

A Criança e o Jovem em Risco *

CARLOS FIGUEIREDO

Hospital S. Teotónio de Viseu
Serviço de Pediatria

Resumo

Os maus tratos a crianças e jovens, continuam a ser um preocupante problema em todo o mundo.

Os riscos de maus tratos são inerentes à criança aos pais e à situação social.

É fundamental que o médico saiba suspeitar e diagnosticar, sem atraso, uma situação de maus tratos. Mas mais prioritário e importante é identificar famílias e crianças de risco, na maternidade, no centro de saúde e na escola, para que possam ser apoiadas e acompanhadas nas suas dificuldades e nos seus problemas, prevenindo-se assim a possibilidade de maus tratos às crianças e jovens.

Palavras-Chave: Criança maltratada; família e criança de risco.

Summary

Child in Risk

The abuse of children and young people, remains a frequent and worrying problem all over the world.

The risk of abuse are inherent to children, to parents and social situation.

It is vital that the doctor recognises and diagnoses child abuses without delay. How-ever, it is even more important that they identify families and children at risk, in maternity, health centres and at school. In this way, they can provide support and keep an eye out, for any potential problems, and prevent the possibility of child abuse.

Key-Words: Child abuse, family and children at risk.

Correspondência: Dr. Carlos Figueiredo
Rua Eng. Lino Rodrigues, Lote 4 - 3.º
3510-084 Viseu

* Trabalho apresentado nas XXVI Jornadas Nacionais de Pediatria e IX Jornadas do Serviço de Pediatria do Hospital de S. Teotónio de Viseu.

Aceite para publicação em 11/10/2001.

Entregue para publicação em 16/04/2001.

A violência sobre crianças e jovens, tem sido e continua a ser um dos mais graves, complexos e dolorosos problemas sociais do nosso tempo, afectando as diferentes sociedades em todo o mundo. Actualmente, é mesmo considerado uma das maiores preocupações da pediatria ambulatória ⁽¹⁾.

Os maus tratos às crianças, embora não seja um problema só dos dias de hoje, registou, a partir dos anos 80, uma grande visibilidade social, devido essencialmente, à descoberta de alguns casos chocantes, divulgados pelos média ⁽²⁾.

Actualmente, assistimos a uma focalização cada vez mais intensa a esta problemática, por três possíveis razões:

– por um aumento do número de casos de crianças maltratadas.

– por uma maior e melhor resposta social e das várias estruturas da comunidade a estas situações.

– porque a sociedade em geral e alguns grupos de profissionais em particular estão mais sensibilizados e mais atentos para detectarem situações de risco, nos vários locais onde contactam com crianças e jovens ⁽²⁾.

Em 1962, C. Henry Kempe, o pediatra americano, pioneiro a denunciar os maus tratos às crianças, estimava que houvesse 447 crianças espancadas nos E. Unidos. Cerca de 3 décadas mais tarde, a American Humane Association, calculava que os casos de abuso e negligência, excedessem 2 milhões de casos por ano naquele país ^(3, 4).

Cerca de 1 a 2% de todas as crianças e 10% das que têm menos de 5 anos, recorrem aos serviços de urgência nos E. Unidos, por apresentarem lesões provocadas por maus tratos ^(5, 6, 7, 8).

Em Inglaterra, morrem em média 4 crianças em cada semana, vitimadas por maus tratos ⁽⁹⁾.

Em Portugal, embora não haja números e dados absolutamente credíveis, calculava-se em 1985 que houvesse 30.000 novos casos por ano de crianças maltratadas ⁽¹⁰⁾. Em 1997 havia 13.500 crianças e jovens fora das suas

famílias biológicas, estando 9.500 em Instituições ou Lares e 4.000 em famílias de acolhimento ⁽¹¹⁾. Não estão incluídas aqui as que foram entregues para adopção, nem as que o Ministério da Justiça tinha ao seu cuidado directo ⁽¹¹⁾. Também não estão aqui incluídos os que ficam ignorados nos seus lares, que não chegam aos tribunais e que nenhuma instituição ou serviço conhece. Calcula-se que, por cada caso de maus tratos detectado, haverá 7 não identificados ⁽¹²⁾.

