenvolvimento em que se encontra):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não compreende na totalidade • Não tem capacidade de fornecer consentimento informado • Não está preparada do ponto de vista do desenvolvimento. <p>O abuso sexual pode ser por adultos ou crianças numa posição de responsabilidade, que tenham obtido a confiança da criança ou com poder sobre a vítima.</p> |
| Exploração | O uso da criança para trabalho ou outras atividades, em benefício de outros, para ganho financeiro, p.ex., trabalho infantil |

*Organização Mundial da Saúde e Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Criança (2006).

- Envolve geralmente os pais ou indivíduos no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (inclui professores, líderes religiosos, etc.)
- *Exposição (testemunho) a violência*, especialmente entre pais.

A diversidade de definições legais, práticas e leis significa uma variedade de modelos por onde escolher para desenvolver um contexto legal e uma prática adequados ao país de cada um. Assim, é possível selecionar um modelo que se considere mais apropriado para uma determinada sociedade. As organizações internacionais, que se estendem a vários países e culturas, adotam geralmente as definições e normas de orientação legais do país mais apropriado para a sua prática. A [Organização Mundial de Saúde \(OMS\)](#) distingue vários tipos de maus-tratos à criança: abuso físico; abuso sexual; negligência e tratamento negligente; abuso emocional; e exploração.

Valores culturais, prestação de cuidados básicos numa comunidade e pobreza são considerações importantes na determinação da existência de maus-tratos e na abordagem aos mesmos. Aquilo que é considerado uma medida disciplinatória *razoável* é passível de variar com o tempo e entre sociedades. Por exemplo, medidas de castigo corporal, antes consideradas apropriadas – “*spare the rod, spoil the child*” (“quem poupa a vara, estraga a criança”) – são agora maioritariamente vistas como duras ou inapropriadas (Creighton, 2004). Embora as abordagens não violentas sejam o método de disciplina mais frequentemente reportado (Runyan et al, 2010), as práticas disciplinatórias violentas ainda ocorrem globalmente (UNICEF, 2010). Um nível académico mais elevado dos cuidadores primários está associado a níveis inferiores de medidas de disciplina violentas. Trabalhos de investigação na Suécia mostraram que legislação proibitiva de castigos corporais, se usada em conjunto com promoção pública de métodos alterativos não-violentos,

O “pai” do abuso infantil

De forma coincidente, o advento da radiologia, elevou o diagnóstico de abuso infantil a outro nível. O Dr. Henry Kempe, um pediatra americano, utilizou radiografias para provar a existência de lesões não-acidentais num grande número de crianças por si observadas.

As alterações radiográficas de fraturas antigas e alterações anormais do esqueleto levaram à identificação e reconhecimento oficial de abuso físico e negligência infantil pela comunidade médica, através do seu trabalho seminal, “The Battered Child Syndrome” (“A Síndrome da Criança Maltratada”) que trouxe a problemática do abuso infantil para o foro da medicina moderna nos anos 60.

Direitos da Criança (ver também Capítulo J.7)

A Convenção dos Direitos da Criança estabelece que todas as crianças são abrangidas pelos direitos humanos básicos, que incluem o direito a:

- Sobrevivência
- Desenvolvimento ao seu potencial máximo
- Proteção contra influências negativas, abuso e exploração
- Participar inteiramente na vida familiar, cultural e social.

poderá reduzir o uso de medidas violentas de disciplina (Ziegert, 1983).

Como saber se uma criança sofre de maus-tratos? Se os princípios universais dos direitos da criança forem violados ou se a criança estiver em risco, a qualquer altura, de sofrer consequências negativas de uma determinada ação ou ausência desta, os alarmes deverão soar. No entanto, foi apenas com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989) que foram disponibilizados instrumentos legais para a promoção e proteção dos direitos da criança (ver Capítulo J.7). Em 1873 os animais tinham direitos mas as crianças não. Mary-Allen, a criança de 9 anos da vinheta apresentada não sofreu em vão. Como a primeira vítima de abuso infantil reconhecida na América do Norte, o seu caso levou à fundação, em 1874, da Sociedade para a Prevenção de Crueldade na Criança (Finkelhor, 1984).



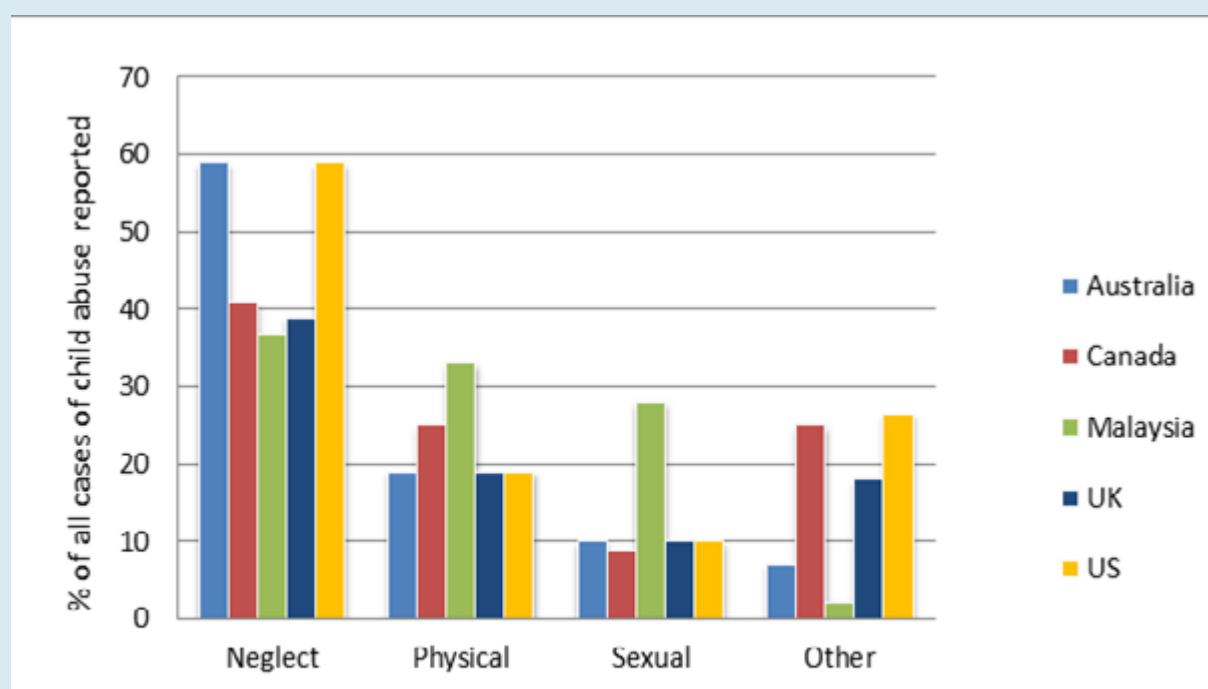
Em 1873 os animais tinham direitos mas as crianças não. Em 1989, as crianças também tinham direitos! (CRC, 1989)

