



Enciclopédia
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Maus-tratos na infância

Atualizado: Julho 2011

Editor do Tema :

Harriet MacMillan, MD, McMaster University, Canadá

Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Silvia Koller, UFRGS – Instituto de Psicologia | Revisão final:
Alessandra Schneider, CONASS

Índice

Síntese	5
<hr/>	
Síndrome do bebê sacudido	8
REENA ISAAC, MD, CAROLE JENNY, MD, MBA, NOVEMBRO 2004	
<hr/>	
O impacto de maus-tratos na infância sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças pequenas	14
SETH POLLAK, PHD, DEZEMBRO 2004	
<hr/>	
Maus-tratos na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança	19
SHEREE L. TOTH, PHD, DANTE CICCHETTI, PHD, DEZEMBRO 2004	
<hr/>	
Maus-tratos na infância e seu impacto sobre a epidemiologia do desenvolvimento psicossocial	25
NICO TROCMÉ, PHD, FEVEREIRO 2005	
<hr/>	
Maus-tratos na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial. Comentários sobre Pollak, Toth e Cicchetti, e Trocmé	29
R. KIM OATES, MD, FRACP, NOVEMBRO 2004	
<hr/>	
Segurança e desorganização do apego em famílias que maltratam e em orfanatos	33
MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PHD, MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PHD, NOVEMBRO 2009	
<hr/>	
Prevenção de maus-tratos na infância	39
HARRIET L. MACMILLAN, MD, ABRIL 2004	
<hr/>	

Serviços e programas comprovadamente efetivos na prevenção de maus-tratos na infância e seus impactos sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5) 43

DAVID A. WOLFE, PHD, ABRIL 2004

Prevenção de abusos e negligência na infância 48

JOHN ECKENRODE, PHD, ABRIL 2004

Prevenção de maus-tratos na infância. Comentários sobre Eckenrode, MacMillan e Wolfe 54

GEOFFREY NELSON, PHD, JULHO 2004

Prevenção de maus-tratos na infância. Comentários sobre Eckenrode, MacMillan e Wolfe 58

JOHN R. LUTZKER, PHD, ABRIL 2004

Violência doméstica e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas 61

KATHERINE M. KITZMANN, PHD, AGOSTO 2007

Tema financiado por



Síntese

Qual é sua importância?

Maus-tratos na infância são um problema importante de saúde pública que afeta tanto as crianças quanto a sociedade como um todo. Para muitas pessoas, maus-tratos são sinônimos de abuso físico ou sexual, mas estes representam apenas 24% e 3% dos casos, respectivamente. As formas mais comuns de maus-tratos são a negligência (30% dos incidentes), a exposição à violência doméstica (28%) e o abuso emocional (15%). De acordo com o segundo *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* – CIS (Estudo Canadense sobre Incidência Relatada de Abuso e Negligência na Infância), entre 1998 e 2003 a incidência de maus-tratos na infância aumentou em 125% – de 9,64 para 21,71 casos documentados para cada mil crianças.¹ Esse aumento pode ser atribuído à melhoria dos procedimentos de registro e investigação. Ocorreram mudanças na forma pela qual os casos são documentados, irmãos vitimizados agora podem ser identificados mais facilmente; e há maior consciência sobre o abuso emocional e a exposição à violência doméstica.

O que sabemos?

De modo geral, os maus-tratos na infância podem ser agrupados em *quatro categorias principais*: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional (incluindo a exposição à violência doméstica) e negligência.

Em alguns casos, os efeitos dos maus-tratos são observados de imediato. Entre os bebês vitimados pela *Síndrome do Bebê Sacudido (SBS)*, registram-se entre 7% e 30% de casos de morte, enquanto 30% a 50% apresentam *deficits* cognitivos ou neurológicos graves, tais como distúrbios de comportamento, atraso de desenvolvimento, *deficits* visuais e motores.

No entanto, o impacto dos maus-tratos nem sempre é tão evidente. Transtornos ou traumas no início da vida podem resultar em uma *variedade de problemas*, entre os quais depressão, agressividade, abuso de drogas, problemas de saúde e infelicidade, anos depois de terem cessado os maus-tratos. Quando adultos, as vítimas de maus-tratos têm altas taxas de ansiedade e de transtornos de estresse pós-traumático, e são mais propensas a se envolverem em comportamentos criminosos. Maus-tratos na infância podem resultar em *apegos inseguros* com os cuidadores, que são transferidos para relações futuras.

Crianças que presenciam *violência doméstica* correm risco de problemas psicológicos, emocionais, comportamentais, sociais e acadêmicos. Apresentam problemas semelhantes aos de crianças que são vítimas de abuso físico. Filhos de famílias que praticam abusos estão expostos a formas desajustadas de comunicação e de comportamento emocional, e recebem modelos deficientes de autorregulação adaptativa.

Os mecanismos precisos que associam a experiência de maus-tratos ao desenvolvimento desses problemas são, em sua maior parte, desconhecidos. É possível que as crianças sejam mais sensíveis a certas emoções – por exemplo, raiva – em comparação com outras emoções importantes para seu comportamento social; ou é possível que o estresse elevado afete o processo pelo qual aprendem a regular suas emoções.

A pesquisa sobre os efeitos de maus-tratos enfrenta diversos desafios. Não há consenso entre os pesquisadores sobre a melhor forma de definir e medir maus-tratos. Também é difícil fazer distinção entre os efeitos de diferentes formas de maus-tratos, que muitas vezes vitima uma mesma criança; e entre os efeitos de maus-tratos e os efeitos associados à pobreza ou a outros fatores relacionados ao ambiente e a eventos da vida. *Predisposições genéticas* podem ajudar a explicar por que algumas crianças são mais resilientes do que outras a maus-tratos na infância.

O que pode ser feito?

Os programas que visam à *prevenção de maus-tratos na infância* promovem fatores de proteção e reduzem fatores de risco. Promovem o bem-estar das crianças, dos pais e das famílias, evitando muitos resultados negativos.

Entre as estratégias preventivas mais eficazes estão os seguintes programas:

- Visitas domiciliares no período perinatal por enfermeiras;
- *Cuidados infantis de boa qualidade* e programas preventivos de educação na primeira infância;
- *Educação do público*, com campanhas nos meios de comunicação e conscientização sobre temas escolhidos – por exemplo, a Síndrome do Bebê Sacudido;
- Educação de profissionais, com melhor capacitação para a identificação de maus-tratos e melhores instrumentos de triagem;
- *Melhorias na comunidade*, tais como habitação.

A intervenção tem o potencial de ajudar crianças e pais. A *identificação precoce* de crianças em risco de Síndrome do Bebê Sacudido pode reduzir os custos individuais, médicos e sociais associados a essa forma de abuso. Os profissionais da área da saúde podem desempenhar um papel-chave na avaliação das condições domésticas e para ajudar os pais a identificarem situações de risco, como o choro excessivo. Intervenções para crianças expostas à violência doméstica visam a ajudá-las a lidar com os estressores associados e a reduzir problemas nos cuidados parentais.

Embora tenham sido observados impactos positivos, é preciso notar que não podemos extrapolar esses resultados para todas as situações. Por exemplo, o programa bastante estudado de *visitas domiciliares por enfermeiras*, de David Olds, mostrou-se eficaz na prevenção de maus-tratos na infância, mas não se pode supor que outros programas de visita domiciliar sejam igualmente efetivos até que existam evidências nesse sentido. São necessárias certas condições para que os efeitos se repitam – por exemplo, há evidências de que, para que apresentem impactos preventivos no curto e no longo prazo, *programas de prevenção no período pré-escolar* devem ser longos e intensivos. Em alguns casos, nosso conhecimento sobre os efeitos completos dos programas é limitado. Por exemplo, programas educacionais sobre abuso sexual na infância

estão associados ao aumento das comunicações/notificações de casos de abuso, mas não se sabe se também ajudam a reduzir sua ocorrência.

Ainda há muito trabalho a ser feito para que possamos compreender e explorar inteiramente os efeitos de programas de prevenção de maus-tratos na infância. Neste momento, para possibilitar a realização de pesquisas sérias sobre prevenção de maus-tratos na infância, precisamos chegar a um consenso quanto a *definições uniformes* e questões éticas. Precisamos também examinar processos e resultados dos programas em diferentes *contextos culturais*, e desenvolver maior sensibilidade em relação a grupos étnicos e culturais diversificados. A prevenção de maus-tratos na infância requer a *coordenação de esforços* em muitos níveis: do governo, do público, de agências, dos responsáveis pela aplicação da lei, de pesquisadores e de provedores de serviços.

Em última instância, as abordagens mais eficazes à prevenção de maus-tratos na infância abordarão as causas profundas desse problema em múltiplos níveis, enfrentando, ao lado da população em geral e das populações de risco, questões relacionadas à pobreza, habitação, emprego, escola, cuidados de saúde e outros sistemas comunitários, e ajudando os pais na criação de seus filhos pequenos.

Referência

1. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, Tonmyr L, Blackstock C, Barter K, Turcotte D, Cloutier R. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2003: Major Findings*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2005.