Mas para além dos números que são verdadeiramente alarmantes, quantos ficarão com sequelas físicas e psicológicas? Quem será capaz de calcular a dor e o sofrimento destas crianças e jovens?

Ou seja: embora haja cada vez mais atenção em todo o mundo a este diagnóstico, a verdadeira dimensão dos maus tratos às crianças, jovens e adolescentes é ainda desconhecida o que é preocupante ^(13, 14, 15).

Conceito de Maus Tratos

Não existe uma definição acabada e definitiva sobre o que se considera ser uma criança ou jovem em situação de risco. Esse conceito varia em função do contexto cultural e do tempo em que estamos.

Pode considerar-se que existe uma situação de risco quando, por qualquer acto ou omissão, ocorra perigo para a vida, integridade corporal ou psíquica da criança; quando se atenta contra a sua liberdade ou se compromete gravemente o desenvolvimento da sua personalidade ⁽¹⁶⁾. Ou ainda, quando um menor se encontra em situação de abandono e desamparo, capazes de pôr em perigo a sua saúde, segurança, educação ou moralidade ⁽¹⁷⁾.

Classificação de Maus Tratos

Os maus tratos podem classificar-se em diversos tipos:

- maus tratos físicos
- negligência
- abuso sexual
- mau trato psicológico
- síndrome de Munchausen por procuração ⁽⁵⁾.

Os maus tratos físicos englobam vários tipos de agressão físicas, nomeadamente a criança abandonada ou sacudida, queimaduras de várias etiologias, as lesões abdominais, o afogamento, a sufocação e as intoxicações intencionais ^(5, 18, 19).

A negligência pode ser activa, quando há intenção de fazer mal à criança, ou passiva quando decorre da incapacidade ou incompetência dos pais ⁽⁵⁾. Considera-se

que há negligência, sempre que as necessidades básicas de uma criança não são satisfeitas, nomeadamente na alimentação, na higiene, na saúde, no afecto e na segurança. Dessa negligência, pode decorrer uma perturbação ao normal crescimento e desenvolvimento da criança ^(5, 15, 18, 20).

O abuso sexual, ocorre quando a criança, jovem ou adolescente, é envolvida em actividades e práticas, cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou de outra pessoa mais velha e mais forte ⁽⁵⁾. O abuso sexual, com recurso à força física e à violência é mais frequente quando as vítimas são adolescentes ⁽²¹⁾. O mais habitual, principalmente nas crianças, é que o agressor tire partido da confiança e amizade que tem com a vítima, sendo da sua confiança ⁽¹⁸⁾. Há ainda situações de abuso sexual em crianças e jovens com déficite mental em que é usada a força física ou até a intoxicação para esse fim ⁽²²⁾. A exploração sexual pode apresentar-se sobre diversas formas, que vão desde as fotografias, filmes pornográficos e exibicionismo, até ao contacto com os órgãos sexuais, acto sexual e práticas sexuais aberrantes. Daí que uma criança pode ser vítima de abuso sexual sem que apresente qualquer lesão física, nomeadamente a nível dos genitais ^(5, 23).

O mau trato psicológico ou emocional, acontece quando é negado à criança e jovem, um ambiente tranquilo, com bem estar emocional e afectivo, imprescindíveis a um normal crescimento e desenvolvimento, bem como, a um comportamento adequado ^(5, 24, 25). A falta de afecto, a hostilidade verbal, a humilhação e a desvalorização frequente, um contexto familiar violento, são formas de mau trato psicológico, que irão produzir efeitos negativos a curto ou a longo prazo, de acordo com a idade da criança e a duração da agressão ^(5, 24, 25). As consequências, poderão ser alterações do comportamento, ansiedade, baixa auto-estima, dificuldades no relacionamento, quer em família, quer na escola, agressividade, dificuldades escolares, alterações no sono e no controle de esfíncteres ^(5, 24, 25).