EPIDEMIOLOGIA

Existe, globalmente, uma escassez de estimativas fiáveis da prevalência de maus-tratos na criança, especialmente nos países de baixo e médio rendimento. A maioria dos estudos de prevalência e incidência foram conduzidos em países ocidentais (Figure B.1.1). As estimativas variam extensamente dependendo do país e do método utilizado; Assim, comparações entre países devem ser interpretadas com cautela. O aumento da sensibilização para a questão entre profissionais e do público em geral, tem resultado no aumento de denúncias de abuso.

Estima-se que aproximadamente 40 milhões de crianças por ano sofram de abuso, globalmente (WHO, 2001). Entre 25% and 50% de todas as crianças

Figura B.1.1 Taxa* de crianças vítimas de maus-tratos em vários países, por tipo.



*As estimativas variam sobremaneira de acordo com o país e o método usado; comparações entre países devem ser interpretadas com prudência. Fontes: Instituto Australiano da Saúde e Bem-estar (AIHW, 2004); Canadá (Trocmé & Wolfe, 2001) em Creighton, 2004; Reino Unido: Departamento da Educação (DES 2004); EUA: Departamento da Saúde e Serviços Humanos (US DHHS, 2003).

reportam ter sido abusadas fisicamente. Muitas são vítimas de abuso emocional ou negligência, e o que é denunciado poderá ser apenas a ponta do icebergue. Existe potencialmente uma grande quantidade de maus-tratos por detetar, que poderão não ter sido reconhecidos como sendo devidos a abuso. Por exemplo, existem aproximadamente 31000 mortes por homicídio/ano de indivíduos com idade inferior a 15 anos. Muitas crianças classificadas como “mortes acidentais” – quedas, queimaduras, afogamentos – poderão ter morrido devido a maus-tratos.

Tabela B.1.2 Características dos fatores de risco de abuso*

| | Fatores de risco | Características dos fatores de risco | Apresentações comuns |
|------------------|---|---|--|
| Criança | <ul style="list-style-type: none"> Idade jovem Vulnerabilidades constitucionais (e.g., paralesia cerebral, atraso mental, prematuridade, etc) “Temperamento difícil” Doença crónica Género – nas crianças em idade escolar, o género feminino apresenta maior risco de abuso sexual e o masculino de abuso físico | <ul style="list-style-type: none"> Estado de dependência e vulnerabilidade Problemas de vinculação | <ul style="list-style-type: none"> Fraturas “Síndrome do bebé sacudido” (especialmente em menores de 3 anos) Contusões Hemorragia interna Engasgamento Sufocamento |
| Família | <ul style="list-style-type: none"> Nível socioeconómico baixo (pobreza, alojamento instável, educação reduzida, desemprego, pai/mãe solteiro(a), idade parental jovem) História criminal Abuso de substâncias Doença física crónica e deficiências Fatores psicossociais (problemas de saúde mental, fracos mecanismos de “coping”; falta de suporte do companheiro, família, comunidade; ausência de harmonia conjugal; violência doméstica) Pais vítimas de abuso Violência na família | <ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos e educação Encargo aumentado dos cuidadores Falta de supervisão parental Mecanismos de “coping” e capacidades parentais pouco eficazes | <ul style="list-style-type: none"> Desnutrição Cuidados de saúde inadequados Abuso emocional Castigos corporais violentos Ausência de supervisão Exposição a materiais pornográficos |
| Sociedade | <ul style="list-style-type: none"> Taxa de desemprego elevada Isolamento social Sócio-cultural Aspetos legais Desastres: naturais ou provocados pelo Homem | <ul style="list-style-type: none"> Práticas culturais que permitem certos tipos de abuso Políticas, ou ausência das mesmas, que levam a exploração infantil Falta medidas executivas | <ul style="list-style-type: none"> Abuso físico e sexual sancionado (p.e., mutilação genital) Crianças-soldado Violações de guerra Prostituição |

*Fontes: Herrenkohl et al (2008); Mersky et al (2009); Stith et al (2009); Whitaker et al (2008).

Mais:

A Organização Internacional do Trabalho reporta que existem 250 milhões de casos de trabalho infantil em países em desenvolvimento, com idades entre os 5 e 14 anos. Quinze milhões de crianças na Índia são trabalhadores forçados, a trabalhar para pagar dívidas de família (Human Rights Watch, 2001).

- Aproximadamente um milhão de crianças em todo o mundo são introduzidas à exploração de comércio sexual (Casa Alianza, 2001)
- Em cenários de conflito armado e refugiados, as meninas são particularmente vulneráveis a violência sexual, exploração e abuso por parte de combatentes, forças de segurança, membros da comunidade, prestadores de cuidados e outros (OMS, 2010)

FATORES DE RISCO

A tabela B.1.2 mostra que há certas características da criança, dos pais e da família que aumentam a probabilidade de a criança sofrer de abuso ou negligência. A identificação precoce das necessidades não atingidas e posterior intervenção, sensível e atempada, poderá evitar que a situação em questão se torne mais séria, e que muitas crianças sofram de abuso. Um estado de saúde materno debilitado ou um estado nutricional comprometido (por exemplo, mães adolescentes com uma gravidez não desejada a viver em condições de pobreza) podem resultar numa nutrição inadequada e em distúrbios preveníveis, como deficiência de folato (aumentando o risco de *espinha bifida*), rubéola, exposição a substâncias tóxicas ambientais, como mercúrio, chumbo e inseticidas organofosforados, e drogas, tanto legais como ilegais.

CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS-TRATOS

Para crianças sobreviventes de maus-tratos, o sofrimento não acontece apenas em determinado momento; o impacto negativo, sem uma intervenção adequada, persiste décadas até à idade adulta. Os problemas de saúde mental e física ocorrem tanto durante a infância como depois. Certos tipos de abuso podem causar lesões a longo-termo, por exemplo quando o cérebro é diretamente afetado no síndrome do bebé sacudido. *Crianças maltratadas com fraturas ósseas poderão ter risco aumentado de cancro* (Fuller-Thompson et al, 2009).

Para além dos problemas sociais, as crianças sobreviventes de abuso ou negligência têm maior probabilidade de ter dificuldades cognitivas com impacto na aprendizagem, desenvolvimento da linguagem e no sucesso escolar. Têm maior probabilidade de desenvolver comportamento antissocial, com subsequente delinquência, e gravidez adolescente (Johnson et al, 2006). É mais provável que venham a ser fumadores, consumam álcool ou drogas ilícitas (Dube et al, 2001); até dois terços dos indivíduos em programas de tratamento de droga reportam terem sido vítimas de abuso na infância (Swan, 1998).

Os maus-tratos infantis estão fortemente associados a consequências negativas a nível de saúde física e mental na idade adulta. Enquanto jovens adultos, as vítimas têm risco aumentado de depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, obesidade e tentativas de suicídio (Silverman et al, 1996), maior probabilidade de sintomas físicos (medicamente explicáveis ou não) e de participarem em comportamentos de risco para a saúde como fumar, comportamentos sexuais de

Fatores parentais associados a abuso infantil

- Desemprego
- Pobreza
- Conflito familiar e marital
- Violência doméstica,
- Abuso de álcool ou drogas,
- Problemas legais
- Envolvimento prévio com os serviços de proteção de crianças
- Exposição parental a abuso físico ou violência familiar durante a infância.

risco e abuso de álcool e drogas. Quanto maior a severidade dos maus-tratos, maior a associação com efeitos negativos na idade adulta.

A crença de que as crianças são demasiado jovens para serem afetadas por stressores foi refutada pela ciência. A exposição ao stress durante períodos críticos do desenvolvimento pode ter efeitos a longo-termo no cérebro em desenvolvimento, resultando em alterações estruturais (“National Scientific Council on the Developing Child, 2010”). Experiências adversas em idade infantil precoce, como negligência do cuidado materno, mostraram ter um impacto negativo no cérebro em desenvolvimento. A exposição a álcool ou drogas durante a gravidez pode levar a alterações neuro-comportamentais e neuro-hormonais do feto, que poderão ter efeitos adversos a longo-termo na memória, aprendizagem e comportamento (ver Capítulo G.1).

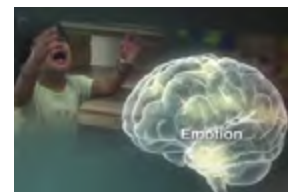
Mecanismos

Os maus-tratos causam stress. As respostas ao stress incluem ativação de sistemas hormonais e neuroquímicos, do sistema adrenomedular simpático, produzindo adrenalina, e do sistema hipotálamo-pituitária-adrenocortical, produtor de cortisol. A ativação sustentada ou frequente destes sistemas hormonais pode ter consequências sérias no desenvolvimento. Por exemplo, quando as crianças são sujeitas a stress prolongado ou severo, os seus níveis de cortisol permanecem elevados por longos períodos. Este stress tóxico pode ativar ou desativar genes específicos (Gunnar et al, 2006). A relação que a criança tem com os seus cuidadores representa um papel crítico na regulação de respostas hormonais ao stress. Por exemplo, crianças que têm relações de vinculação seguras têm respostas hormonais ao stress mais controladas, quando tristes ou assustadas; o contrário acontece em crianças com relações de vinculação inseguras ou desorganizadas (Loman et al, 2010).

AVALIAÇÃO

A conclusão de que houve ocorrência de maus-tratos infantis tem implicações importantes para a criança e para a sua família (p.ex., a criança pode ser removida da família ou podem haver detenções). Enquanto nalguns casos é clara a ocorrência de abuso infantil (p.ex., se a criança apresenta evidência de dano físico ou de ser prostituída na presença de testemunhas), tal não é evidente na maioria dos casos, sendo geralmente difícil verificar a existência de maus-tratos. Isto porque, dependendo da fase de desenvolvimento cognitivo, as crianças são frequentemente incapazes de recordar eventos, são sugestionáveis e experienciam emoções conflituosas. Por exemplo, demonstrou-se que até um terço das crianças de 3 anos não identifica corretamente o próprio pai num grupo de fotos – levantando dúvidas em relação à sua capacidade de identificar um potencial agressor (Lewis et al, 1995).

É necessário distinguir entre a avaliação mental de crianças suspeitas de vítimas de maus-tratos (p.ex., em que foi fornecida informação relevante ou quando há suspeita clínica de maus-tratos) e a entrevista forense – para recolher fatos que sustentem uma ação legal. Idealmente, uma vez formada a opinião clínica de que ocorreram maus-tratos, tal deverá ser reportado às autoridades responsáveis de acordo com a lei local; nestas circunstâncias, não é o papel do clínico investigar se houve, de facto, maus-tratos. Os terapeutas nunca deverão ser os examinadores



Clique na figura para ver um vídeo descrevendo como o stress tóxico afeta o desenvolvimento saudável (1:52)

Comportamentos sugestivos de abuso infantil

- Atraso inexplicável na procura de ajuda médica, especialmente no contexto de fratura ou queimadura grave.
- Explicação dada pela criança ou pelo guardião pouco consistente com a lesão.
- Discrepância de explicações entre membros da família e outros cuidadores.
- História de injeção de veneno, álcool ou drogas, tentativas de suicídio ou fugas de casa.
- Resposta inapropriada do cuidador às lesões da criança, como minimizar sintomas ou negar o sofrimento da criança.
- Lesões repetidas, frequentemente com recurso a diferentes médicos e serviços de saúde.

forenses nesses casos específicos; Não separar os dois papéis (investigação e tratamento) pode gerar problemas e dificultar processos legais, uma vez que os terapeutas não seriam objetivos, sendo passíveis de ser acusados de contaminar a memória da criança ou induzir falsas recordações. A avaliação clínica – terapêutica – difere pouco da avaliação clínica de outras crianças (ver Capítulo A.5) e não será abordada aqui. Esta seção foca-se na avaliação forense (no entanto, em sociedades em que não há o privilégio de existir um número adequado de especialistas, a avaliação forense tem de estar completa antes de se iniciar uma intervenção pelo mesmo técnico, pelas razões acima descritas).

A idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo têm de ser tidos em conta e devem influenciar a forma como a entrevista é conduzida e o tipo de informação que pode ser obtida:

- *Crianças de 1 a 3 anos* têm dificuldade na identificação temporal e espacial e provavelmente não serão capazes de dizer quando, onde ou com que frequência ocorreu algo.
- *Crianças dos 3 aos 5 anos* não têm pensamento abstrato, poderão distrair-se facilmente durante a entrevista ou tornar-se inquietos. Poderão ser capazes de datar factos em relação a eventos, como antes ou depois de aniversários, hora de dormir, etc. Pedir que desenhem ou demonstrem um acontecimento poderá ser mais fácil que comunicação verbal.
- *Crianças dos 6 aos 9 anos*, embora apresentem pensamento concreto, são progressivamente mais capazes de perceber conceitos, orientar-se no espaço e no tempo e desenhar imagens simples de divisões. Podem enganar de forma mais convincente e são têm maior capacidade de guardar segredos. Geralmente sentem-se em conflito, confusos, culpados e embaraçados, e poderão ter receio de ser castigados. Podem assumir uma postura tentativa e relutante nas suas declarações e afastar-se do entrevistador, se o perceberem como pouco apoiante. O recurso a bonecos, desenho e encenação poderá ser útil.
- *Pré-adolescentes* (entre 10-13 anos) sentem-se normalmente mais confortáveis com um entrevistador do mesmo género; podem sentir-se desconfortáveis e inseguros com o seu corpo e com a discussão de questões sexuais. Compreendem geralmente que o que lhes aconteceu é errado, mas é provável que se sintam responsáveis pelo abuso; que sintam grande culpa e vergonha, frequentemente levando a estados de negação. Poderão responder melhor a questões breves, orientadas para a clínica, e a uma abordagem de entrevista mais formal. Necessitam de ser assegurados de que não têm culpa do sucedido.
- *Adolescentes* respondem melhor a uma abordagem honesta, aberta e direta, que respeite as suas preocupações e suporte as suas necessidades; É importante evitar posturas que aparentem crítica ou julgamento.

A denúncia de abuso, particularmente abuso sexual, é gradual. A maioria das crianças atravessa várias fases, incluindo negação, denúncia, retratação e reafirmação. Até 70% das crianças vítimas de abuso sexual podem inicialmente negar o mesmo. As crianças mais novas têm maior probabilidade de revelar o abuso acidentalmente, através de afirmações inapropriadas ou brincadeiras sexualizadas. Crianças mais velhas e adolescentes têm maior probabilidade de denunciar o abuso propositadamente, por influência de pares ou por sentimentos de raiva em relação ao abusador.



Clique na figura para ver uma apresentação sobre abuso infantil (aviso: extremamente gráfico) (8:54)

Síndrome do bebé sacudido: um abuso “oculto”

Esta é uma causa prevenível de dano e debilidade neurológica a longo-termo, em crianças previamente saudáveis. Pode ser causado sacudindo vigorosamente uma criança (geralmente menor de 2 anos de idade), frequentemente pelo próprio cuidador, resultando em rotura de vasos sanguíneos intracranianos após impacto contra o crânio. Pode apresentar-se com:

- Sonolência, letargia e “birras”
- Hemorragia subdural ou edema cerebral generalizado
- Hemorragias retinianas
- Fraturas, como fraturas de costelas.

A entrevista deverá ser conduzida por um técnico com experiência na área, num ambiente não ameaçador, adaptado a crianças. Deverão estar presentes o máximo de profissionais que integram a equipa multidisciplinar quanto possível, de forma a reduzir o número de entrevistas ao mínimo necessário. Idealmente, tal deverá ser feito com recurso a vídeo ou a salas separadas por vidro espelhado, de forma a não sobrecarregar a criança.

A história clínica é essencial e inclui a obtenção da história junto da criança, particularmente a história social, corroborada por informação de terceiros. A história familiar e social são importantes para compreender o contexto familiar, condições de habitação/residência e sistemas de suporte. Como já foi sublinhado, certos fatores de risco estão fortemente associados a abuso infantil.

Embora a entrevista forense tenha em vista clarificar *quem, o quê, onde e quando*, tal não significa que uma boa compreensão do contexto familiar e da criança não é importante. As questões deverão ser de resposta aberta, recuando sempre que se entenda que a criança está desconfortável. Guiar a criança através das rotinas familiares, para que a criança as descreva espontaneamente, é muitas vezes útil.

De acordo com Craig (1998), o formato básico deve incluir:

- Uma breve fase de construção de confiança.
- Uma tentativa de determinar o nível de desenvolvimento da criança, capacidades de comunicação e avaliação do entendimento de conceitos como verdade/mentira, real/fantasia.
- Avaliação do conhecimento das partes do corpo e da capacidade de utilização de palavras como “em cima de”, “por baixo”, “à frente”, “atrás”, etc.
- Seguidamente, a parte principal da entrevista (quem, o quê, onde e quando), através de perguntas abertas como “Sabes porque é que estás aqui?” e “A tua mãe diz-me que tens tido um problema com...”
- Evitar julgamentos (p.ex., afirmar que o alegado abusador é má pessoa), corrigir declarações ou fornecer informações à criança sobre atividade sexual.
- Não usar termos que a criança não compreende.
- Não fazer perguntas compostas ou complicadas.
- Evitar questões passíveis de ser respondidas com “sim” ou “não”.
- Uma boa forma de obter informação inclui frases como: “Conta-me mais”; “O que te faz pensar isso?”; “E depois, o que aconteceu?”; “Há mais alguma coisa que me queiras dizer?”