Síndrome do bebê sacudido

Reena Isaac, MD, Carole Jenny, MD, MBA

Hasbro Children's Hospital & Brown Medical School, EUA

Novembro 2004

Introdução

O trauma cerebral por abuso – TCA (*abusive head trauma* – AHT) é uma das principais causas de morte e de incapacitação na infância.^{1,2,3} No início da década de 1970, descrições de sacudimento brusco e violento de bebês introduziram o conceito de que a manipulação vigorosa do bebê pelo cuidador poderia provocar danos cerebrais significativos.^{2,4,5,6} Oscilações repetitivas da cabeça e do pescoço do bebê podem resultar em danos graves em estruturas vasculares e neurais, provocando hemorragias intracranianas e retinianas, edema cerebral, além de atrofia e distúrbios subsequentes no crescimento do cérebro.^{2,7,8} A descrição clássica da síndrome do bebê sacudido envolve um conjunto de hemorragias cerebrais, fratura de ossos longos e hemorragias retinianas, ao passo que o ato de sacudir com força ou o impacto simples é referido de maneira mais precisa como trauma cerebral por abuso. Nesta discussão, o termo TCA será utilizado para indicar trauma cerebral por abuso por sacudimento, por impacto simples, ou ambos. A maioria das vítimas de TCA tem menos de um ano de idade (idade média de 5 a 9 meses). Muitas vezes é difícil diagnosticar o TCA, porque em geral a criança não apresenta evidências externas de trauma, principalmente se o evento abusivo não envolveu impacto. Os cuidadores frequentemente não informam nenhuma história de abuso ou de dano na consulta inicial.⁹ As vítimas apresentam sinais e sintomas diversos, que variam desde irritabilidade, baixa responsividade e letargia até convulsões, ausência de responsividade e morte. O reconhecimento e a prevenção precoces dessas formas de trauma infligido são imperativos.

Do que se trata

O abuso físico na infância, que inclui o trauma cerebral por abuso, é um problema importante de saúde pública. As conseqüências do TCA são mais graves do que as de qualquer outra causa de dano cerebral na infância.^{1,10} Entre os bebês que são vítimas da síndrome, cerca de 7% a 30% morrem, e entre 30% e 50% têm *deficits* cognitivos ou neurais, enquanto 30% têm uma chance de recuperação, mas estão sob risco contínuo de sequelas neurológicas no longo prazo.^{8,11,12,13} As sequelas neurológicas incluem distúrbios cognitivos e comportamentais, atraso de desenvolvimento, *deficits* motores e visuais, *deficits* de aprendizagem e epilepsia.^{7,8,4} Em uma comparação entre crianças que sofreram danos cerebrais infligidos e danos não intencionais na cabeça, aquelas menores de 6 anos de idade que sofreram danos infligidos continuados apresentaram capacidades cognitivas e motoras significativamente inferiores quando comparadas com pares de idade que tinham sido vítimas de danos acidentais.¹⁵ Além das conseqüências neurológicas, os estudos mostraram que, em geral, crianças abusadas apresentam pouca autoestima e aspirações mais modestas.¹⁶

Problemas

Os *deficits* físicos, cognitivos e comportamentais que resultam de danos cerebrais graves representam um desafio para as famílias, para a comunidade e para os especialistas em reabilitação.¹⁷ As famílias dessas vítimas precisam apoiá-las em suas dificuldades psicossociais duradouras e acomodarem-se a um novo regime e a novas metas de evolução para a criança atingida. Não é possível quantificar completamente os custos pessoais em termos de dor e sofrimento para as vítimas e para suas famílias. Os custos totais para a sociedade também são subestimados, tendo em vista os anos de vida potencialmente perdidos pelas vítimas.¹⁸

Os custos sociais e os encargos econômicos para os hospitais são considerações importantes quando se avaliam os recursos necessários para lidar com essas crianças e lhes dar apoio.^{18,19} As crianças que sobrevivem a danos cerebrais infligidos demandam recursos médicos e psicossociais contínuos. Para esses pacientes, as doenças são mais graves, os custos hospitalares e os custos diários são mais altos, e as taxas de mortalidade são mais elevadas do que para pacientes que foram vítimas de danos não intencionais. Em um dos estudos, as contas médicas dos cuidados especiais de pacientes de abuso infantil em uma unidade de tratamento intensivo foram, em média, de US\$35.641 por paciente. Nesse estudo, 70% deles morreram, e 60% dos sobreviventes apresentaram morbidade residual grave.¹⁸

A identificação precoce de crianças em risco para esse tipo de trauma infligido pode reduzir os custos individuais, médicos e sociais. Um estudo que examinou 173 bebês vítimas de abuso constatou diagnósticos errados na consulta inicial ao serviço médico para cerca de um terço daqueles que sofreram trauma cerebral infligido.²⁰ Nesse grupo de bebês com trauma cerebral por abuso não identificado, 25% voltaram a sofrer abuso antes de serem corretamente diagnosticados. É necessária uma capacitação adequada dos profissionais e um grau apropriado de suspeita para a identificação de crianças e famílias sob risco potencial de abuso. Crianças com danos já infligidos correm maior risco de abusos repetitivos e de danos possivelmente fatais.²¹ Os profissionais da saúde precisam intervir cedo, identificando danos possivelmente provocados por abuso.

Têm sido realizadas poucas pesquisas sobre a prevenção de danos cerebrais por abuso. As estratégias de intervenção propostas incluem a identificação de crianças e famílias em risco, e a educação dos pais e do público sobre o perigo de sacudir os bebês.

Contexto de pesquisa

1. Identificação de crianças e famílias em risco de trauma cerebral por abuso. Têm sido realizadas algumas pesquisas sobre a motivação dos abusadores, suas relações com as vítimas e os fatores sociais de risco para o trauma cerebral por abuso.²² São necessários mais estudos sobre a capacitação de profissionais da saúde para a prevenção e a identificação efetivas do trauma cerebral por abuso.

2. **Prevenção:** a) Em algumas áreas geográficas, foram feitas campanhas educacionais sobre o perigo de sacudir os bebês ou de atingi-los na cabeça. Não são conhecidos os resultados dessas intervenções. É recomendável estudar as formas mais efetivas de divulgar essas informações; b) A análise dos programas dirigidos a famílias de risco pode contribuir para o planejamento de uma estratégia de prevenção secundária; c) A prevenção de reincidências de trauma cerebral por abuso é prevenção terciária. Deve incluir a capacitação das equipes da área médica para o reconhecimento de sinais e sintomas do trauma cerebral por abuso e planejamento de sistemas efetivos de bem-estar infantil que protejam as vítimas contra novos abusos.

Questões-chave de pesquisa

1. Quais são as formas mais efetivas de prevenir o TCA?
2. Uma vez que é possível que os sinais e os sintomas do TCA não sejam específicos, há marcadores bioquímicos específicos de dano cerebral que possam ser detectados na corrente sanguínea periférica logo após serem infligidos os danos?
3. Os sinais e sintomas iniciais apresentados por vítimas de TCA predizem sequelas neurológicas de longo prazo?
4. Existe muito debate científico e legal sobre o mecanismo (sacudimento, sacudimento e impacto ou só impacto) pelo qual é provocado o dano que resulta na condição final e nas consequências para uma vítima de dano cerebral infligido. Estão em andamento estudos sobre a biomecânica do TCA, focalizando questões sobre a magnitude e o tipo (tangencial ou rotacional) da aceleração necessária para provocar danos em bebês. A amplificação harmônica de forças devido a sacudimento repetitivo reduziria os limiares de danos?

Resultados de pesquisas recentes

Tem sido debatido o momento em que se estabelecem os sintomas do TCA. Um estudo recente de declarações de perpetradores que admitem a prática de TCA sugere que os sintomas do dano cerebral infligido a crianças manifestam-se imediatamente.²³ Nesse estudo, nenhum dos agressores descreveu o comportamento da criança como sendo normal depois do evento de abuso. A maioria dos agressores admitiu que sacudiu as crianças sem impacto.

Estudos recentes de Ewing-Cobbs e colegas caracterizaram os resultados físicos, neurocomportamentais e de desenvolvimento de crianças com danos cerebrais traumáticos infligidos e não infligidos. A análise de estudos com neuroimagem (tomografia/ressonância magnética) ajudou a identificar as características típicas do dano infligido.¹⁰

Conclusões

Os danos sofridos por TCA têm sido reconhecidos como os mais graves no espectro do abuso infantil, com morbidade e mortalidade significativas. O TCA responde por uma proporção substancial de internações hospitalares de bebês e crianças pequenas com trauma cerebral. O dano cerebral afeta o funcionamento e o crescimento da criança e a qualidade de sua participação no lar e na comunidade. Os *deficits* cognitivos e

neuroológicos resultantes têm consequências devastadoras para o indivíduo e para a família.^{3,10,16,24} A prevenção desses danos infligidos é o cerne do problema.^{25,26} É recomendável a promoção de campanhas continuadas de conscientização do público sobre os perigos de sacudir e de bater em bebês. Devem ser realizadas pesquisas para a identificação das formas mais efetivas de divulgação e assimilação de informações nas populações de alto risco, de forma a garantir um alcance mais efetivo. É difícil saber se, por si só, a informação se traduz em práticas. Portanto, devem ser promovidos também programas dirigidos à educação de pais e à melhoria de práticas de cuidados.

Têm sido bem-recebidos os serviços que visam à prevenção de abuso de negligência, particularmente os de “visitas domiciliares” a famílias jovens.^{27,28} É necessário realizar pesquisas para a avaliação de crianças e famílias de alto risco – famílias em que há violência doméstica e problemas de abuso de drogas, e que não têm apoio comunitário –, de forma a oferecer um plano dirigido de prevenção com boa relação custo-benefício.^{29,30} O ajustamento de programas de visitas domiciliares a grupos de alto risco e a exigência de garantia de qualidade desses programas são condições indispensáveis para que sejam produzidos benefícios máximos a partir deles. Programas de visitas domiciliares aumentam a capacidade de prevenir maus-tratos e de promover o desenvolvimento das crianças e de seus pais.³¹ Esses programas precisam incluir também os homens da casa, uma vez que a maioria dos perpetradores de abuso grave é do sexo masculino.²² Serviços preventivos e campanhas educacionais bem-sucedidas devem ser considerados como investimentos mínimos para garantir que a vida da criança decorra em um lar seguro e acolhedor.

