

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

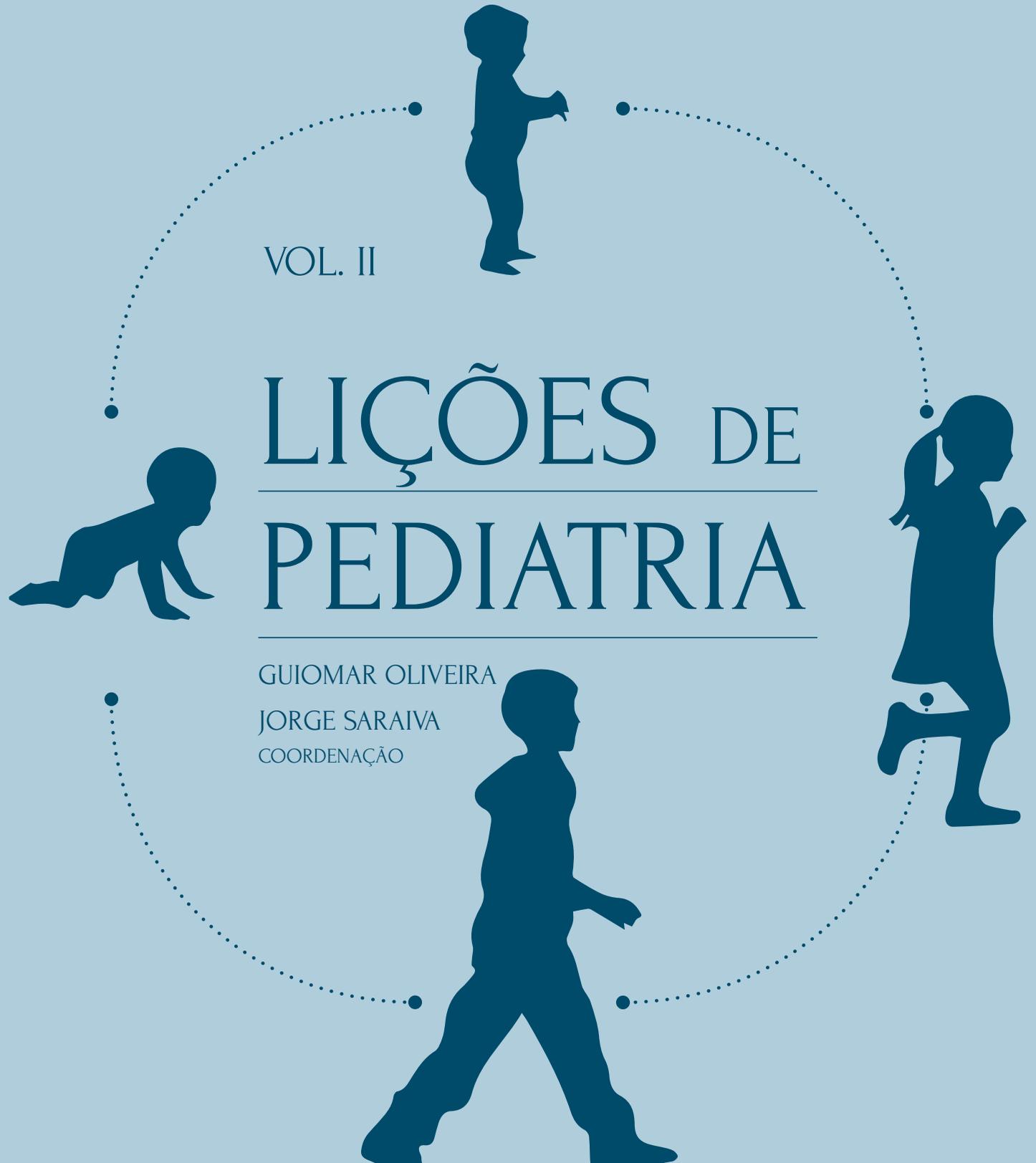
VOL. II

LIÇÕES DE  
PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



**Capítulo 39.**  
**Criança maltratada**

# 39

**Jeni Canha**

DOI: [https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0\\_39](https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_39)