Detalhes que necessitem explicação adicional incluem eventos que precederam o dano ou abuso, quando e quem notou primeiro a injúria, como é que os sintomas da criança se desenvolveram e em que ordem. Certas circunstâncias são fortemente suspeitas de abuso

O exame físico

Um exame físico pediátrico metuculoso é imperativo em todos os casos de suspeita de abuso infantil e vários países têm normas de orientação específicas

Fatores-chave no exame físico de crianças vítimas de abuso

- Aparência geral e conduta
- Higiene, sinais de negligência, distúrbios emocionais
- Edema, equimoses e eritema do escalpe
- Tensão da fontanela
- Achados fundoscópicos de hemorragia vítrea, pré-retiniana e retiniana
- ORL: sangramento, rutura do freio, hematomas ou abrasões nos lábios ou faringe
- Costelas sensíveis à mobilização, contusões pulmonares; lesões esplénicas, hematomas duodenais presentes ao exame torácico e abdominal
- Sensibilidade óssea ou articular ou edema

A Farah, uma menina de 15 anos, foi trazida ao hospital pela polícia por tentativa de defenestração de um 4º andar de um centro comercial após rutura amorosa com o namorado. Admite que se sente triste “há muito, muito tempo” – desde que os pais se divorciaram aos seus sete anos. Dos quatro irmãos, era ela quem sentia mais a falta do pai, que a costumava mimar. Depois do divórcio o pai voltou a casar, teve outros filhos, e deixou de os visitar ou pagar a pensão de alimentos.

As notas da Farah desceram quando esta começou a faltar às aulas, passando de excelente para má aluna. A sua mãe voltou a casar com um homem de negócios há três anos. Ele aparentava ser a figura paterna e de subsistência que todos ansiavam, até que o seu negócio faliu e ele iniciou consumo de drogas, tornando-se progressivamente mais agressivo para toda a família, começando a violar a

Farah e a sua irmã de 10 anos, enquanto a mãe trabalhava, silenciando ambas com ameaças de que mataria a mãe caso o denunciasses. A Farah tentou escapar ao abuso do padrasto permanecendo num centro comercial até serem horas da mãe regressar do trabalho. Neste contexto, travou conhecimento com os rapazes do centro comercial e tornou-se “namorada” de um “gentil” operador de loja de 20 anos de idade porque este ouvia os seus problemas, tendo iniciado relações íntimas com o mesmo há 10 meses; sentia necessidade de o agradar para manter o seu suporte.

Deixou de menstruar há sete meses e adivinhou que estaria grávida porque “sentia algo a mover-se por dentro”, embora a menstruação já fosse irregular há cerca de um ano. Após contar ao namorado, este recusou manter qualquer grau de envolvimento. A Farah deseja agora morrer ou interroper a gravidez.

em relação à sua execução. O exame físico deve ser conduzido num ambiente confortável, adaptado a crianças, onde estas se possam sentir à vontade. Se apropriado e exequível, a presença de uma pessoa conhecida da criança poderá ser útil. A abordagem ao exame não deverá ser ameaçadora, iniciando-se com as medições de rotina habituais num exame objetivo pediátrico, como altura, peso e perímetro cefálico. Enquanto se pesquisam sinais físicos de agressão, poder-se-á, simultaneamente, avaliar as capacidades linguísticas e sociais da criança durante a interação com esta. Achados ao exame físico como hematomas, queimaduras, abrasões ou lesões dérmicas, devem ser criteriosamente documentadas, utilizando descrições, medições, diagramas e fotografias. Devem ser utilizados digramas simples para desenhar com precisão e classificar corretamente o local da lesão, à direita ou à esquerda.

Suspeitar de maus-tratos se a resposta às seguintes questões for afirmativa (Mcdonald, 2007):

- Existe uma distribuição ou localização incomum das lesões?
- Existe um padrão de contusões ou marcas?
- Se existir mordedura ou contusão em forma de mão, apresenta dimensões de adulto?
- Em caso de queimadura, as margens encontram-se claramente demarcadas e uniformes em profundidade?
- Se existirem queimaduras, encontram-se distribuídas em meia ou em luva?
- Existem lesões em diferentes estágios de evolução?
- A extensão do trauma é incongruente com a descrição do mecanismo da lesão?

Uma documentação cuidadosa é essencial, uma vez que os médicos responsáveis pelo exame poderão ser convocados a testemunhar em relação à evidência obtida, o que poderá ser feito com recurso aos registos clínicos, se requisitados pelo tribunal. Toda a informação recolhida deve ser registada imediatamente, de forma a evitar erros, e deve ser factual, concisa e precisa (usando as palavras da criança sempre que possível). Deve ser assinada pelo médico, legível

Indicadores físicos de abuso sexual na criança (não necessariamente presentes):

- Hemorragia vaginal, da genitália externa ou anal
- Lesões como rutura ou contusões da genitália, ânus ou região perineal
- Doenças sexualmente transmissíveis (DST), corrimento vaginal
- Trauma na região mamária, nádegas, abdómen inferior ou coxas
- Gravidez na adolescência

e datada (com carimbo oficial, se exigido nos procedimentos locais).

Investigações

É recomendado que crianças com idades inferiores a 2 anos sejam submetidas a radiografias seriadas do esqueleto. Todas as crianças com traumatismos crânio-encefálicos devem fazer radiografia, TC-CE ou RM, dependendo da sua disponibilidade. Exames ultrassonográficos podem detetar fluido livre em excesso e hematomas, auxiliando no diagnóstico de lesões intra-abdominais. As análises sanguíneas necessárias incluem hemograma completo com fórmula leucocitária e provas de coagulação, para o diagnóstico de distúrbios hemorrágicos em doentes com contusões; a pesquisa de tóxicos é útil em caso de envenenamento, acidental ou não, em caso de suspeita.

ABUSO SEXUAL

Não existe uma definição universal de abuso sexual infantil. A OMS define o mesmo como o envolvimento da criança em atividade sexual (a) que esta não é capaz de compreender por inteiro, (b) para a qual é incapaz de fornecer consentimento informado ou não está preparada do ponto de vista do desenvolvimento, não podendo dar consentimento, ou (c) que viole as leis ou tabus sociais da sociedade. Outras definições incluem a utilização de uma criança para gratificação sexual por parte de um adulto ou de um indivíduo significativamente mais velho (Tomison, 1995 p2). Na prática, a identificação de abuso sexual infantil é complexa e o que é considerado abuso sexual pode variar dependendo dos costumes locais (p.e., mutilação genital feminina), legislação (leis criminais ou de proteção da criança), e da relação entre a criança e o agressor. Enquanto alguns comportamentos são considerados abusivos pela maioria da população (p.ex., a violação de uma criança de 10 anos pelo seu pai), outros são mais ambíguos (p.ex., relação sexual consensual entre um casal de 19 e 15 anos de idade). A idade legal de consentimento varia também de acordo com o país. Ao contrário de outros tipos de maus-tratos, a determinação de ocorrência de abuso sexual depende da relação entre a vítima e o agressor:

- *Adultos sem qualquer laço familiar com a criança.* Qualquer conduta sexual entre uma criança com idade inferior àquela de consentimento e um adulto, é abusiva.
- *Membros da família da criança.* Qualquer conduta sexual entre uma criança e um adulto da sua família é igualmente abusiva (consentimento, igualdade e coação são conceitos geralmente não aplicáveis em casos de abuso intra-familiar).
- *Adultos numa posição de poder ou autoridade* (p.ex., professores, profissionais de saúde). As leis de idade de consentimento não são geralmente aplicáveis, devido ao desequilíbrio na relação de poder e à quebra de confiança pública e pessoal decorrente da violação dos limites profissionais.
- *Adolescentes ou crianças como agressores.* A determinação de abuso depende se a atividade é consensual, da diferença de idades e se existe uma relação de poder desequilibrada (p.ex., atividade sexual entre dois jovens de 15 anos, em que um deles sofre de debilidade mental). A exploração sexual consentida entre dois adolescentes em fases de desenvolvimento similares não é considerado abuso.

O papel do clínico

O papel do clínico (separado do de terapeuta) em casos de abuso sexual infantil:

- Identificar qualquer lesão (incluindo trauma ano-genital e extra-genital, e outros sinais físicos de abuso ou negligência)
- Detetar a presença de DST e gravidez (a prevenção desta poderá estar indicada nalguns países)
- Considerar profilaxia pós-exposição ao VIH
- Identificar evidência forense adicional de existência de abuso (p.ex., fluidos corporais)
- Registrar com precisão quaisquer achados físicos e resultados da investigação (p.ex., através de fotografias)
- Explicar e iniciar qualquer tratamento necessário
- Excluir emergências psiquiátricas (p.ex., ideação suicida)

Exame em casos de abuso sexual

Nunca recorrer à força ou coação para realizar o exame médico, que poderia re-traumatizar a criança. Poderá ser necessário recorrer a sedação (com o consentimento apropriado) para facilitar um exame completo e para pesquisar evidência médico-legal.

Formas de abuso sexual infantil incluem contato físico (como toque, carícias ou qualquer forma de contacto com genitália ou região mamária, incluindo o uso de objetos, cópula e sodomia) e abuso não físico (como expor crianças a pornografia, conversas de teor erótico e exibicionismo); o descrito pode ocorrer em pares, grupos, ringues sexuais, como exploração sexual e como ritual de abuso.

O abuso sexual infantil pode ser descoberto de várias formas. A criança pode revelar o ato sexual direta ou indiretamente, através de condutas inapropriadas para a idade, particularmente comportamentos manifestamente sexualizados. Crianças mais velhas podem apresentar comportamentos autodestrutivos, consumo de drogas, tentativas de suicídio, automutilação ou fugas de casa. Estas crianças podem acumular dinheiro ou presentes de forma inexplicada. Existem indicadores particulares de abuso sexual infantil, listados na Caixa.

Exame de vítimas de abuso sexual infantil

Uma vez revelada a ocorrência de abuso sexual, é necessário proteger a criança de mais dano e fornecer ajuda a nível de tratamento e reabilitação. É importante enfatizar uma vez mais que o terapeuta *não deve ser* o examinador forense, a menos que não existam outros técnicos disponíveis, situação em que o exame forense e os procedimentos legais deverão preceder a terapia.

O exame físico não difere daquele aplicado a crianças vítimas de maus-tratos, anteriormente descrito, embora o ênfase seja nos aspetos e áreas relevantes ao abuso sexual. A ausência de achados físicos anormais *não* exclui a possibilidade de abuso – menos de 10% dos casos de abuso sexual fundamentados apresentam achados ao exame físico. Tal pode ser devido, entre outras razões, ao tipo de abuso (p.ex., não físico) ou à data do exame relativamente ao abuso. No exame físico do género feminino, deve ser tida em conta a possibilidade de existência de variantes normais e anormais da genitália externa (p.ex., fenda do himen) e achados inespecíficos como eritema, aderências labiais (encontradas normalmente em 17%-39% das raparigas pré-púberes), corrimento vaginal, condiloma acuminado ou fissuras anais em crianças jovens.

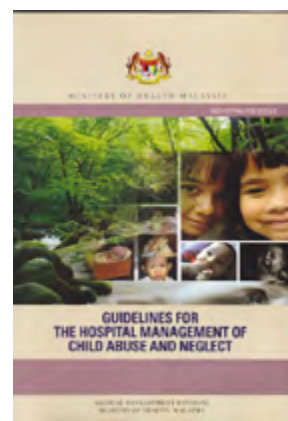
Na obtenção apropriada de evidência médico-legal, é necessária uma colheita atempada e minuciosa de amostras. Questões forenses que são importantes atender incluem *não* permitir que a criança tome banho ou se limpe, ainda que esta sinta repulsa ou se sinta suja, até ao exame físico estar completo e as amostras recolhidas. Para reduzir o desconforto, é importante realizar o exame físico tão rápido quanto possível após o incidente (sendo que ADN seminal degenera após 72 horas). Deverão ser etiquetados corretamente cada item de roupa, que deve ser guardada em sacos com o nome da criança, perante a presença de polícia. Utilizar “kits de violação” para a obtenção de amostras (países diferentes podem ter kits diferentes, como têm diferentes normas de orientação de conduta do exame forense).

QUESTÕES LEGAIS

Cada país tem a sua legislação própria para a proteção de crianças. Muitos países têm leis que visam a denúncia obrigatória a serviços de proteção de crianças; poderá ainda ser exigida uma queixa legal. Por exemplo,

Questão a ter em conta em relação ao abuso sexual a adolescentes

- Gravidez adolescente, parentalidade e aborto (ilegal nalguns países), bebés abandonados.
- Práticas sexuais culturalmente não aceites (p.ex., práticas homossexuais).
- Impacto do abuso sexual e exploração.
- Implicações de doença crónica (p.ex., doença inflamatória pélvica).
- Complicações psicológicas e emocionais crónicas.
- Estigma.
- Impacto nas funções académicas, ocupacionais e nas oportunidades.



Clique na figura para aceder às Normas Malaias para Gestão Hospitalar do Abuso Infantil e Negligência(2009). A maioria dos países têm as suas próprias normas.

na Malásia (Child Act 2001), os Protetores da Criança (oficiais da segurança social) estão autorizados a efetuar visitas domiciliárias e recolocar as vítimas em ambientes seguros e é obrigatório que todos os médicos reportem aos Protetores da Criança a descoberta de existência de abuso infantil.