Síndrome de Munchausen por procuração, é uma forma de mau trato menos habitual e mais subtil, mas que se traduz numa forma cruel de sofrimento para a criança, apresentando grandes dificuldades diagnósticas. O pai, a mãe ou ambos, ou o seu substituto, vão fazer crer aos profissionais da saúde, que a criança tem uma doença, com determinados sinais e sintomas, para que ela seja submetida a exames médicos, exames laboratoriais, a internamentos e tratamentos desnecessários. Este é um tipo de maus tratos, que pode envolver várias formas de abuso físico ou emocional ^(5, 26, 27, 28).

Esta distribuição e classificação dos maus tratos, embora útil, é mais teórico do que real. Na prática e na maior parte dos casos, a criança é vítima de várias agres-

sões, daí resultando consequências muito mais graves. Mais grave do que o traumatismo e a gressão física, são as sequelas psicológicas e as perturbações do desenvolvimento que os maus tratos provocam às crianças em vários domínios ⁽²⁹⁾.

Onde Podem Ocorrer Maus Tratos

Em qualquer estrato sócio-económico ou cultural, pode ocorrer maus tratos às crianças. Mas é mais frequente onde houver pobreza, más condições de habitação, escolaridade baixa, promiscuidade, estilo de vida desorganizada e exclusão social ^(5, 18, 30).

Factores de Risco

Quando existem maus tratos há factores, de risco que vão facilitar ou concorrer, para que eles se concretizem. Esses factores de risco, estão associados aos pais, à criança e à situação social ^(5, 6, 31).

Pais de risco: aqueles que foram também maltratados na sua infância; muito jovens, imaturos e impulsivos; mães solteiras sem apoio familiar ou a viver sós; atraso mental; mudanças frequentes de companheiro; antecedentes de criminalidade; alcoolismo ou toxicod dependência; doença psiquiátrica ^(5, 6, 18, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

Crianças de risco: quando são fruto de uma gravidez não aceite e não vigiada; quando são gemelares; se foram prematuros, se ocorreu uma separação precoce no período neonatal; se têm uma doença crónica ou se são deficientes; se são hiperactivas, irrequietas e dormem mal; se têm idade inferior a 3 anos ^(5, 37, 38, 39, 40).

Situação social de risco: os maus tratos podem ocorrer, se às situações referidas, se juntar uma classe sociocultural baixa, com dificuldades económicas graves; se ocorrer o desemprego; o falecimento de um familiar que conseguia dar suporte a toda aquela família; se há uma situação de ilegitimidade na ligação entre os cônjugues, ou se se trata de uma família socialmente excluída e marginalizada ⁽⁵⁾.

Embora a conjugação destes três factores nos mereça uma atenção e acompanhamento próximo, não pode, contudo ser entendido como situação real, consumada ou de iminente maus tratos. Isto porque há famílias pobres, com situações sociais muito problemáticas, com filhos a colocar-lhes muitas dificuldades, mas onde há muito afecto e amor, com carinho e protecção às crianças ^(5, 31).

O Agressor

Habitualmente é da família da criança, cuida dela, ou está-lhe confiada a sua guarda. É mais frequente ser a mãe, também pode ser o pai, a ama, a madrasta ou padrasto a agredirem a criança ^(5, 17, 37). No caso de abuso sexual, o mais frequente, é também o agressor ser da família, do sexo masculino (pai, padrasto, irmão, tio, avô), ou fora da família, mas da sua inteira confiança ^(5, 18, 23).