Implicações para perspectivas de políticas e serviços

A síndrome do bebê sacudido e o trauma cerebral por abuso são eventos devastadores que têm consequências psicológicas, físicas e financeiras para a criança, a família e a comunidade. Os gastos médicos e os recursos sociais para os cuidados de pacientes agudos e para a reabilitação sobrecarregam um sistema que tem recursos limitados. A prevenção é a chave para a intervenção nesse problema social. É preciso consolidar o conceito de que sacudir uma criança é uma prática intolerável. Acredita-se que campanhas educacionais – como o modelo “não sacuda o bebê” – sejam instrumentos efetivos para aumentar o conhecimento dos pais sobre os perigos dessa prática.³² Estudos sobre as economias geradas por programas de prevenção bem-planejados e efetivos são um investimento justificável de recursos da comunidade.^{18,19} A Academia Americana de Pediatria reconheceu que o modelo de visitador domiciliar do sistema de saúde tem sido bem-recebido e tem produzido benefícios significativos. Um programa de visitas domiciliares por enfermeiras e paraprofissionais nos períodos pré-natal e pós-parto foi testado como instrumento preventivo contra problemas de saúde e de desenvolvimento de crianças em maior risco para esse tipo de problema.^{30,33,34} Observou-se que a economia potencial representada por um único caso, em termos de encargos médicos de emergência, compensa amplamente o salário anual de um visitador domiciliar para famílias de alto risco durante um ano.¹⁸ A visita domiciliar não é uma panaceia para a epidemia de abuso infantil, mas pode ser uma intervenção efetiva para a redução de sua incidência.^{27,29} É imperativo o compromisso público com o estabelecimento de programas de intervenção.

Referências

1. Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatric Annals* 1989;18(8):482-484, 486-489, 492-494.
2. Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974;54(4):396-403.

3. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, Schut L, Sutton LN, Seidl TS, Nudelman S, Hertle R, Tsiaras W, Loporchio S. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics* 1992;90(2):179-185.
4. Caffey J. On the theory and practices of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American Journal of Diseases of Children* 1972;124(2):161-169.
5. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *BMJ - British Medical Journal* 1971;2(759):430-431.
6. Ommaya AK, Faas F, Yarnell P. Whiplash injury and brain damage: an experimental study. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1968;204(4):285-289.
7. Bonnier C, Nassogne MC, Saint-Martin C, Mesples B, Kadhim H, Sebire G. Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. *Pediatrics* 2003;112(4):808-814.
8. Haviland J, Russell RIR. Outcome after severe non-accidental head injury. *Archives of Disease in Childhood* 1997;77(6):504-507.
9. Conway EE. Nonaccidental head injury in infants: "The shaken baby syndrome revisited." *Pediatric Annals* 1998;27(10):677-690.
10. Ewing-Cobbs L, Kramer L, Prasad M, Canales DN, Louis PT, Fletcher JM, Vollero H, Landry SH, Cheung K. Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics* 1998;102(2):300-307.
11. Bonnier C, Nassogne MC, Evrard P. Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome; Late consequences after a symptom-free interval. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1995;37(11):943-956.
12. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2001;22(2):112-122.
13. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. *Pediatric Neurosurgery* 1996;24(6):292-298.
14. Gilles EE, Nelson MD. Cerebral complications of nonaccidental head injury in childhood. *Pediatric Neurology* 1998;19(2):119-128.
15. Kriel RL, Krach LE, Panser LA. Closed head injury: comparison of children younger and older than 6 years of age. *Pediatric Neurology* 1989;5(5):296-300.
16. Brown JK, Minns RA. Nonaccidental head injury, with particular reference to whiplash shaking injury and medicolegal aspects. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1993;35(10):849-869.
17. Livingston MG, McCabe RJ. Psychosocial consequences of head injury in children and adolescents: implications for rehabilitation. *Pediatrician* 1990;17(4):255-261.
18. Irazuzta JE, McJunkin JE, Danadian K, Arnold F, Zhang JL. Outcome and cost of child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1997;21(8):751-757.
19. Rovi S, Chen PH, Johnson MS. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *American Journal of Public Health* 2004;94(4):586-590.
20. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1999;281(7):621-626.
21. Alexander R, Crabbe L, Sato Y, Smith W, Bennett T. Serial abuse in children who are shaken. *American Journal of Diseases of Children* 1990;144(1):58-60.
22. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995;95(2):259-262.
23. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158(5):454-458.
24. Epstein MA. Neurological and behavioral sequelae in children with traumatic brain injury. *International Pediatrics* 1998;13(3):145-149.
25. Benstead JG. Shaking as a culpable cause of subdural haemorrhage in infants. *Medicine, Science & the Law* 1983;23(4):242-244.
26. Benzel EC, Hadden TA. Neurologic manifestations of child abuse. *Southern Medical Journal* 1989;82(11):1347-1351.
27. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson C, Smith E, Olds D, Powers J, Cole R. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(11):1385-1391.
28. Leventhal JM. The prevention of child abuse and neglect: successfully out of the blocks. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(4):431-439.
29. Gomby DS. Promise and limitations of home visitation. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(11):1430-1431.
30. Leventhal JM, Garber RB, Brady CA. Identification during the postpartum period of infants who are at high risk of child maltreatment. *Journal of Pediatrics* 1989;114(3):481-487.
31. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home

visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.

32. Showers J. "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse and Neglect* 1992;16(1):11-18.
33. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-496.
34. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.

O impacto de maus-tratos na infância sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças pequenas

Seth Pollak, PhD

University of Wisconsin at Madison, EUA

Dezembro 2004

Introdução

Maus-tratos na infância são um fenômeno assustador, que priva bebês e crianças da proteção, dos cuidados, da promoção do desenvolvimento e das interações que são típicas da forma pela qual os seres humanos (e muitas outras espécies) cuidam de seus filhos. Já há documentação suficiente para comprovar que crianças que sofrem maus-tratos correm riscos elevados de manifestação de problemas comportamentais, emocionais e sociais em fases posteriores da vida.¹ No entanto, ainda são amplamente desconhecidos os mecanismos precisos pelos quais a experiência de maus-tratos se associa ao desenvolvimento desses problemas. Persiste uma questão crítica de desenvolvimento: de que forma a adversidade ou os traumas no início da vida podem resultar em uma variedade de problemas, entre os quais depressão, agressividade, abuso de drogas, problemas de saúde e infelicidade, anos após a cessação dessas experiências? A formulação dessa questão em termos mecanicistas, ao invés de apenas descrever os tipos de problemas observados em crianças maltratadas, ajuda a desvelar as intervenções mais efetivas para essas crianças. O desenvolvimento emocional e social de crianças vítimas de maus-tratos fornece uma pista convincente sobre onde começar a procurar respostas para essa pergunta.

Do que se trata

Maus-tratos na infância são um problema significativo de saúde pública. A cada ano, cerca de 13 em cada mil crianças norte-americanas e uma em cada mil crianças canadenses são comprovadamente vítimas de alguma forma de maus-tratos.^{2,3} Muitas outras crianças sofrerão maus-tratos por formas mais difíceis de comprovar, tais como abuso emocional ou negligência. Essas formas de abuso são mais complexas para detectar e medir, mas também causam danos imensos.

Problemas

Maus-tratos na infância constituem um rompimento em relações que deveriam oferecer proteção e promover o cuidado para a criança. As famílias são o contexto principal no qual as crianças aprendem que tipos de comportamentos sociais devem esperar dos outros assim como interpretar e enviar sinais emocionais para os outros. Em famílias que praticam abuso, as crianças estão expostas a formas desajustadas de comunicação e de comportamento emocional e recebem modelos deficientes de autorregulação adaptativa.

Contexto de pesquisa

Tendo em vista que maus-tratos na infância não são apenas um problema de saúde mental, mas também um problema social e legal, é possível que as famílias não se sintam motivadas a participar de estudos. Portanto, é necessário que se tome cuidado para garantir que as pesquisas incluam amostras representativas de crianças submetidas a maus-tratos, mas isto não deve ser feito de forma coercitiva. É importante também que maus-tratos na infância sejam estudados como algo diferenciado da pobreza. Por exemplo, alguns pais talvez não disponham de recursos para oferecer a seus filhos certos tipos de alimentação, de experiências educacionais ou de cuidados médicos. Nesses casos, só se aplicaria o conceito de maus-tratos se os pais não fizessem todo o possível para desfrutar de quaisquer recursos comunitários disponíveis – como solicitar vales-alimentação ou utilizar salas de emergência. Por fim, é difícil definir maus-tratos na infância, e as definições variam entre os estudos. Alguns incluem todas as crianças que sofreram qualquer tipo de experiência traumática ou prejudicial, ou cuidados parentais inadequados, ao passo que outros podem focalizar especificamente crianças que sofreram abuso sexual, abuso físico ou negligência, ou que presenciaram violência doméstica. É provável que cada um desses tipos de experiência tenha efeitos diferentes no desenvolvimento da criança. Os projetos de pesquisa podem diferir também quanto à forma pela qual os maus-tratos são evidenciados. Algumas equipes de pesquisadores perguntam diretamente à criança e aos pais a respeito de maus-tratos, enquanto outras recorrem a registros policiais ou judiciais, e outras ainda seguem orientações estabelecidas por agências locais de bem-estar da criança.