### 39.1 CONTEXTO

A história da violência exercida sobre a criança é conhecida, desde a antiguidade aos nossos dias, confundindo-se com a história da própria humanidade, embora o conceito de mau trato apenas tenha sido definido e identificado na segunda metade de século XX. A aquisição progressiva de novos conceitos sobre a criança, nomeadamente o reconhecimento como ser autónomo e interativo desde o nascimento, o conhecimento das suas necessidades básicas, a importância da vinculação mãe-filho e da estimulação para o seu crescimento e desenvolvimento, bem como a necessidade da sua proteção, modificaram decisivamente as atitudes face à criança. Só à luz destas novas aquisições foi sendo possível a identificação de diferentes formas de a maltratar.

Foram surgindo diversas propostas para designar e definir esta «nova doença», acabando por prevalecer o termo «criança maltratada». Em 1969, D. Gil definiu mau trato como «qualquer ato deliberado, por omissão ou negligência, originado por pessoas, instituições, ou sociedades, que prive a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento», conceito que continua atual e unanimemente aceite.

Dadas as suas características próprias, por ser mais pequena, dependente e indefesa, a criança é um dos elementos da família de maior vulnerabilidade, constituindo um alvo fácil e frequente da violência doméstica e de todo o tipo de abuso ou exploração. Embora a violência física seja a sua faceta mais visível, muitos outros tipos de maus tratos, e não menos nefastos, resultam da

negligência, da agressão psicológica, do abuso sexual, entre muitos outros.

Muitas situações de maus tratos infantis e do adolescente ficam ainda no anonimato e dolorosamente silenciadas por incapacidade de muitos técnicos, que, ou não têm a capacidade de os identificar, ou ingenuamente acreditam que essas situações possam vir a melhorar, e até a resolver-se, com o passar do tempo. A experiência mostra-nos uma realidade bem mais trágica. É fundamental ter a noção de que o mau trato exercido sobre a criança tem um carácter recorrente e progressivo, que se vai repetindo ao longo do tempo, provocando lesões cada vez mais graves.

Os maus tratos são frequentes, desconhecendo-se no entanto a sua verdadeira incidência. Nos EUA, cerca de 1.4 milhões de crianças por ano (3% da população abaixo dos 18 anos) sofrem pelo menos um tipo de abuso; 160.000 crianças/ano sofrem lesões graves; aproximadamente 1.500 crianças morrem por ano devido a lesões físicas.

Além de poder provocar a morte, particularmente no primeiro ano de vida, pode causar lesões cerebrais de que resultam défices neurológicos irreversíveis e ser responsável por muitas outras sequelas a curto, médio e longo prazo. As principais sequelas a longo prazo incluem o atraso de crescimento, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso de linguagem, dificuldades de relacionamento social, insucesso escolar, perturbações da personalidade, baixa da autoestima, aumento de comportamentos delinquentes e de criminalidade. Acresce, ainda, que a convivência diária com um meio familiar violento e conflituoso proporciona a aquisição de modelos de vida deturpados, considerados

responsáveis pela perturbação da relação entre pais e filhos e pela transmissão do mau trato às gerações seguintes.

Trata-se, portanto, de uma patologia que deve preocupar não só pela sua frequência mas, principalmente pela potencial gravidade.

Por todas estas razões, o diagnóstico precoce do mau trato e a sua orientação adequada tornam-se indispensáveis para evitar a cascata de acontecimentos mais ou menos previsíveis e altamente danosos do percurso de vida de uma criança maltratada.

A responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças - médicos, enfermeiros, educadores, professores, técnicos de serviço social, psicólogos ou outros - é hoje acrescida. Ignorar um caso de maus tratos é pôr em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade de intervir numa família em crise.

Conhecer os factores favorecedores do aparecimento dos maus tratos, os seus diferentes tipos, as principais manifestações e formas de apresentação, a conduta mais adequada e as medidas de prevenção, tornam-se tarefas prioritárias para compreender esta problemática e permitir planear e pôr em prática as estratégias de apoio e vigilância às crianças e respectivas famílias.