Manifestações Clínicas

Os sinais e sintomas apresentados, podem ser muito diversos, de acordo com o tipo de maus tratos praticados. Embora haja determinadas lesões, ou comportamentos da criança suspeitos, não é possível encontrar nenhum quadro clínico, que seja patognomónico de mau trato.

Como qualquer observação clínica, implica um exame físico detalhado, vendo atentamente todo o corpo da criança, procurando encontrar lesões que possam ser suspeitas. É de suspeitar de maus tratos, se houver equimoses ou hematomas em várias fases de evolução, localizadas na face, tronco, nádegas, membros, pescoço ou pavilhões auriculares, queimaduras circulares pequenas, em várias partes do corpo ^(5, 18, 19, 27, 41). Pode haver também, traumatismos abdominais importantes que provoquem hemorragias internas, com lesões no baço, fígado, duodeno ou até no pâncreas. Nestes casos, pode haver uma equimose abdominal e o diagnóstico pode não ser fácil, na primeira observação ⁽⁴²⁾. Em pequenos lactentes pode encontrar-se fractura de crâneo, fracturas de osso longos, únicas e múltiplas e em várias fases de evolução ^(5, 42). As fracturas do rádio, cúbito, fémur, tibia ou perónio, num lactente, podem ser consideradas como suspeitas de maus tratos, daí uma atenção muito grande na recolha da história clínica ⁽⁴²⁾.

Quando a criança é abanada, ou sacudida violentamente, principalmente se tiver até 6 meses de idade, pode vir a apresentar múltiplas hemorragias retinianas, associadas ou não a hematomas subdurais ^(5, 18, 37).

Comportamento da Criança

A criança, apresenta-se habitualmente assustada, insegura, receando e temendo qualquer aproximação, quando se pretende observar. Mais suspeito, é quando este comportamento não se modifica com a presença e carícias dos pais. Assume posturas de defesa, colocando à frente do rosto, o braço ou uma peça de roupa, mas mantendo uma expressão de alerta constante ^(5, 19). Pode ainda apresentar, nomeadamente nos casos de maus tratos recorrentes

tes, alterações do humor, ansiedade, depressão e fobias estranhas, não explicáveis^(18, 43). A enurese e a encoprese pode ser um reflexo de criança abusada sexualmente. Comportamentos aditivos e tentativas de suicídio em jovens e adolescentes, podem corresponder a situações de maus tratos, nomeadamente de negligência^(15, 29).

Outros Dados Suspeitos

«Acidentes» de repetição e sempre com lesões físicas, sendo algumas com gravidade. Explicações inconsistentes e contraditórias por parte dos pais, quando lhes é pedido para descrever o que se passou⁽³⁷⁾. Quando a procura de cuidados médicos ocorreu tardiamente ou nem sequer foi solicitada⁽⁵⁾. Ansiedade despropositada por parte dos pais, ou grande desinteresse e subvalorização da gravidade das lesões; discordância com exames e tratamentos que são necessários fazer à criança⁽⁵⁾.

Abordagem e Orientação

Pretende-se que a abordagem e orientação destas situações de maus tratos, seja feita por uma equipe terapêutica multidisciplinar, que permita de forma coordenada e sistematizada, uma avaliação nas várias vertentes: médica, psicológica, social e jurídica^(44, 45).

A recolha da história clínica deve ser feita com condições de privacidade e confidencialidade, por um pediatra ou outro médico com treino e preparação nesta patologia. Não hostilizar os pais. Evitar sentimentos de reprovação e condenação, não fazendo julgamentos precipitados, sabendo conter a revolta⁽⁴⁶⁾. Trata-se de uma família em dificuldades, a precisar de ajuda. Ouvir a descrição do que se passou, através dos pais ou outros familiares, de quem cuida da criança, ou da própria criança, se for possível, pela sua idade e estiver em condições de colaborar⁽¹⁸⁾. Evitar inquéritos e observações repetidas à criança, tendo presente que cada novo interrogatório e observação, é uma forma de lhe reavivar o sofrimento que a vitimou e que urge ajudar a ultrapassar e a esquecer.