Questões-chave de pesquisa

As questões centrais no estudo de maus-tratos na infância referem-se aos mecanismos subjacentes que associam a experiência inicial com problemas posteriores. O que muda na criança em decorrência de sua experiência? O que exatamente, no ambiente ou na experiência de abuso, é responsável pela mudança? De que maneiras se relacionam a frequência, a gravidade, o tipo específico de maus-tratos e o estágio de desenvolvimento da criança nesse momento com diferentes resultados de desenvolvimento? Por que maus-tratos na infância estão associados a tantos tipos diferentes de problemas? E, o que é mais importante, o que pode ser feito para corrigir e para prevenir esses problemas?

Resultados de pesquisas recentes

A capacidade crescente da criança de reconhecer emoções e de responder adequadamente a elas é uma habilidade social particularmente importante. No entanto, crianças vítimas de maus-tratos apresentam frequentemente padrões incomuns de desenvolvimento emocional. Essas crianças apresentam desempenho deficiente em tarefas que avaliam reconhecimento e expressão de emoções.^{4,6} Em especial, crianças que sofreram abuso físico muitas vezes manifestam ao mesmo tempo retraimento e agressividade,⁷⁻⁹ prestam atenção a pistas relacionadas à agressão e lembram-se prontamente delas^{10,11} e tendem a atribuir hostilidade

aos outros.¹² Como seria de esperar, esse conjunto de comportamentos muitas vezes resulta em dificuldades interpessoais para essas crianças.^{13,14}

Um dos mecanismos sugeridos como subjacente ao desenvolvimento de problemas comportamentais em crianças vítimas de maus-tratos é o fato de experiências traumáticas, tais como maus-tratos, aumentarem seletivamente a sensibilidade da criança a certas pistas emocionais salientes, especialmente as de raiva, em prejuízo de sua aprendizagem de reconhecimento de outras emoções.¹⁵ Por exemplo, crianças que sofrem abuso físico tendem a perceber expressões faciais zangadas como muito salientes em comparação com outras emoções; em contraste, crianças negligenciadas tendem a ter dificuldade de diferenciar expressões faciais de emoção.⁶ Estudos recentes sugeriram que crianças abusadas fisicamente exibem aumento relativo na atividade elétrica do cérebro quando atentam especificamente para expressões faciais zangadas.^{10,16,17}

O estresse extremo associado a maus-tratos na infância também pode resultar em problemas na regulação da emoção e do estresse, entre os quais depressão^{18,19} e abuso de drogas,²⁰ que provavelmente refletem tentativas de ajudar a regular os estados emocionais.²¹ Na fase adulta, as vítimas de maus-tratos têm taxas altas de ansiedade, distúrbios alimentares e distúrbio de estresse pós-traumático.²²⁻²³ Uma área atual de interesse é o efeito de hormônios associados a estresse alto, como o cortisol, sobre o desenvolvimento de regiões cerebrais associadas à armazenagem e à recuperação de lembranças.^{24,25} Embora, em sua maioria, as crianças vítimas de maus-tratos não se tornem delinquentes, cerca de 30% delas se envolverão em comportamentos criminais.^{26,27}

Conclusões e implicações

Maus-tratos na infância prejudicam o curso normal do desenvolvimento emocional das crianças. Crianças vítimas de maus-tratos correm risco de uma ampla variedade de problemas de saúde mental, entre os quais depressão, ansiedade, abuso de drogas, criminalidade e outras formas de comportamento emocional mal-regulado. Estudos recentes e promissores estão trazendo novos conhecimentos sobre as maneiras pelas quais os maus-tratos afetam o desenvolvimento emocional, focalizando em sistemas cerebrais de atenção e de estresse. Nesse meio tempo, é necessário trabalhar no desenvolvimento de intervenções efetivas para essas crianças.

Embora maus-tratos na infância ocorram em todos os estratos socioeconômicos, a pobreza e o estresse ambiental aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Adultos que vivem em condições de pobreza vivenciam frequentemente níveis elevados de estresse e de instabilidade social, problemas emocionais e altos níveis de abuso de drogas e/ou depressão – e todos esses fatores prejudicam sua capacidade de prestar cuidados parentais adequados. No entanto, a pobreza não pode explicar todas as ocorrências de maus-tratos na infância. Famílias que praticam maus-tratos muitas vezes não têm uma rede de apoio social composta de amigos, família extensa e comunidades de vizinhança. Embora a falta de conexões sociais possa refletir dificuldades interpessoais dos pais, a consequência para a criança é uma rede limitada de adultos que podem servir como modelos para a aquisição de comportamentos pró-sociais, e poucas oportunidades de estabelecer relações com adultos estáveis. Este é um aspecto crítico, porque pais que praticam abusos frequentemente estão pouco expostos a modelos adequados de papel parental e têm pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil, estratégias de criação de filhos, resolução de problemas sociais e métodos para lidar com sentimentos de raiva e com estresse. As pesquisas sobre serviços para o tratamento de crianças que

sofrem maus-tratos e de suas famílias têm sido prejudicadas pelo desconhecimento sobre os processos específicos que devem ser focalizados para a remediação. Estão em andamento novas pesquisas sobre mecanismos neurobiológicos. Uma vez que a maioria das intervenções atuais não dispõe de dados empíricos sobre sua eficácia, a prevenção de maus-tratos na infância é uma perspectiva bastante promissora.

Referências

1. Cicchetti D, Manly JT. Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Developmental and Psychopathology* 2001;13(4):755-757.
2. Trocmé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: Selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/nfnts-cmic_e.pdf. Accessed October 25, 2007.
3. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. *Trends in the well-being of America's children and youth*, 2000. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Available at: <http://aspe.hhs.gov/hsp/00trends/index.htm>. Accessed October 28, 2004.
4. Camras LA, Ribordy S, Hill J, Martino S, Sachs V, Spaccarelli S, Stefani R. Maternal facial behaviour and the recognition and production of emotional expression by maltreated and nonmaltreated children. *Developmental Psychology* 1990;26(2):304-312.
5. Camras LA, Sachs-Alter E, Ribordy SC. Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. In: Lewis M, Sullivan MW, eds. *Emotional development in atypical children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1996:203-225.
6. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology* 2000;36(5):679-688.
7. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioural and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development* 1984;55(3):794-802.
8. Jacobson RS, Straker G. Peer group interaction of physically abused children. *Child Abuse & Neglect* 1982;6(3):321-327.
9. Rogosch FA, Cicchetti D, Aber JL. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology* 1995;7(4):591-609.
10. Pollak SD, Tolley-Schell SA. Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology* 2003;112(3):323-338.
11. Rieder C, Cicchetti D. Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology* 1989;25(3):382-393.
12. Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development* 1992;63(6):1321-1325.
13. Klimes-Dougan B, Kistner J. Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology* 1990;26(4):599-602.
14. Rogosch FA, Cicchetti D, Aber JL. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology* 1995;7(4):591-609.
15. Pollak SD. Experience-dependent affective learning and risk for psychopathology in children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:102-111.
16. Pollak SD, Cicchetti D, Klorman R, Brumaghim JT. Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child Development* 1997;68(5):773-787.
17. Pollak SD, Klorman R, Thatcher JE, Cicchetti D. P3b reflects maltreated children's reactions to facial displays of emotion. *Psychophysiology* 2001;38(2):267-274.
18. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(12):1490-1496.
19. Koverola C, Pound J, Herger A, Lytle C. Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse & Neglect* 1993;17(3):393-400.
20. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors of adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(1):19-30.
21. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry* 2000;57(10):953-959.

22. McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39(1):108-115.
23. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(8):1223-1229.
24. De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer S, Hall J. N-acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(7):1175-1177.
25. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;284(5):592-597.
26. Kaufman J, Zigler EF. The intergenerational transmission of child abuse. In: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York, NY: Cambridge University Press; 1989:129-150.
27. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244(4901):160-166.

Maus-tratos na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança

Sheree L. Toth, PhD, Dante Cicchetti, PhD

Mt. Hope Family Center & University of Rochester, EUA

Dezembro 2004

Introdução

Maus-tratos na infância são um problema social universal que frequentemente exercem um impacto negativo devastador sobre as crianças, não apenas na infância, mas durante toda a vida.^{1,2,3,4} Embora a representação de crianças maltratadas nos meios de comunicação retrate graficamente edemas, queimaduras, traumas cerebrais, abandono e desnutrição, um conjunto crescente de pesquisas sugere que não apenas os danos físicos, mas também os danos emocionais que acompanham atos abusivos e negligentes podem resultar em efeitos prejudiciais significativos e de longo prazo para a criança. Maus-tratos nos primeiros cinco anos de vida podem ser particularmente danosos, devido à vulnerabilidade das crianças pequenas e ao fato de que os primeiros anos de vida caracterizam-se por crescimento neurobiológico e psicológico mais rápido do que os anos subsequentes.

Do que se trata

O número de crianças que sofrem alguma forma de maus-tratos vem aumentando nos últimos anos. Segundo o critério operacional rígido utilizado no mais recente Estudo de Incidência Nacional realizado nos Estados Unidos, quase 1,6 milhão de crianças americanas foram vítimas de abuso ou de negligência em 19935 – um aumento de 149% em relação ao período de sete anos entre os estudos. Em 1993, 11,1 de cada mil crianças sofreram abuso e 13,1 sofreram negligência. Entre essas crianças maltratadas, 50% tinham menos de 7 anos de idade e 25% tinham menos de 4 anos. No primeiro estudo com abrangência nacional que examinou a incidência de maus-tratos na infância no Canadá, foram obtidas estatísticas igualmente alarmantes, com uma estimativa de 21,52 investigações de maus-tratos na infância por mil crianças em 1998.^{6,7} Notadamente as estatísticas canadenses representam apenas uma parte das ocorrências efetivas de maus-tratos, uma vez que o estudo só avaliou os casos que foram investigados por profissionais ligados ao bem-estar da criança.