No Hospital Pediátrico de Coimbra foram diagnosticadas centenas de crianças vítimas de maus tratos, a grande maioria das quais nas últimas duas décadas. Apesar de poder ter existido um aumento da violência, o maior número de diagnósticos deve-se à maior capacidade de identificação dos casos, resultante do trabalho e preparação da equipa multidisciplinar que integra

o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, criado em 1985.

## 39.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

### 39.2.1 Fisiopatologia

Na fisiopatologia do mau trato é classicamente considerada uma tríade de factores de risco: factores inerentes aos pais, factores inerentes à criança, associados geralmente a uma situação de crise familiar.

#### **Factores de risco nos pais:**

- baixo nível socioeconómico e cultural.
- antecedentes de maus tratos na sua própria infância.
- pais muito jovens (mães adolescentes sem apoio ou suporte familiar).
- défice intelectual de um ou de ambos os progenitores.
- personalidade imatura, impulsiva ou agressiva.
- hábitos de alcoolismo ou de consumo de drogas.
- ausência de hábitos de trabalho.
- mudanças frequentes de parceiros e de residência.
- antecedentes de criminalidade.

#### **Factores de risco nas crianças:**

- crianças pequenas (abaixo dos três anos).
- fruto de gravidez de mãe muito jovem, solteira ou só.
- fruto de gravidez não desejada.
- separação prolongada da mãe no período pós parto.

- crianças que não correspondem às expectativas dos pais.
- crianças com deficiência, portadoras de doença crónica ou de défice intelectual.
- crianças com alterações de comportamento.
- crianças com insucesso escolar.

#### Situação de crise:

- agravamento de dificuldades económicas.
- acontecimento perturbador da dinâmica familiar (separação ou divórcio dos pais, recaída de alcoolismo/toxicod dependência).
- depressão da mãe ou do pai.
- morte de familiar.

O mau trato atinge crianças de todas as idades, sendo no entanto mais frequente nas crianças mais pequenas, as mais dependentes e indefesas. Cerca de 80% dos casos fatais ocorre nos primeiros quatro anos de vida, metade dos quais no primeiro ano. Dos casos fatais, 50 a 80% apresenta evidências de lesões de maus tratos anteriores.

É conhecido que o mau trato acontece em todas as camadas sociais, económicas e culturais, embora seja mais frequente nas famílias mais pobres, com baixo nível de instrução e cultura, nas famílias mais desorganizadas e disfuncionais, com más condições habitacionais, de sobrelotação e ambientes de promiscuidade. Pais pertencentes às classes sociais mais elevadas também podem maltratar os seus filhos, a maior parte das vezes fazem-no de forma mais subtil, sem marcas aparentes, de que o mau trato psicológico é o exemplo paradigmático.

Os dois sexos são igualmente atingidos, à exceção dos casos de abuso sexual, em que continuam a predominar as vítimas do sexo feminino. O espectro deste tipo de abuso tem vindo, no entanto, a modificar-se, registando-se nos últimos anos um aumento do número de rapazes abusados sexualmente.

#### 39.2.2 Tipos de maus tratos

Podem classificar-se os maus tratos infantis em diversos tipos: o **mau trato físico**, a **negligência**, o **abuso sexual**, o **mau trato psicológico**, o **abandono**, a **rejeição**, o **síndrome de Munchausen por procuração**, a prática da **mendicidade**, a **exploração pelo trabalho**, a **prostituição infantil**.

No **mau trato físico**, cujo protótipo é a criança batida, estão incluídos a criança abandonada, os ferimentos, as equimoses e hematomas, as queimaduras, as fraturas, os traumatismos cranioencefálicos e as intoxicações. Este tipo de mau trato é responsável por elevada morbilidade e constitui a principal causa de mortalidade.

A **negligência** consiste na incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, saúde e vigilância, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normais. É o tipo de mau trato mais frequente, com graves repercussões, nomeadamente o risco de morte, de acidentes, atraso de crescimento e de desenvolvimento psicomotor.

O **abuso sexual** implica o envolvimento da criança ou adolescente em atividades que visam a

satisfação sexual de um adulto ou de outra pessoa mais velha, geralmente sob coação da força ou da ameaça. Estão incluídas nesta definição a participação da criança em atividades de exibicionismo, fotografia ou filmes pornográficos, contatos com os órgãos sexuais, penetração anal ou vaginal ou práticas sexuais aberrantes. Isto significa que uma criança pode ser abusada sexualmente sem que apresente lesões físicas, nomeadamente a nível dos órgãos genitais.