O diagnóstico é assumido ou fortemente suspeito, quando a história relatada é cheia de contradições, não sendo compatível o tipo de lesões com a descrição do suposto «acidente»^(5, 19). Contudo, é fundamental excluir a possibilidade de se tratar de queda, acidente ou doença hematológica, que pode apresentar-se com equimoses em várias partes do corpo.

Deve ser organizado um apoio precoce e continuado no meio familiar, visando: recuperar o agressor, terminar o ambiente familiar violento e desfavorável, tentar o mais possível a reintegração da criança na família em ambiente

de segurança e afecto, conseguir melhores e mais dignas condições de vida para toda a família e impedir a transmissão da violência à geração seguinte.

Prevenção

Mais importante que um diagnóstico oportuno, com uma orientação e encaminhamento correcto, é imprescindível e prioritário a prevenção dos maus tratos^(5, 47). Essa prevenção deve começar em primeiro lugar, pela identificação das crianças e jovens em risco e no acompanhamento e apoio continuado das suas famílias⁽⁴²⁾. Pretende-se que a detecção precoce de crianças em risco, sirva para desencadear atempadamente os mecanismos de ajuda e apoio à criança e sua família e não para denúncia e incriminação dos pais. A primeira prioridade é proteger a criança e a segunda é apoiar e ajudar a família^(45, 54, 55).

A prevenção pode ser primária, inespecífica ou específica. Na prevenção primária inespecífica, devem estar envolvidas todas as entidades e estruturas vocacionadas para a educação, saúde e apoio comunitário em geral, que deverão promover sempre:

- o respeito pela dignidade humana e por uma cidadania activa de cada pessoa, que só se realiza quando todos a ela possam aceder⁽⁴⁸⁾;
- a importância e valor da família, sabendo que o seu futuro dependerá prioritariamente, do que forem as vivências das crianças de hoje⁽⁴⁹⁾;
- uma cultura antiviolência a nível de toda a população em geral⁽⁵⁾;
- a prioridade aos interesses e necessidades da criança, para que lhe seja assegurado o direito ao desenvolvimento integral e harmonioso, como via segura de atingir a sua integração social e dignidade humana plena⁽⁵⁰⁾;
- a promoção da saúde materno-infantil, assegurando a todas as crianças, desde o nascimento, a oportunidade de uma vinculação segura e estável com o seu principal prestador de cuidados^(5, 51);
- a aceitação da diversidade, com a promoção de soluções não violentas⁽⁵¹⁾;
- uma informação pública, correcta e pedagógica sobre os efeitos nocivos da violência (na comunicação social e na vida real), reforçando sempre a necessidade de se desenvolverem alternativas pacíficas e não violentas⁽⁵¹⁾;
- os valores da responsabilidade, tolerância e respeito pelos direitos dos outros;
- que todas as escolas e comunidades educativas, vivam e pratiquem estes valores e princípios⁽⁵¹⁾.

A prevenção primária específica, visa identificar crianças e famílias em risco, antes que aconteçam os maus

tratos⁽⁵⁾. Destacamos três locais como privilegiados para essa detecção: a maternidade, o centro de saúde e a escola.

Na maternidade, quando é constatada uma gravidez não vigiada, mãe solteira e sem apoio familiar; quando se constata comentários negativos e pouco interesse pelo filho; se o recém-nascido é internado em unidade de cuidados especiais e não tem visitas dos pais, ou se quando tem alta desta unidade os pais demoram dias para o levar. A atitude a tomar deve passar por uma maior vigilância e apoio à mãe, estimulando a relação mãe/filho, com incentivo do leite materno; ensinando regras básicas de puericultura; encorajar visitas ao filho se internado noutra unidade; interessar-se pelo que se passa com a restante família (filhos, marido, avós); referenciar ao centro de saúde^(5, 6, 27, 52).