Problemas

As pesquisas e intervenções nesta área vêm enfrentando inúmeros desafios.

- O campo foi prejudicado pela falta de critérios operacionais claros sobre os atos que constituem maus-tratos na infância.^{2,8,9} Em decorrência disso, as estimativas sobre a magnitude do problema variam significativamente em função dos critérios utilizados para definir maus-tratos.

- Houve controvérsias sobre a melhor forma de identificar a ocorrência de maus-tratos. Alguns pesquisadores defendem a utilização de registros oficiais, enquanto outros acreditam que é preferível questionar a criança que foi maltratada ou o cuidador que maltratou. Idealmente, seria utilizada uma combinação das duas fontes de informação.
- Uma vez que crianças vítimas de maus-tratos raramente sofrem um único tipo de abuso, os pesquisadores também precisam identificar a melhor forma de diferenciar as sequelas associadas a tipos particulares de maus-tratos.
- Além disso, uma vez que a prática de maus-tratos é mais comum em famílias de baixa renda, é um desafio fazer distinção entre os efeitos específicos de maus-tratos e os efeitos da pobreza e dos estresses associados a ela.
- Embora já exista um consenso de que maus-tratos afetam adversamente o desenvolvimento, houve menos progressos na explicação dos processos e mecanismos que contribuem para a diversidade de resultados de desenvolvimento observados em crianças vítimas de maus-tratos.
- Da mesma forma, são necessárias pesquisas longitudinais para elucidar os processos de desenvolvimento implicados nas consequências de maus-tratos na infância. No entanto, é difícil manter grupos suficientemente grandes para o acompanhamento devido à redução da população estudada em função de fatores como mobilidade, encarceramento, hospitalização psiquiátrica e alocação das crianças em abrigos e para adoção.
- De maneira geral, um foco quase exclusivo em resultados comportamentais e psicológicos de maus-tratos nos primeiros cinco anos de vida desconsidera amplamente as sequelas neurobiológicas de abuso e negligência.
- A heterogeneidade das consequências dos maus-tratos em crianças sugere que estes não afetam todas as crianças da mesma maneira. Os resultados variados salientam a importância de examinar preditores de resiliência apesar da adversidade dos maus-tratos.
- Apesar do amplo conhecimento sobre os efeitos adversos de maus-tratos, houve pouco progresso na criação de estratégias efetivas de prevenção e de intervenção. A exceção é o trabalho de David Olds.^{10,11}

Contexto de pesquisa

As investigações na área de maus-tratos na infância têm tido necessariamente um escopo amplo, envolvendo aspectos de epidemiologia e de definição, de consequências para o desenvolvimento, de resultados no longo prazo e de intervenções. Embora o fenômeno de maus-tratos na infância perpassasse todos os níveis socioeconômicos, grande parte dos trabalhos focalizou populações de baixa renda.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa decorrem diretamente dos aspectos relacionados aos problemas. Precisamos nos basear no extenso conhecimento sobre os efeitos negativos de maus-tratos para nos direcionarmos a

questões cada vez mais sofisticadas. As investigações precisam utilizar definições operacionais claras de maus-tratos, e essas definições precisam ser especificadas. A esse respeito, precisa ser examinada toda a diversidade de experiências de maus-tratos, incluindo variáveis como idade de início, o perpetrador, a severidade e a cronicidade. É preciso focalizar esforços na identificação de trajetórias que produzem resultados ajustados e desajustados, e não apenas uma, mas múltiplas áreas de desenvolvimento. A investigação sobre resultados deve examinar também indicadores neurobiológicos e psicofisiológicos, juntamente com variáveis socioemocionais. Por fim, são necessárias pesquisas longitudinais que incorporem análises de custo-benefício do insucesso na prevenção de maus-tratos ou no oferecimento de tratamento adequado diante de sua ocorrência.

Resultados de pesquisas recentes

Maus-tratos na infância exercem um impacto devastador e duradouro sobre as crianças e têm alto custo para a sociedade em geral. Em uma investigação longitudinal, Widom e Maxfield¹² verificaram que crianças vítimas de abuso e negligência tinham probabilidade 1,8 vezes maior de serem presas na juventude do que seus pares que não tinham sofrido maus-tratos. Crianças maltratadas tendem também a desenvolver problemas de abuso de drogas.^{13,14} Além disso, mais de 50% das crianças maltratadas enfrentam dificuldades na escola, e cerca de 25% precisam de serviços de educação especial.^{15,16}

Infelizmente, até o momento a maior parte das pesquisas orientadas por teorias e metodologicamente rigorosas focalizou o impacto em crianças em idade pré-escolar e mais velhas. As pesquisas realizadas com crianças nos cinco primeiros anos de vida salientaram consistentemente as sequelas socioemocionais negativas de maus-tratos em muitos domínios do desenvolvimento.^{3,17} Um conjunto considerável de pesquisas mostrou que maus-tratos na infância podem levar a relações de apego inseguro com cuidadores.¹⁷ É importante notar que esses padrões de apego inseguro não são específicos dos primeiros anos de vida, mas persistiram ao longo dos anos pré-escolares e escolares.¹ As dificuldades iniciais de crianças pequenas para formar uma relação de apego seguro com um cuidador primário podem também potencializar distúrbios persistentes em relações interpessoais no decorrer do desenvolvimento. Foram identificadas também dificuldades de desenvolvimento de outras competências próprias de cada idade, entre as quais: distúrbios no desenvolvimento do *self*,^{18, 19} incapacidade de formar relações efetivas com pares de idade;^{20,21,22} desafios na adaptação ao ambiente escolar;^{23,24,25} e taxas mais altas de problemas comportamentais e de psicopatologias.^{26,27} Pesquisas recentes lançaram luz também sobre dificuldades de aquisição de teoria da mente por crianças que foram vítimas de maus-tratos.^{28,29}

Conclusões

Não há dúvida de que maus-tratos na infância são um problema imenso, que cobra um preço não só de suas vítimas, mas também da sociedade em geral. Nos Estados Unidos, um relatório do Instituto Nacional de Justiça³⁰ estimou em US\$56 bilhões os custos anuais de atos de abuso e negligência na infância. Essa estimativa inclui custos diretos, tais como gastos médicos, perda de rendimentos e programas públicos, assim como aqueles indiretos, associados à dor e à redução da qualidade de vida. Mais recentemente, um estudo realizado pelo *Prevent Child Abuse America* (Prevenção do Abuso Infantil na América) estimou o custo total de abusos na infância, nos Estados Unidos, em mais de US\$94 bilhões por ano.³¹ Maus-tratos na infância podem afetar o desenvolvimento de competências das crianças não só em um único período da vida, mas ao longo de toda a

vida. No entanto, é importante reconhecer que há muita diversidade nos processos e nos resultados associados a maus-tratos na infância. Têm sido destacadas também novas direções importantes para a pesquisa sobre esse problema social crítico. Já não é mais produtivo realizar investigações que focalizam apenas a descoberta dos principais efeitos associados aos maus-tratos na infância, porque essas abordagens tendem a produzir resultados que não explicitam com precisão os riscos de desenvolvimento que acompanham os maus-tratos. É urgentemente necessário também desenvolver mais pesquisas sobre os efeitos de maus-tratos na infância durante os primeiros anos de vida. Igualmente fundamentais são o desenvolvimento e a implementação de investigações longitudinais abrangentes sobre maus-tratos na infância e sobre os fatores de risco que os acompanham.

Implicações para perspectivas de políticas e serviços

As pesquisas sobre as consequências socioemocionais de maus-tratos nos primeiros anos de vida oferecem uma base de conhecimentos sobre a forma pela qual cuidados parentais inadequados podem deter o desenvolvimento. Entretanto, para que essas descobertas científicas sejam adequadamente aplicadas na formulação e na avaliação de estratégias de prevenção e de intervenção com crianças e famílias vulneráveis, é necessário implementar uma série de recomendações.

- Uma vez que seja identificada a ocorrência de maus-tratos, é fundamental prover intervenções o mais rapidamente possível. Ainda que sintomas ou uma doença mental diagnosticável não se manifestem imediatamente, o encaminhamento para um profissional de saúde mental para avaliar a possível necessidade de uma intervenção precoce é uma maneira importante de prevenir ou mitigar a ocorrência de consequências negativas para o desenvolvimento. Retirar de sua casa uma criança vítima de maus-tratos não é uma forma de tratamento.
- Uma vez que o abuso de drogas pelas mães e a incapacidade decorrente de cuidar dos filhos é um motivo cada vez mais prevalente de ocorrência de maus-tratos na infância, precisam ser investigados os efeitos de comorbidade aos maus-tratos e à exposição pré e pós-natal a drogas e suas implicações.
- Há poucas evidências metodologicamente confiáveis sobre a eficácia de intervenções com crianças vítimas de maus-tratos. Para que se efetivem as expectativas de modificação de políticas e de aumento de alocação de recursos, precisamos ser capazes de apresentar análises de custo-benefício sobre a eficácia da prevenção e de intervenções com essas crianças.
- Não pode ser adiado o aprimoramento da capacitação daqueles que lidam com questões de abuso e negligência na infância. Os profissionais que trabalham com a proteção à criança precisam receber informações sobre a importância de oferecer intervenções psicológicas para crianças pequenas que foram maltratadas e para seus cuidadores biológicos ou adotivos. No mínimo, as equipes dos serviços de proteção precisam estar cientes das pesquisas sobre efeitos de curto e de longo prazo de maus-tratos na infância, e aumentar seus esforços no sentido de encaminhar essas crianças para avaliação e para os atendimentos disponíveis, antes que se manifeste um distúrbio comportamental ou psiquiátrico grave. Da mesma forma, a capacitação de terapeutas precisa incorporar uma

consideração de questões sistêmicas mais amplas que acompanhem o trabalho com crianças no sistema de bem-estar da infância.