GESTÃO

Lamentavelmente, mesmo em países de elevado rendimento *per capita* como os EUA, uma grande proporção das vítimas de maus-tratos não recebem qualquer tratamento ou serviço - para além da investigação criminal. Assim, tendo em conta a frequência deste problema, as necessidades não colmatadas são imensas. Os serviços de saúde que lidam com maus-tratos estão no limite das suas capacidades, se não mesmo excedendo-as, em todo o mundo.

O tratamento requer diferentes alvos, dependendo do tipo de abuso (p.ex., físico, sexual, negligência), dos sintomas e respetivo grau de severidade, se a criança foi retirada da família (p.ex., está com família de acolhimento ou em instituição) e que tratamento se pretende alcançar (p.ex., preservação familiar ou reunificação). Existe muito pouca evidência sobre que tratamentos são eficazes (Wathen & MacMillan, 2005). Na prática, são os pais e não os filhos que frequentemente constituem o foco de intervenção. Nestes casos, são alcançados efeitos mais robustos através da intervenção dirigida aos pais e ao contexto da interação pai-filho em ambiente domiciliário, do desenho de intervenções com múltiplos componentes, executadas por profissionais para o ensino de competências parentais, e da identificação de famílias com crianças de risco (Thomlison, 2003). Por exemplo, num ensaio controlado nos EUA envolvendo 192 pais com crianças sinalizadas pela proteção de menores – com um média de seis referências prévias, a maioria com crianças retiradas – no qual os pais frequentaram um programa de “terapia de interação pai-filho” verificou-se uma redução significativa de denúncias posteriores (Chaffin et al, 2011). Terapias cognitivo-comportamentais focadas no trauma e terapia de interação pais-filhos parecem ser superiores a outros tratamentos psicoterapêuticos em geral.

O primeiro passo é garantir que os efeitos dos maus-tratos não são agravados por atrasos na abordagem interventiva, enquanto a criança progride no seu desenvolvimento, o que infelizmente ocorre com frequência, devido à falta de coordenação entre serviços, e planeamento pouco cuidado (abuso por parte do sistema). Embora o foco deva ser a proteção da criança, a prática clássica de intervir sobre maus-tratos removendo fisicamente a criança para um local seguro, foca-se primariamente apenas no bem-estar físico da criança. Isto protege a criança de dano adicional por parte do mesmo agressor mas poderá não atender às suas necessidades psicológicas e emocionais, vitais para o processo terapêutico.

Em geral, a abordagem psiquiátrica pode ser dividida em imediata ou a longo-prazo. Durante a apresentação inicial, é necessária uma avaliação completa do estado da vítima. Em casos severos, poderá ser necessário considerar admissão em unidade de internamento, por exemplo, em casos de depressão grave, risco suicida elevado ou psicose aguda. Poderá ser ainda necessário internamento para tratamento de lesões físicas ou para proteção da criança. Problemas agudos ou no curto-prazo observados frequentemente incluem: medos e ansiedade, perturbação do sono e pesadelos, “problemas somáticos”, raiva/distúrbios de conduta, baixa

“É mais fácil construir crianças fortes que reparar homens quebrados.”

Frederick Douglass (1817–1895)

Intervenções eficazes para crianças e famílias de risco

- Suporte atempado e intensivo de famílias vulneráveis à espera do primeiro filho, através de visitas domiciliárias por técnicos habilitados.
- Programas de educação de qualidade, com sede em centros, para jovens crianças de famílias com baixos rendimentos.
- Programas bigeracionais que providenciem simultaneamente suporte direto aos pais e prestação de cuidados e educação de qualidade a jovens crianças de famílias a passar por adversidades significativas.
- Intervenções que disponibilizem serviços especializados, adequados aos problemas levantados, para jovens crianças a sofrer de stress tóxico decorrente de abuso ou negligência, depressão materna severa, progenitores com abuso de substâncias ou violência familiar.
- Programas de treino de parentalidade.

Estratégias de prevenção da perspectiva de uma ONG

“Protect and Save the Children”, uma organização malaia sem fins lucrativos, estruturou-se com base em dados de investigação dos EUA, Reino Unido e Austrália, adaptando-os ao contexto da Malásia. A investigação indica que o número de crianças vítimas de abuso é consideravelmente superior ao número de casos reportados. Assim, a prevenção do abuso sexual é primordial e visa:



- Educar adultos para melhor proteger as crianças.
- Estimular a comunidade no sentido de desenvolver sistemas de suporte a crianças.
- Ensinar comportamentos de defesa apropriados a todas as crianças.
- Ensinar crianças de alto-risco a utilizar os sistemas de suporte disponíveis.
- Ensinar crianças vítimas de abuso, que estejam receosas de confessar o mesmo, que o ocorrido não foi culpa sua; Ajudar com quaisquer outras questões de saúde emocional, de forma a minimizar efeitos a longo-termo do abuso.
- Prevenir que as crianças vítimas de abuso se tornem nos agressores de amanhã.

auto-estima, exclusão ou isolamento social, dificuldades académicas, sentimentos de impotência, estigma e sintomas associados a trauma.

Intercorrências como depressão, stresse pós-traumático, problemas relacionais, delinquência juvenil e abuso de substâncias, devem ser antecipados. Fatores de impacto das consequências de abuso infantil e negligência incluem:

- A idade da criança e fase de desenvolvimento à data da agressão,
- Tipo de abuso (físico, sexual, negligência etc.),
- Frequência, duração e gravidade do abuso,
- Relação entre a vítima e o agressor (English et al, 2005).

A longo prazo, existe um número considerável de evidência que demonstra que maus-tratos na infância é um fator que aumenta o risco de desenvolvimento de quase todas as patologias psiquiátricas, e estas devem ser abordadas de forma apropriada, como descrito noutros capítulos deste livro. Outro aspeto importante da abordagem é oferecer suporte à criança, com ajuda de uma figura de vinculação, p.ex., ajudando-a a lidar com familiares não-apoiantes e a lidar com os procedimentos legais (“Center on the Developing Child”, 2007).