No centro de saúde, quando é observada uma criança mal cuidada, com vacinas não efectuadas, faltando às consultas e com erros alimentares graves; má evolução ponderal; acidentes de repetição; mãe deprimida; sinais ou suspeitas de alcoolismo ou toxicod dependência familiar^(5, 15, 27). O apoio a dar, nestes casos, deverá passar pela visita domiciliária por parte de enfermeira; o ensino sobre a prevenção dos acidentes, quer domésticos quer da via pública e de transporte; pelo apoio social se necessário; pela colocação em infantário, facilitando assim o trabalho da família e havendo mais tempo em que a criança está segura e bem confiada; dar orientações e esclarecimentos para aquisição de benefícios sociais; promovendo a desintoxicação alcoólica ou toxicod dependência dos pais^(5, 6, 33, 52).

Na escola, pode detectar-se uma criança ou jovem em risco, quando apresenta insucesso escolar, faltas não justificadas, se é triste e se se apresenta mal cuidado, tem hábitos alimentares incorrectos, se consome bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas, se os pais nunca vão à escola, ou se são conflituosos^(18, 27). A atitude a tomar, nestas situações, deverá ser: pedir a colaboração do serviço social que deverá fazer visita domiciliária, juntamente com a enfermeira do centro de saúde; ocupação dos tempos livres; organizar apoios de familiares e da comunidade (autarquias, instituições particulares de solidariedade social, vizinhos)^(6, 5, 13, 33).

A prevenção secundária tem como objectivo evitar que os maus tratos se repitam, não afastando a criança da família, mas promovendo o regresso a casa em segurança e sem riscos⁽⁵⁾. São fundamentais as visitas domiciliárias da enfermeira e assistente social, bem como a articulação com o médico de família e o envolvimento de algum elemento da família (avós, tios, padrinhos), se for possível e se se considerar necessário^(5, 6). Medidas complementares importantes, são a colocação da criança na creche, jardim de infância ou ocupação de tempos livres, para além das horas lectivas^(5, 6, 13, 41).

Após a avaliação criteriosa das dificuldades das famílias, deve manter-se o apoio e ajuda continuada, até se encontrar a estabilidade e segurança de toda a família. O trabalho com estas famílias, deve visar o aumento das suas capacidades e aptidões, com vista a um normal funcionamento familiar⁽¹⁵⁾.

O Papel da Comunicação Social

Rejeitamos o alarme sensacionalista, que muitos meios de comunicação adoptam, quando relatam casos identificados nos hospitais e tribunais. Esse comportamento, não traz qualquer ajuda às crianças maltratadas, nem serve de prevenção para situações semelhantes. Pelo contrário, vai expor a criança e a família, de forma gratuita, à voracidade das audiências, reavivando e prolongando o sofrimento que já era muito grande, concorrendo ao mesmo tempo para que aquela família seja mais excluída, marginalizada e destruída.

Há que rever a forma de informar o público, cabendo a responsabilidade aos meios de comunicação social divulgar informação útil, para promoção e defesa da dignidade da criança. Um dos maiores serviços, que a comunicação social pode prestar à sociedade é o de fazer crescer na opinião pública, uma maior consciencialização para o grave problema das crianças em risco. Recusamos que sirva apenas para noticiar escândalos sórdidos e chocantes, que se tornam devastadores de crianças e seus familiares^(53, 54).

Vale a Pena Investir e Acreditar

Que as famílias de risco, passem a ter condições que lhes permitam viver em segurança, compreensão e amor.

O amor e a protecção, que nós adultos, estamos obrigados a transmitir às crianças e jovens, são a garantia de que os muros do sofrimento, do silêncio e da dor irão ruir.

Uma criança que recebe afecto, vai distribuir sempre carinho e compreensão.