- É preciso integrar princípios sobre desenvolvimento humano à capacitação de médicos que podem estar envolvidos com crianças vítimas de maus-tratos. Uma vez que as consequências de maus-tratos podem variar em função do período de desenvolvimento em que o trauma ocorre, os terapeutas precisam estar preparados para incorporar em seu trabalho a compreensão sobre o desenvolvimento.
- Uma vez que nossos sistemas de identificação, nosso conhecimento baseado em pesquisa e sobre estratégias de prevenção e de tratamento de maus-tratos nos primeiros anos de vida são mais precários do que aqueles desenvolvidos para lidar com o problema em fases posteriores da infância e da adolescência, é necessário desenvolver esforços para suprir essas lacunas.

Referências

1. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34(5):541-565.
2. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology* 2001;13(4):759-782.
3. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin* 1993;114(1):68-79.
4. Trickett PK, McBride-Chang C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review* 1995;15(3):311-337.
5. Sedlak AJ, Broadhurst DD. *The third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
6. Trocmé N, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: Selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.
7. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie N. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.
8. Cicchetti D, Barnett D. Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. In: Cicchetti D, Grove WM, eds. *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl, Vol. 1: Matters of public interest; Vol. 2: Personality and psychopathology*. Minneapolis, Minn: University of Minnesota Press; 1991:346-377.
9. Cicchetti D, Rizley R. Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development* 1981;11:31-55.
10. Olds DL, Henderson CR Jr., Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.
11. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
12. Widom CS, Maxfield MG. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996;794:224-237.
13. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(3):191-203.
14. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(12):1744-1751.
15. Caldwell RA. The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience; 1992.

16. Veltman MWM, Browne KD. Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma Violence & Abuse* 2001;2(3):215-239.
17. Cicchetti D, Toth SL. Developmental processes in maltreated children. In: Hansen DJ, ed. *Nebraska Symposium on Motivation Vol. 46, 1998: Motivation and child maltreatment*. Lincoln, Neb: University of Nebraska Press; 2000:85-160.
18. Cicchetti D. Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of the self. *Developmental Review* 1991;11(3):271-287.
19. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Emde RN. Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development & Psychopathology* 1997;9(4):781-796.
20. Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development* 2001;72(2):549-568.
21. Rogosch FA, Cicchetti D. Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development* 1994;3(3):291-308.
22. Shields A, Ryan RM, Cicchetti D. Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology* 2001;37(3):321-337.
23. Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioural maladjustment. *Developmental Psychology* 2001;37(1):3-17.
24. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology* 1993;29(1):53-62.
25. Toth SL, Cicchetti D. The impact of relatedness with mother on school functioning in maltreated children. *Journal of School Psychology* 1996;34(3):247-266.
26. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment in the early years of life. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *Infant mental health in groups at high risk*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2000:255-294. WAIMH Handbook of infant mental health; vol 4.
27. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. In: Cicchetti D, Toth SL., eds. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. Rochester, NY: University of Rochester Press; 1997:263-288. Rochester symposium on developmental psychology; vol 8.
28. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology* 2003;15(4):1067-1091.
29. Pears KC, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence and deficits. *Development and Psychopathology*. In press.
30. Miller T, Cohen M, Wiersema B. *Victim costs and consequences: A New Look. The National Institute of Justice: Research Report* 1996. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
31. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States. Statistical evidence. *Prevent Child Abuse America*; 2001.

Maus-tratos na infância e seu impacto sobre a epidemiologia do desenvolvimento psicossocial

Nico Trocmé, PhD

Centre of Excellence for Child Welfare, Canadá

Fevereiro 2005

Introdução

Maus-tratos na infância constituem uma ameaça significativa para o desenvolvimento saudável da criança. A compreensão do escopo e da gravidade dos maus-tratos é uma condição crítica para o desenvolvimento de intervenções clínicas e de políticas sociais para a proteção de crianças em risco e para tratar aquelas que já foram vitimizadas. Este artigo descreve a incidência, a prevalência e a gravidade de maus-tratos na infância e discute a importância de estratégias interdisciplinares e baseadas na comunidade para a abordagem a esse importante problema social.

Definições

Maus-tratos na infância é a expressão ampla utilizada para descrever atos de abuso e de negligência perpetrados contra crianças por adultos ou por jovens mais velhos. Esses atos situam-se em quatro categorias amplas: abuso físico, abuso sexual, negligência e maus-tratos emocionais. O abuso físico varia desde agressões graves, que podem matar ou comprometer permanentemente a criança, até punições físicas e sacudimento de bebês. O abuso sexual inclui intercurso sexual, carícias, atos de exposição, assédio e solicitações sexuais. Negligência refere-se à incapacidade do cuidador de supervisionar ou proteger a criança, ou de atender suas necessidades físicas. É difícil estabelecer a diferença entre esta última categoria – negligência física – e pobreza familiar, uma vez que a maioria dessas famílias vive em condições de pobreza, embora muito poucas delas sejam consideradas negligentes. Maus-tratos emocionais incluem abuso verbal extremo ou habitual – ameaças, depreciação, etc. – e ausência sistemática de atitudes que promovam o desenvolvimento e da atenção necessárias para o crescimento saudável da criança. A exposição da criança à violência familiar vem sendo cada vez mais reconhecida como uma forma potencial de maus-tratos emocionais.

Incidência anual

No Canadá, as estatísticas sobre incidência de maus-tratos na infância são monitoradas por meio do *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* – CIS (Estudo Anual sobre Incidência de Abuso e Negligência Relatados no Canadá), um levantamento periódico de casos investigados por autoridades provinciais e territoriais de proteção à criança. O primeiro ciclo de amplitude nacional do CIS estimou que

135.600 investigações sobre maus-tratos na infância foram realizadas no Canadá em 1998, e que os maus-tratos foram confirmados¹ para 61.200 dessas crianças – uma razão de 9,7 vítimas por mil crianças.¹ Um terço dessas crianças – 20.500 – tinham menos de 6 anos de idade. A incidência de vitimização varia com idade e sexo: na faixa entre 2 e 3 anos de idade, as vítimas mais freqüentes eram meninos, ao passo que aos 5 anos as meninas eram mais vitimizadas do que os meninos (ver figura abaixo).

Cerca de 75% das crianças menores de 6 anos de idade eram vítimas de negligência (44%) ou de maus-tratos emocionais (29%). A vitimização por abuso diferia significativamente por sexo, sendo o abuso físico mais comum (20%) do que o abuso sexual (8%) para meninos, ao passo que o abuso sexual era mais comum (15%) para meninas do que o abuso físico (12%).

É difícil fazer comparações diretas entre as taxas de incidência no Canadá e em outros países, devido às diferenças nos procedimentos de registro e de investigação. A taxa de vitimização relatada nos Estados Unidos em 1998 foi de 12,9 por mil crianças, enquanto no mesmo ano, nos três maiores estados da Austrália, a taxa de vitimização variou de 5,1 a 5,9 por mil.²

Prevalência na infância

Geralmente, os estudos de prevalência têm medido taxas de vitimização durante a infância, em contraste com as estatísticas de incidência, que medem taxas de vitimização em um ano específico. No Canadá, os dados disponíveis mais completos sobre prevalência de maus-tratos na infância são de uma pesquisa de 1990 sobre saúde da população, com pessoas com mais de 15 anos de idade residentes em Ontário.³ Entre os homens, 31% relataram ter sofrido abusos físicos na infância, em comparação com 21,1% das mulheres; e 12,8% das mulheres e 4,3% dos homens relataram uma história de abuso sexual. O estudo não identificou em que momento da infância os abusos tinham ocorrido. As taxas de vitimização sexual relatadas no *Ontário Health Supplement* (Suplemento de Saúde de Ontário) são um pouco mais baixas do que aquelas relatadas em outros países, que se situam aproximadamente em 20% para mulheres e em 3% a 11% para homens.

Danos e morte

A maioria dos casos de maus-tratos relatados aos serviços de bem-estar da infância envolve situações em que as crianças já sofreram algum tipo de dano emocional, ou correm risco significativo de serem machucadas ou sofrerem algum tipo de dano emocional. No entanto, são relativamente raros os danos físicos devido a maus-tratos. O CIS de 1998 verificou que danos físicos foram observados em 15% dos 20.500 casos de maus-tratos comprovados, que envolviam desde recém-nascidos até crianças de 5 anos de idade.² Em muitos casos, foram constatados edemas e arranhões que não exigiram cuidados médicos. Danos graves que exigiram atenção médica foram observados em 5% dos casos que envolviam crianças entre 1 e 5 anos de idade, e em 17% dos casos que envolviam bebês com menos de 1 ano de idade. A síndrome do bebê sacudido – uma forma de abuso difícil de detectar, que envolve hematomas subdurais – foi identificada em cerca de 300 dos 20.500 casos de maus-tratos comprovados envolvendo desde recém-nascidos até crianças de 5 anos de idade. Abusos graves que resultam em injúrias são particularmente preocupantes em situações que envolvem crianças pequenas, devido ao alto risco de morte ou de danos permanentes nos três primeiros anos de vida. Crianças menores de 5 anos correm o maior risco de serem mortas por

um dos pais: na faixa etária entre o nascimento e os 17 anos de idade, dois terços das crianças que são mortas por um membro da família têm no máximo 5 anos de idade, e 29% têm menos de 1 ano.⁵ No caso de crianças menores de 3 anos de idade, a causa de morte mais freqüente é sacudimento (35%) ou estrangulamento (29%), ao passo que outras crianças e jovens estão mais expostos a serem mortos por arma de fogo. As taxas de homicídio de crianças no Canadá não mudaram significativamente nos últimos 20 anos.