O **mau trato psicológico** resulta da incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem estar emocional e afetivo. Estão incluídas neste tipo, a ausência de afeto, as recriminações e humilhações verbais frequentes, as situações de grande violência e conflito familiar que originem um clima de terror e de medo.

O **abandono** inclui as crianças abandonadas nas maternidades, hospitais ou outras instituições ou as crianças fechadas em casa ou deixadas na rua, sem providência de alimentação e vigilância.

A **rejeição** deve ser entendida como o não reconhecimento da criança como elemento da família por parte de um ou de ambos os progenitores, associado à ausência de ligação afetiva e emocional.

O **síndrome de Munchausen** por procuração, raro, consiste na simulação de sinais e sintomas por um elemento da família, **criando doenças** na criança que obrigam a sucessivos internamentos e investigações.

Cada um destes tipos de maus tratos pode ser exercido isoladamente. No entanto, é mais

frequente a associação de vários tipos de agressão na mesma criança, o que naturalmente agrava as suas repercussões.

### 39.2.3 Agressor

Na grande maioria dos casos, os maus tratos infantis são provocados dentro da própria família, geralmente pelo elemento que cuida da criança, a mãe, o pai, o companheiro/a de um dos progenitores ou a ama.

Os agressores do sexo feminino são os mais frequentes; os do sexo masculino são os que agredem geralmente com maior violência, provocando as lesões e sequelas mais graves.

Mesmo nos casos de abuso sexual, a grande maioria dos casos é provocada por um dos elementos do agregado familiar, pessoas conhecidas ou da confiança da criança e da família. Pertencem maioritariamente ao sexo masculino.

### 39.2.4 Manifestações clínicas

As manifestações clínicas são muito variadas, dependendo do tipo do mau trato, não existindo lesões patognomónicas. São consideradas lesões sugestivas: as equimoses e hematomas com tempos de evolução diferente, com diferentes colorações, localizados preferencialmente na face, pescoço, pavilhões auriculares, tronco e nádegas; hematoma subdural em lactentes, particularmente se associados à presença de hemorragias retinianas.

#### Sinais de alarme

Devem ser considerados sinais de alarme nos **primeiros três anos de vida**:

- consultas médicas muito frequentes, aparentemente sem razão.
- aspeto malcuidado ou sujo.
- manifestação de fome no regresso à creche (*i.e.* após fim de semana).
- má progressão ponderal ou malnutrição.
- criança triste ou demasiado assustada.
- história de quedas frequentes - da cama, do colo, de escadas.
- história de intoxicações - medicamentos, bebidas alcoólicas, cáusticos queimaduras.
- equimoses e/ou hematomas - face, mãos, unhas, tronco, nádegas.
- fraturas dos membros no primeiro ano de vida /traumatismo craniano.

#### Na criança mais crescida

- equimoses ou hematomas frequentes.
- história de «acidentes» de repetição.
- diminuição do rendimento ou insucesso escolar.
- perturbações do sono.
- perda do controlo de esfíncteres.
- manifestações ou queixas psicossomáticas.
- alterações de comportamento – isolamento, tristeza, agressividade, fugas de casa
- depressão, tentativa de suicídio.

#### **No caso do abuso sexual, além dos sinais atrás mencionados, devem ser considerados sinais de alarme:**

- relato ou confissão da criança.
- corrimentos genitais crónicos.
- lesões traumáticas dos genitais, anais ou do períneo.

- diagnóstico de doenças sexualmente transmitidas.
- lesões inflamatórias anais ou genitais.

#### 39.2.5 Diagnóstico

Perante a suspeita de uma situação de maus tratos, conhecendo os fatores de risco e manifestações clínicas sugestivas, é indispensável efetuar um exame físico completo à criança e obter uma história clínica minuciosa. O índice de suspeita associado à recolha dos dados, constituem os passos mais importantes para a identificação de uma criança maltratada.