O caminho mais eficaz para solucionar os problemas dos maus tratos no futuro, é fazer das nossas crianças e jovens de hoje, pessoas generosas, tolerantes e solidárias.

Bibliografia

1. Kruger RD. Future role of the Pediatrician in child abuse and neglect in child abuse. *Ped Clin North Am* 1990; 37: 1003-11.
2. Soares NF. Crianças em risco: passado e presente. Alguns contributos para a compreensão histórico-social da problemática das crianças maltratadas e negligenciadas. *Infância Juventude* 1997; 1: 35-51.

3. Krugman R. Abuso Físico e Sexual, in: Green e Haggerty, eds, *Pediatria Ambulatorial*, Editora Artes Médicas Sul Lda Porto Alegre. 1992: 455-60.
4. Reis CF. A criança maltratada, algumas considerações gerais sobre o problema. *Nascer Crescer* 1993; 2(3): 155-62.
5. Canha J. Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos. Quarteto Editora. Coimbra 2000: 17-45.
6. Helfer RE. Where to now Henry? A commentary on the battered child syndrome. *Pediatrics* 1985; 76(6): 993-7.
7. Krugman RD. The battered child at thirty: What can be learned from Saul Krugman at eighty? *Pediatrics* 1992; 90: 154-6.
8. Monaco JE, Brooks WG. The critical care aspects of child abuse. *Ped Clin North Am* 1994; 41: 1259-68.
9. Summers C, Molineux E. Suspected child abuse: cost in medical and finance. *Arch Dis Child* 1992; 67: 905-10.
10. Amaro F. Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicância. *Cadernos do CEJ* 1986; 2: 113.
11. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros N.º 193/97. Diário da República N.º 254, I Série B de 3-11-97: 6015-7.
12. Delgado A. Síndrome del niño maltratado. *Pediatria Clínica* 1988; 3: 95-7.
13. Christoffel KK. Violent death and injuries in U.S. children and adolescents. *Am J Dis Child* 1990; 144: 697-706.
14. Sharma A, Sunderland R. Increasing medical burden of child abuse. *Arch Dis Child* 1988; 63: 172-5.
15. Levy ML. A criança negligenciada. In *Stress e violência*. Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina de Lisboa. 1999: 309-15.
16. Comité de Ministros do Conselho da Europa. Recomendação N.º R (85) 4 aos Estados Membros. 382.ª Reunião dos Delegados dos Ministros, 26.3.85.
17. Ministério da Justiça. Decreto-Lei N.º 314/78, Diário da República I Série, N.º 248, de 27.10.78: Pags. 2256-81.
18. Boynton R. Maltrato Infantil. In: Boynton RW, Dunn ES, Stephens GR eds: *Manual de Pediatria Ambulatoria*. Barcelona: Masson SA. 1995: 320-3.
19. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. Physical abuse. In: Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM, eds. *Child Abuse and Neglect: a clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993: 47-75.
20. Helfer RE. The neglect of our children. *Ped Clin North Am* 1990; 37: 923-42.
21. Hibbard RA. Abuso Sexual. in: Mcanarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci DG, eds *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 1994: 1161-5.
22. Neinstein LS. Rape and sexual abuse. In Neinstein LS, ed: *Adolescent Health Care, a Practical Guide*. Baltimore: Williams e Wilkins 1996: 1143-72.
23. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. Sexual abuse of children with special needs. In: Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM, eds. *Child Abuse and Neglect: a clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993; 195-9.
24. Hobbs CJ. Emotional maltreatment. In Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM, eds. *Child Abuse and Neglect: a Clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993: 107-17.
25. Schmitt BD, Krugman R. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC, eds (14th ed), *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company 1992: 78-82.