Tendências

Maus-tratos na infância vêm se tornando um problema de saúde cada vez mais preocupante. Em decorrência do aumento da conscientização pública, os relatos de suspeitas de abuso e negligência na infância estão aumentando em todo o Canadá. Embora ainda não estejam disponíveis no país dados sobre tendências nacionais, os registros das províncias e dos territórios documentam um aumento nas investigações.⁶ Em Ontário, província que dispõe das estatísticas mais detalhadas sobre tendências, o número de relatos comprovados de maus-tratos quase duplicou em cinco anos: de 12.300 casos, em 1993, para 24.400 casos, em 1998.⁷ Esse aumento foi devido principalmente a casos de violência doméstica, que representaram menos de 2% dos casos em 1993, mas quase 25% dos casos de maus-tratos comprovados em 1998. Em contraste, os relatos sobre abuso sexual de crianças diminuíram em 48% entre 1993 e 1998. O aumento dos casos de exposição à violência doméstica foi devido basicamente a uma mudança drástica na reação da polícia, dos profissionais de saúde e das escolas, que relatam quase 90% dos casos de violência doméstica. A redução nos relatos de abuso sexual é mais difícil de interpretar. Alguns argumentam que a queda reflete uma redução efetiva nas taxas de vitimização sexual, que pode ser atribuída a amplos esforços de prevenção, detecção e abertura de processos judiciais. Outros se preocupam com a possibilidade de que as crianças e os pais que não são os responsáveis pelo abuso estejam cada vez mais hesitantes quanto a denunciar a vitimização.

Implicações para políticas e práticas

Maus-tratos na infância constituem um problema grave, que afeta mais de 60 mil crianças por ano no Canadá. Crianças vítimas de abuso e negligência correm riscos muito altos de desenvolverem problemas sociais, emocionais e cognitivos duradouros. No entanto, a resposta à situação dessas crianças tem sido fragmentada. Ao lado da introdução universal de leis que exigem a denúncia desses fatos, poucos programas de prevenção e de tratamento têm sido desenvolvidos sistematicamente para atender às necessidades dessas crianças. O exame das taxas de vitimização revela uma população diversificada, que varia desde casos de abuso físico grave, que exigem respostas urgentes, até casos complexos de negligência e de exposição à violência doméstica, nos quais pode ser necessário reconceituar o papel das autoridades de proteção à criança. Sob a pressão contínua de um número crescente de casos, os provedores de serviços de bem-estar para a infância vêm buscando modelos mais eficazes para a colaboração com outros provedores de serviços.⁶

Referências

1. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.
2. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(12):1427-1439.

3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario health supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(2):131-135.
4. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children* 1994;4(2):31-53.
5. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: A statistical profile 2003*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2003. No. Cat. 85-224-XIE. Available at: <http://www.statcan.ca/english/freepub/85-224-XIE/85-224-XIE03000.pdf>. Accessed November 29, 2004.
6. Trocmé N, Chamberland C. Re-involving the community: The need for a differential response to rising child welfare caseloads in Canada. In: Trocmé N, Knoke D, Roy C, eds. *Community collaboration and differential response: Canadian and international research and emerging models of practice*. Ottawa, Ontario: Centre of Excellence for Child Welfare; 2003:45-56.
7. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Copp B. *The changing face of child welfare investigations in Ontario: Ontario Incidence Studies of Reported Child Abuse and Neglect* (OIS 1993/1998). Toronto, Ontario: Centre of Excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto; 2002.

Maus-tratos na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial.

Comentários sobre Pollak, Toth e Cicchetti, e Trocmé

R. Kim Oates, MD, FRACP

University of Sydney & The Children's Hospital at Westmead, Austrália

Novembro 2004

Introdução

Estes três artigos discutem a alta incidência de maus-tratos na infância, os múltiplos fatores envolvidos, a importância da família da criança e as graves consequências observadas na forma como muitas crianças maltratadas se desenvolvem. Os autores apontam que as crianças não só têm a infância prejudicada, mas muitas delas apresentam problemas que persistem na vida adulta.

O artigo de Trocmé sobre a epidemiologia do abuso aponta a variedade de experiências de abuso que as crianças podem sofrer – abuso físico, abuso sexual, negligência e maus-tratos emocionais –, oferece informações valiosas sobre a prevalência de maus-tratos, informa a respeito dos tipos de danos, e apresenta dados que evidenciam um aumento nas investigações de maus-tratos no Canadá. Essas informações complementam os dois primeiros artigos.

Os três artigos apontam a importância de definições claras, o que é essencial para que sejamos capazes de obter estudos precisos sobre prevalência de maus-tratos e comparar estudos sobre diferentes consequências.

Embora esses três artigos se concentrem em dados referentes ao Canadá e aos Estados Unidos, há evidências similares sobre o impacto adverso no desenvolvimento de crianças vítimas de abusos documentadas para outros países.¹⁻³ Um estudo recente do jornal internacional *Child Abuse & Neglect* documentou as consequências de maus-tratos na infância em países do Oriente Médio,⁴ na Escandinávia⁵ e em quatro países do Leste Europeu.⁶

Pesquisas e conclusões

Os principais resultados que se destacam neste comentário a partir das pesquisas e conclusões de cada um dos artigos são:

1. Pollak

- Como adversidades ou traumas no início da vida podem resultar em uma variedade de problemas, entre os quais depressão, abuso de drogas, problemas de saúde e infelicidade geral, anos depois da

cessação dos maus-tratos;

- O fato de que filhos de famílias que praticam abusos estão expostos a formas desajustadas de comunicação e de comportamento emocional e recebem modelos precários de autorregulação adaptativa;
- A necessidade de diferenciar maus-tratos na infância e seus efeitos, de consequências da pobreza;
- Como experiências de abuso podem mudar a criança, e como os tipos de maus-tratos interagem com os estágios particulares de desenvolvimento da criança;
- O modo pelo qual as experiências traumáticas na infância podem aumentar seletivamente a sensibilidade da criança a pistas emocionais.

2.Toth e Cicchetti

- A falta de critérios operacionais claros para a definição de maus-tratos na infância;
- O fato de que maus-tratos não afetam todas as crianças da mesma forma;
- A importância de pesquisas sobre a forma pela qual maus-tratos na infância resultam em relações inseguras de apego com os cuidadores;
- Consequências adversas em termos de abuso de drogas, problemas educacionais e comportamento delinquente em alguns jovens e adultos que sofreram maus-tratos na infância;
- A falta de evidências sólidas sobre a eficiência de intervenções com crianças maltratadas.

3.Trocme

- A ampla variedade de experiências de abuso e a importância de examiná-las separadamente;
- A análise de maus-tratos comprovados no Canadá separadamente para os diferentes grupos etários, evidenciando alta incidência no período crítico dos primeiros anos de vida;
- A importância do desenvolvimento sistemático de programas de tratamento para atender às necessidades de crianças vítimas de abuso.

Embora concordando com as pesquisas e conclusões desses autores, entendo que há alguns outros fatores que também devem ser considerados.

Uma consideração importante é se as consequências do abuso na infância decorrem do próprio abuso ou do ambiente adverso no qual a criança permanece. Episódios de maus-tratos podem ser considerados como um sinal de sérios problemas familiares subjacentes que, se não forem tratados, continuarão a ter efeitos adversos para a criança. É provável que esses efeitos adversos decorram do ambiente que induziu ao abuso, mais do que do próprio abuso.

Toth e Cicchetti apontam que retirar de seu lar uma criança vítima de abuso não constitui tratamento. Embora isso seja verdade, em algumas famílias essa pode ser a melhor opção para a criança, desde que a remoção seja acompanhada por colocação em uma relação familiar de longo prazo, estável, que promova o desenvolvimento da criança e lhe garanta tratamento continuado e adequado.

Ao examinar resultados adversos em crianças vítimas de maus-tratos, é necessário levar em consideração eventos de vida intervenientes. É verdade que crianças maltratadas têm maior probabilidade de apresentar um número maior de eventos adversos de vida, talvez devido a suas circunstâncias familiares e ao impacto do abuso. No entanto, ao documentar os resultados de crianças vítimas de abusos, é importante examinar o impacto de eventos adversos de vida no intervalo entre o abuso e o momento de reavaliação, para verificar até que ponto o resultado pode estar relacionado aos eventos adversos, e não ao próprio abuso.