Uma história inverosímil, com diversas versões ou contradições, a observância de discrepâncias entre a história relatada e as lesões apresentadas, aliadas a um atraso na procura de cuidados médicos, constituem a chave para o diagnóstico.

#### 39.2.6 Orientação

A orientação destes casos deve estar a cargo de profissionais experientes e diferenciados. A criança e a família devem ser ouvidas e atendidas em separado, em ambiente de privacidade e confidencialidade.

O principal objetivo da equipa responsável deve consistir na proteção da criança e intervenção na família, criando as condições para o seu regresso ao domicílio sem riscos, evitando que os maus tratos continuem. Na prática, poderá ser necessária a separação temporária da criança do seu ambiente familiar, ao mesmo tempo que se iniciarão todas as medidas para o estudo familiar e social completo.

A separação da criança far-se-á através do internamento hospitalar, se a situação clínica o exigir. Quando esta necessidade não se verifica, as alternativas incluem o recurso a um elemento da família que mereça confiança, a um centro de acolhimento ou outra instituição, enquanto se processa o estudo das soluções mais adequadas. Seja qual for a solução encontrada para cada caso, as crianças e respetivas famílias deverão ser acompanhadas regular e continuamente, com visitas domiciliárias, depois de identificadas. O diagnóstico, que vai permitir a abertura à intervenção dos técnicos numa família em crise, é apenas o primeiro passo de um longo percurso que visará a vigilância e segurança da criança.

Já havia sido provado por vários estudos que o apoio domiciliário reduz o número de crianças maltratadas ou negligenciadas, o número de nascimentos não programados, a menor dependência das famílias da segurança social e a menor violência dentro da família, entre outros benefícios.

A estratégia inovadora de intervenção no Hospital Pediátrico, desde os anos 80, pelo **Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança de Risco**, com o recurso a uma pessoa de referência, veio revelar resultados altamente encorajadores no seguimento destas crianças e suas famílias. Investiu-se na procura em cada agregado familiar, sobretudo na família alargada, de um elemento de confiança, aceite e respeitado na família e na comunidade, com capacidade de exercer alguma autoridade e lhes pudesse servir de modelo, impondo regras e normas de vida. Este elemento foi designado por “pessoa de referência”.

A pessoa de referência – avó, tia, madrinha ou até uma vizinha – passou a assumir a

responsabilidade pela educação e vigilância das crianças, dedicando mais atenção e afeto às crianças, não deixando de impor as regras de conduta recomendadas em cada caso. Passou, assim, a ser a extensão da equipa hospitalar na família e o interlocutor privilegiado entre os técnicos, a família, a creche e a escola.

O investimento na procura de uma pessoa de referência foi regra, embora em muitos casos não fosse possível encontrar essa pessoa, simplesmente porque não existia.

No estudo prospectivo de cinco anos de acompanhamento de 102 crianças maltratadas, que efectuámos, comparando o grupo de crianças com intervenção de uma pessoa de referência com o grupo de crianças sem pessoa de referência, obtiveram-se melhores resultados no primeiro grupo. Constatou-se uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à menor frequência e menor gravidade das recidivas, às melhores competências no quociente de desenvolvimento e nas capacidades intelectuais, na linguagem e no comportamento. Neste grupo, estava ainda integrado, com diferenças estatisticamente significativas, o maior número de crianças que obtiveram melhor rendimento escolar, a maior percentagem das que tinham um autoconceito positivo e uma expectativa positiva quanto à sua vida futura.

### 39.2.7 Prevenção

A prevenção deve constituir parte importante da estratégia e da atitude no que diz respeito à abordagem dos maus tratos infantis.

A prevenção primária tem como objetivo principal a identificação das crianças e famílias de

risco. Com o conhecimento dos fatores de risco, é possível a identificação de potenciais crianças de risco durante a gravidez, na maternidade e nas consultas de saúde infantil. O maior apoio e vigilância à mãe; a implementação de visitas domiciliares; o ensino de regras de puericultura; a promoção do aleitamento materno e da vinculação mãe/filho; o acompanhamento mais frequente e regular nas consultas de saúde infantil; o ensino da prevenção de acidentes; a integração da criança em creche ou jardim-de-infância são exemplos de medidas a pôr em prática.