26. Reece RM. Unusual manifestations of child abuse. *Ped Clin North Am* 1990; 37: 905-21.
27. Moura E, Oliveira MJ, Guedes M, Machado M. Síndrome de Munchausen por procuração. *Saúde Infantil* 2000; 22(2): 75-81.
28. Morley CJ. Practical concerns about diagnosis of Munchausen Syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1995; 72: 528-38.
29. Zuccherman SB. Silent Victims: Children Who Witness Violence. In: *Stress e Violência*. Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina de Lisboa. 1990: 349-64.
30. Cruz ME, Gonçalves E, Barbosa MC et al. Crianças Maltratadas: a ponta do «Iceberg». *Acta Ped Port* 1997; 1(28): 35-9.
31. Hobbs C, Hanks H, Winne JM. Child abuse and neglect – a historical perspective. In: Hobbs CJ, Hanks HGI, Winne JM, eds. *Child Abuse and Neglect: a clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993: 9-15.
32. Krugman RD. The battered child at thirty: What can be learned from Saul Krugman at eighty? *Pediatrics* 1992; 90: 154-6.
33. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 2000; 356 (9232): 814-9.
34. Vertedral J. Aspectos criminológicos dos maus tratos às crianças na família. *Infância Juventude* 1980; (4): 7-44.
35. Bays J. Substance abuse and child abuse. *Ped Clin North Am* 1990; 37: 881-904.
36. Pena B. Formas de abandono. *Saúde Infantil* 1993; 15: 181-4.
37. Johnson CF. Inflicted injury versus accident injury. *Ped Clin North Am Child Abuse*, 1990; 37: 791-814.
38. Benseal RW. Child abuse following early post partum separation. *J Pediatr* 1992; 90: 490-1.
39. Hansen KK. Twins and child abuse. *Arch Pediatr Adol Med* 1994; 148: 1345-6.
40. Jandes PK, Diamond LJ. Neglect of chronically ill children. *Am J Dis Child* 1986; 140: 655-8.
41. Hyden PW, Gallaher TA. Child abuse intencention in the emergency room. *Ped Clin North Am* 1992; 39: 1053-81.
42. Sampaio V, Benta V, Martinez A, Graça F, Alegria A, Amorim R. O lactente vítima de maus tratos – da suspeição ao diagnóstico (a propósito de 3 casos) – *Saúde Infantil* 1997; 19(1): 65-72.
43. Galvão E, Angelo MC, Alexandrino AM. Maus tratos infantis, dois anos de experiência no Hospital Maria Pia. *Nascer Crescer* 1998; 7(1): 48-53.
44. Martins P, Loureiro HL, Brito A, Lynce N. A Criança Maltratada e Negligenciada. A experiência de um Hospital Distrital. *Acta Pediatr Port* 1996; 27: 489-92.
45. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92. Diário da República N.º 189 I série B de 18-8-92, Pág. 4013-4.
46. Pó I. A Criança Maltratada e o Hospital. In: Direcção da Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ed. *A Criança Maltratada*. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986: 143-5.
47. Reece RM, Grodin MA. Recognition of non-accident injury. *Ped Clin North Am* 1985; 32: 41-60.
48. Leandro AG. A justiça na prevenção das evoluções marginais: *Infância Juventude* 2000; 2: 49-64.
49. Leandro AG. Família do Futuro? Futuro da Criança... *Nascer Crescer*; 1997; 6(1): 9-12.
50. Rodrigues A. O psicólogo, a comunidade e a criança. *Infância Juventude* 1992; 3: 59-65.
51. Pedro JG. A declaração de Lisboa. In *Stress e Violência*. Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, 1999: 657-60.
52. Heins M, Seiden AM. Parenting and the pediatrician. *Am J Dis Child* 1987; 141: 1188-92.
53. Silva LF, Colaço ML, Freitas P, Gonçalves A, Gonçalves G, Lereño I, pereira MA. Considerações sociais sobre o mau trato às crianças. *Nascer Crescer* 1992; 1(3): 169-71.
54. Sofia, Reina D. Mensagem. In *Stress e Violência*. Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa. 1999: 17-9.