PREVENÇÃO

Prevenir maus-tratos infantis é tão importante como o tratamento (Finkelhor, 2009). Reduzir o abuso infantil é possível mas requer uma abordagem coordenada multidisciplinar. Programas de prevenção eficazes oferecem suporte aos pais e ensinam técnicas positivas de parentalidade. O acompanhamento prolongado de crianças e famílias pode reduzir o risco de recorrência de maus-tratos e pode minimizar as suas consequências. Dados longitudinais do projeto de investigação “Perry Preschool Project” mostra que uma intervenção bem sucedida resulta numa diminuição de custos dos sistemas juvenil e criminal, de custos de educação especial, maior retorno de impostos devido a vencimentos superiores e menor dependência de assistência governamental. A diminuição de custos por redução da criminalidade foi o principal mecanismo de poupança observado (Rolnick & Grunewald, 2003).

Enquanto alguns programas de prevenção são universais (p.ex., educação para a parentalidade através de anúncios ou programas nos meios de comunicação social,

sensibilizando para os malefícios da violência doméstica, visitas domiciliares para mães recentes), a maioria são almejados a famílias com os fatores de risco destacados. Estes incluem visitas domiciliares mais frequentes, rastreio, deteção e tratamento de depressão materna e programas de parentalidade. Estes últimos, baseados nos princípios da teoria de aprendizagem social, oferecem modalidades menos intensas de programas de treino parental como o “Triplo P” (Programa de Parentalidade Positiva) (Graaf, 1998) (ver Capítulos A.9 e D.2). Tanto os programas de treino para a parentalidade como as visitas domiciliares mostraram eficácia, mas é necessário bastante mais trabalho e recursos nesta área. Legisladores, ONGs e figuras importantes na comunidade (p.ex., religiosas, académicas) têm papéis a desempenhar nesta tarefa.

Legisladores

Através da informação recolhida durante décadas de investigação, é imperativo que os legisladores reconheçam a importância de implementar políticas que vão ao encontro das necessidades das crianças vulneráveis. É importante que os decisores políticos tomem conhecimento que:

- Não existe um único programa, abordagem ou modo de empregar um serviço que tenha demonstrado ser a “receita mágica”. Existem formas de promover um desenvolvimento saudável da criança. A chave é seleccionar estratégias de eficácia documentada, assegurar que estas são implementadas correctamente, e reconhecer a importância crítica de um compromisso sério ao contínuo desenvolvimento do programa.
- Programas de larga-escala bem-sucedidos necessitam de uma avaliação rigorosa e de uma monitorização periódica da qualidade individual dos diversos locais de implementação, bem como programas de treino e assistência técnica para que haja uma melhoria contínua da sua qualidade.
- O retorno é mais importante que os custos iniciais do investimento. Os benefícios sociais a longo prazo são mais importantes que os custos a curto prazo. Quatro desafios essenciais dignos de nota são:
 1. Ao aplicar programas-modelo eficazes à escala, prestar particular atenção à qualidade de implementação dos mesmos.
 2. Desenvolver novas estratégias de intervenção para crianças e famílias em relação às quais as estratégias convencionais geraram efeitos mínimos.
 3. Promover um ambiente que apoie a avaliação contínua e construtiva, e uma melhoria contínua do programa implementado.
 4. Equiparar os apoios e serviços às necessidades e capacidades das crianças e respectivas famílias a servir.
- Aspectos a considerar na criação de políticas incluem:
 1. A família nuclear
 2. Ambientes externos a casa
 3. Programas multigeracionais
 4. Economia familiar e emprego maternal
 5. Contaminação ambiental.



REFERENCES

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108:206-210.
- Casa Alianza (2001). *Report on Trafficking of Children in Central America and Mexico*.
- Center on the Developing Child (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*. Harvard University.
- Chaffin M, Funderburk B, Bard D et al (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79:84-95.
- Creighton SJ (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*.
- Craig B (1998). *The Art of the Interview in Child Abuse Cases*.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286:3089-3096.
- English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ et al (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29:597-619.
- Finkelhor D (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19:169-194.
- Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*, 115:3341-3350.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Gunnar M, Vazquez D M (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D Cicchetti, D Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Developmental Neuroscience*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Herrenkohl T, Sousa C, Tajima E et al (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9:84-99.
- Human Rights Watch. 2001. *Easy Targets: Violence Against Children Worldwide*. Human Right Watch, New York.
- Johnson R, Rew L, Sternglanz RW (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41:221-234.
- Lewis C, Wilkins R, Baker L et al (1995). "Is this man your daddy?" Suggestibility in children's eyewitness identification of a family member. *Child Abuse & Neglect*, 19:739-744.
- Loman M, Gunnar MR and the Early Experience, Stress and Neurodevelopment Center Team (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34:867-876.
- Mcdonald KC (2007). Child abuse: approach and management. *American Family Physician*, 15:221-228.
- Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ et al (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14:73-88.
- Ministry of Health Malaysia (2009). *Guidelines for the Hospital Management of Child Abuse and Neglect*. Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia, pp77-78.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships*. Working Paper No1.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development*. Working paper No 10.
- Rolnick A, Grunewald R. (2003). Early childhood development: Economic development with a high public return. *The Region*, 17:6-12.
- Runyan DK, Shankar V, Hassan F et al (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126:701-711.
- Shonkoff JP (2012). *Technical report: the lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. *Pediatrics*, 129:232-246.
- Shonkoff JP, Phillips DA (eds) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20:709-723.
- Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14:13-29
- Swan N (1998). *Exploring the Role of Child Abuse on Later Drug Abuse: Researchers Face Broad Gaps in Information*. NIDA Notes, 13(2).
- Tomison AM (1995). *Update on Child Sexual Abuse* (Issues Paper No. 5). Melbourne: National Child Protection Clearinghouse.
- Thomlison B (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82:541-569.
- UNICEF (2010). *Child Disciplinary Practices at Home Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF.
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*.

US Department of Health and Human Services (2003). *The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & the Abandoned Infant Assistance Act as Amended by the Keeping Children and Families Safe Act of 2003*.

US Department of Health and Human Services (2003). *Child Maltreatment*. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families.

Wathen AH, MacMillan H (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50:497-504.

Whitaker DJ, Le B, Hanson RK et al (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32:529-548.

World Health Organization (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*. Geneva: WHO.

WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: WHO.

WHO (2010). *Factsheet on Child Maltreatment*.

Ziegert KA (1983). The Swedish Prohibition of corporal punishment: A preliminary report. *Journal of Marriage and Family*, 45:917-927.



Crianças celebrando “eid Mubarak” em trajes tradicionais da Malásia.