A prevenção secundária consiste em evitar a recorrência do mau trato após o diagnóstico, promovendo o regresso da criança a casa, sem riscos. Inclui o tratamento adequado da criança e a intervenção na família, o apoio e vigilância no domicílio e na comunidade. Deve incluir visitas domiciliares de enfermeiras, a intervenção de técnicas do serviço social, a colaboração do médico de família e a intervenção das autoridades judiciais quando necessário.

### 39.2.8 Casos clínicos

#### Caso clínico 1

O T. tinha **três meses** de idade quando deu entrada no serviço de urgência do Hospital Pediátrico em coma, muito pálido e com convulsões, segundo os pais após uma *queda do sofá*, no dia anterior. Pouco tempo após a chegada ao hospital, fez uma paragem cardio-respiratória pelo que necessitou de ser reanimado. Tinha fratura de crânio recente com hemorragia subdural e fraturas mais antigas de várias costelas.

Era o primeiro filho de um casal muito jovem, que pertencia a uma classe social média baixa.

A mãe tinha 19 anos, não tinha profissão ou ocupação laboral. O pai, de 20 anos, sem trabalho, era um homem agressivo, conflituoso e havia desertado do serviço militar. Existiam dúvidas quanto ao consumo de drogas em ambos. Referência a conflitos e agressões físicas frequentes entre o casal.

A gravidez não foi desejada nem vigiada. O T. nasceu na maternidade do hospital da área de residência. Com três semanas de idade foi observado naquele hospital por apresentar equimoses na face, nas mãos e nas unhas. Aos dois meses foi reobservado no hospital local por apresentar equimoses dispersas pelo corpo, má progressão ponderal e ser uma criança muito chorona. A mãe referia que o pai o abanava muito.

Dada a gravidade do seu estado, necessitou de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, foi submetido a intervenção neurocirúrgica para drenagem de hematoma subdural. Os exames realizados revelaram lesões cerebrais recentes e antigas e hemorragias retinianas. À data da alta hospitalar, apresentava hemiparésia e dificuldades visuais. O prognóstico era reservado quanto a problemas de ordem física, intelectual e cognitiva.

#### Comentários

Esta criança apresentava vários fatores de risco que deveriam ter sido valorizados logo no primeiro atendimento - era uma criança fruto de gravidez não vigiada, pais muito jovens e sem autonomia financeira, ambiente familiar violento - apresentando lesões cutâneas altamente suspeitas. Nesta altura, não foi efetuado qualquer estudo familiar e a criança teve alta sem o diagnóstico correto e conseqüentemente sem a orientação adequada. Como resultado dessa falta

de intervenção, foi sendo submetido a agressões cada vez mais frequentes e violentas, que justificaram nova ida à urgência com dois meses e finalmente aos três meses chega-nos em estado quase agónico.

Do ponto de vista clínico houve um claro atraso na procura de cuidados médicos, a história que os pais relatavam não era, de modo algum, compatível com o tipo de lesões encontradas (a queda não justificava os achados clínicos) e apresentava, carateristicamente, lesões recentes (traumatismo craniano com fratura) associadas a outras mais antigas (cerebrais e as fraturas de costelas), o que revelava que esta criança vinha sendo vítima de uma enorme violência havia muito tempo, pelo menos desde as três semanas de vida.

A equipa hospitalar conseguiu a intervenção de uma pessoa de referência, uma tia-avó, madrinha da mãe, que corajosamente assumiu a responsabilidade da educação e vigilância do T., consciente da gravidade da situação, da reserva quanto ao prognóstico, nomeadamente as prováveis sequelas neurológicas a curto e longo prazo. A tutela foi-lhe atribuída judicialmente.

Esta criança e respetiva pessoa de referência foram regularmente acompanhadas na nossa consulta. Precisou de cuidados e apoio da fisioterapia, de terapia da fala, de oftalmologia, entre muitos outros, que foram escrupulosamente cumpridos. Das suas sequelas só são aparentes as visuais, corrigidas com as lentes adequadas. Foi integrado normalmente em infantário, na escola e concluiu um curso técnico profissional.

#### **Caso clínico 2**

A V., de oito anos de idade, consulta por alterações do comportamento, perturbações do

sono, perda do controlo de esfíncteres, diminuição do rendimento escolar, isolamento das outras crianças. Durante a consulta quase não fala, parece muito assustada. É internada para esclarecimento da situação. Após alguns dias de se certificar de que pode confiar em nós, relata minuciosamente o que lhe vinha acontecendo. Era abusada sexualmente pelo pai. Referia-nos que isto acontecia havia bastante tempo, mas tinha medo e vergonha de o contar.

A mãe tinha uma atitude muito negligente com a filha e preferiu continuar a viver com o marido. Não existia nenhuma pessoa de referência a quem pudéssemos recorrer nesta situação. A V. foi internada numa instituição.

#### **Comentários**

Qualquer tipo de mau trato, e em particular o abuso sexual, pode manifestar-se por sintomas ou sinais indiretos, como sejam as alterações de comportamento, diminuição do aproveitamento escolar, perda de competências já adquiridas, sendo muitas vezes chamativo o ar de sofrimento destas crianças.

Neste caso, como na maioria dos abusos sexuais, o diagnóstico só foi revelado tardiamente, o agressor era um elemento da família que exercia o abuso sob a ação de ameaça.

#### **Caso clínico 3**

O J., de dois anos de idade, foi trazido pelo INEM ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico por quase afogamento. Tinha sido encontrado pela avó, *a boiar, roxo, como morto, num tanque de rega*. Necessitou de ser reanimado.

É o 3º filho de um casal jovem. O pai, de 29 anos, era trabalhador assíduo e competente da

construção civil, a mãe, de 24 anos, era operária fabril. Viviam numa quinta isolada da povoação, juntamente com os avós, tios e várias crianças entre os 1 e os 8 anos.

Da história familiar, há a registar o falecimento, uns anos antes, de uma irmã com 2 anos e meio, por afogamento e, uma outra, com 7 anos, com sequelas neurológicas e atraso de desenvolvimento decorrentes de um quase afogamento no mesmo poço.

Os pais e a família mostravam-se sinceramente pesarosos pela «triste sina» de perderem os filhos naquele poço.

O J. ficou bem, aparentemente sem sequelas. Apesar de clinicamente bem manteve-se internado durante cerca de uma semana. Só lhe foi dada alta após algumas condições...

#### Comentários

Esta é uma história típica de negligência profissional, familiar e cultural, que não foi suficientemente avaliada pelos técnicos que assistiram esta família. As crianças andavam «à solta» na quinta, sem o mínimo de condições de vigilância. O 1º acidente, pelo menos, deveria ter sido o alarme para esta situação de risco – não só o risco de afogamento no poço de rega, como o de acidentes de vária ordem, nomeadamente perigo de intoxicação com pesticidas.

A negligência é muito frequente, pode matar e ter consequências graves ao nível do desenvolvimento, de sequelas neurológicas, geralmente decorrentes de acidentes. Esta família é o exemplo dramático do que pode acontecer por negligência familiar e profissional.

Esta criança só teve alta do Hospital Pediátrico depois do pai ter protegido o poço

com uma rede alta, de malha fina, e após diligências da Técnica de serviço social para integrar as crianças em infantário, assegurando deste modo a sua vigilância, enquanto os adultos trabalhavam. As medidas mais eficazes nem sempre necessitam de grandes elaborações e atitudes aparentemente simples e óbvias podem evitar tragédias.

Estes são casos reais, diagnosticados e acompanhados no Hospital Pediátrico de Coimbra.

A negligência, ou qualquer outro tipo de mau trato, não devem ser casos de polícia, são da nossa responsabilidade, enquanto técnicos de saúde, cujo prognóstico depende da nossa acuidade diagnóstica e de uma orientação adequada.

#### Leitura complementar

Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, Droegemveller W, Silver HK. *The battered child syndrome*. JAMA 1962;181:17-24.

Canha J. *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto ed. 2000.

Meadow R. ABC of Child Abuse. London: Br Med J 1989.

Helfer RE, Kempe RS, eds. *The battered child* (4<sup>th</sup>ed). The University of Chicago Press 1987.

Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. *Child Abuse and Neglect: a clinician's handbook*. London: Churchill Livingstone 1993.