Os artigos de Pollak e de Toth e Cicchetti referem-se brevemente à possível importância de fatores neurobiológicos. Têm surgido alguns dados intrigantes nesta área. Em camundongos geneticamente modificados, ficou demonstrado que a ausência de um gene –fosB – parece interferir com a capacidade de camundongos machos e fêmeas de cuidar de seus filhotes.⁷ Há evidências de que influências genéticas são fatores importantes na modificação de comportamentos. Um artigo recente na revista *Science*⁸ formulou a pergunta “por que algumas crianças submetidas a maus-tratos desenvolvem comportamentos antissociais, enquanto outras não?”. Verificou-se que crianças vítimas de maus-tratos que tinham um genótipo que lhes conferia níveis altos de monoamina oxidase A (uma enzima metabólica neurotransmissora) eram menos propensas a desenvolver problemas antissociais. Isto poderia explicar, em parte, as variações nas sequelas de maus-tratos. O genótipo de uma criança pode moderar a sensibilidade a agressões ambientais como os maus-tratos. Achados como estes podem ter implicações futuras para o provimento de formas mais intensas de tratamento para famílias e crianças que correm maiores riscos.

É importante que neurocientistas, geneticistas e cientistas sociais trabalhem em colaboração, uma vez que há oportunidades promissoras para a melhor compreensão e o posterior tratamento de maus-tratos na infância.

Por fim, está diminuindo a incidência de uma das formas de abuso – o abuso sexual –, pelo menos nos Estados Unidos.⁹ Os motivos não estão claros, mas uma melhor compreensão desse fenômeno pode contribuir para a produção de estratégias voltadas à redução da incidência de outras formas de maus-tratos na infância.

Implicações para políticas e serviços

Estes três artigos muito úteis apontam a importância da definição cuidadosa do problema de abuso, a necessidade de monitorar com precisão a incidência de abusos, e a importância de prover programas apropriados de tratamento para as crianças e para as famílias. É fundamental que todos esses programas de tratamento sejam avaliados adequadamente. Uma das formas de fazê-lo seria reservar uma parcela do orçamento que financia programas de tratamento para garantir a realização de avaliações cuidadosas, de modo que programas inadequados de tratamento sejam abandonados e programas eficazes sejam continuados.

Maus-tratos na infância constituem um problema extremamente complexo que envolve vários fatores: um ambiente de maus-tratos no qual a criança é exposta a abusos; o próprio episódio de abuso – se é um evento isolado ou se tem continuidade; e a interação complexa de eventos subsequentes de vida na produção de efeitos para o desenvolvimento subsequente da criança. Todos esses fatores envolvem predisposições genéticas que podem ajudar a explicar por que algumas crianças são mais resilientes do que outras.

O desenvolvimento de políticas precisa reconhecer todos esses fatores, e garantir que cada um dos vários

grupos profissionais envolvidos esteja ciente dos progressos clínicos e de pesquisas realizados pelos demais – assim como dos insucessos –, e que esses profissionais trabalhem em conjunto para combater esse problema grave e disseminado.

Referências

1. Oates RK, Peacock A, Forrest D. The development of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1984;26(5):649-656.
2. Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, Oates RK. Sexually abused children five years after presentation: a case-control study. *Pediatrics* 1997;100(4):600-608.
3. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(7):617-630.
4. Thabet AAM, Tischler V, Vostanis P. Maltreatment and coping strategies among male adolescents living in the Gaza Strip. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):77-91.
5. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):61-76.
6. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, Bonevski D, Pakalniskiene V, Popescu D, Turchina T, Friedrich W, Lewis O. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychological symptoms. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(1):113-127.
7. Brown JR, Ye H, Bronson RT, Dikkes P, Greenberg ME. A defect in nurturing in mice lacking the immediate early gene fosB. *Cell* 1996;86(2):297-309.
8. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851-854.
9. Jones LM, Finkelhor D. Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: a complex puzzle. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(2):133-135.

Segurança e desorganização do apego em famílias que maltratam e em orfanatos

Marinus H. van IJzendoorn, PhD, Marian J. Bakermans-Kranenburg, PhD

Centre for Child and Family Studies, Leiden University, Holanda

Novembro 2009

Introdução

Comportamentos de cuidado extremamente insensíveis e que envolvem maus-tratos podem estar entre os precursores mais importantes do desenvolvimento de insegurança e desorganização do apego. Egeland e Sroufe¹ apontaram o impacto dramaticamente negativo do comportamento materno negligente ou abusivo para o desenvolvimento do apego e da personalidade, sobre o qual acumularam, nas fases finais do estudo Minnesota,² evidências prospectivas sem paralelo na literatura. O que sabemos sobre a associação entre maus-tratos e apego, quais os mecanismos que associam maus-tratos a apego inseguro e desorganizado, e que tipos de intervenções baseadas em apego poderiam ser mais eficazes?

Do que se trata

Acompanhando Cicchetti e Valentino,³ nossa definição de *maus-tratos inclui abuso sexual, abuso físico, negligência e maus-tratos emocionais*. Além desses tipos de maus-tratos no contexto da família, chamamos a atenção também para a negligência estrutural que afeta milhões de órfãos e crianças abandonadas em todo o mundo. A *negligência estrutural* indica as características inerentes a cuidados em instituições, que impossibilitam um cuidado contínuo, estável e sensível para crianças individuais: rodízio de cuidadores, altas taxas de rotatividade de funcionários, grupos grandes, regimes severos e, às vezes, caos físico e social.⁴

Tem-se sugerido que a desorganização do apego é causada por cuidadores ameaçadores e extremamente insensíveis ou negligentes.⁵ Estudos com amostras que não sofreram maus-tratos demonstraram que comportamento parental anômalo, envolvendo (muitas vezes, apenas em episódios breves) comportamento parental dissociativo, manipulação rude, ou comportamento retraído, está relacionado com o desenvolvimento de apego desorganizado (ver uma revisão meta-analítica em Madigan, Baker-Kranenburg *et al.*). Maus-tratos praticados pelos pais são provavelmente um dos comportamentos mais assustadores a que uma criança pode estar exposta. Mães abusivas dirigem a seus filhos comportamento aversivo, intrusivo e controlador, em contraste com mães negligentes, que podem exibir cuidados inconsistentes. Pais insensíveis e que maltratam não regulam ou acalmam as experiências de aflição de seus filhos, mas ativam, a um só tempo, os sistemas de medo e de apego das crianças. A experiência resultante de medo sem solução é característica de crianças maltratadas. Segundo Hesse e Main,⁵ crianças desorganizadas são aprisionadas em um paradoxo insolúvel: sua figura de apego é uma fonte potencial de consolo e, ao mesmo tempo, uma fonte de medo imprevisível.

Problemas

Especulamos que existam múltiplas trajetórias para a desorganização do apego, envolvendo seja maus-tratos da criança por pais abusivos, seja negligência em famílias em situação de múltiplos riscos ou em instituições.

A trajetória de abuso baseia-se na ideia de pais que maltratam (físicamente ou sexualmente), criando um medo insolúvel para a criança, que não consegue lidar com o paradoxo de uma figura de apego potencialmente protetora e, ao mesmo tempo, abusiva, e por isso se desorganiza.

Uma segunda trajetória está associada ao ambiente caótico de famílias em situação de múltiplos riscos ou aos cuidados em instituições, que levam a negligenciar as necessidades de apego das crianças. Cuidadores que evitam interagir com as crianças devido a problemas urgentes ou dificuldades em outras áreas de funcionamento (garantir renda, problemas de moradia, crianças demais para cuidar) criam um sistema de apego cronicamente hiperativado em uma criança que não tem a quem se voltar para obter consolo em momentos de estresse. Eventualmente, isso pode levar à ruptura das estratégias organizadas de apego ou prejudicar a capacidade da criança de desenvolver até mesmo uma estratégia de apego inseguro.

Em terceiro lugar, a discórdia conjugal e a violência doméstica podem conduzir a níveis elevados de desorganização, na medida em que a criança testemunha que sua figura de apego é incapaz de proteger a si própria em suas brigas com seu parceiro. Zeanah *et al.*⁷ documentaram uma relação proporcional entre a exposição da mãe à violência praticada pelo parceiro e a desorganização da criança. Presenciar a violência entre os pais pode provocar medo na criança pequena em relação ao bem-estar da mãe e à capacidade desta de proteger a si mesma e de protegê-la contra a violência.

Contexto de pesquisa

É difícil coletar dados com amostras que sofrem maus-tratos. Frequentemente, crianças maltratadas são vítimas de múltiplas formas de abuso, o que dificulta a comparação dos diversos tipos de maus-tratos. O trabalho conjunto com o sistema de previdência social da criança pode levantar questões legais e éticas, que envolvem compartilhar informações com o pessoal do atendimento clínico ou ser solicitado a depor em juízo.

Um trabalho notável e rigoroso, embora ainda escasso, tem sido desenvolvido por grupos pioneiros de pesquisa nessa área desafiadora. Foram relatados sete estudos sobre segurança/desorganização do apego e maus-tratos a crianças nas famílias, e seis estudos sobre apego em crianças criadas em instituições, utilizando o procedimento (modificado) da Situação Estranha para avaliar o apego.⁸ Para examinar o impacto do abuso infantil sobre o apego, comparamos nesses estudos a distribuição combinada de padrões de apego com a distribuição normativa de apego de baixo risco (N = 2104, derivada da meta-análise de van IJzendoorn, Schuengel e Bakermans-Kranenburg⁸): inseguro-evitativo (A): 15%; seguro (B): 62%; inseguro-ambivalente (C): 9%; e desorganizado (D): 15%.

Principais questões de pesquisa

Há três pontos centrais: primeiro, maus-tratos à criança levam a apegos mais inseguros-organizados (evitativo e ambivalente)? Segundo, maus-tratos têm relação com desorganização do apego? Terceiro, quais são as intervenções eficazes (preventivas) para maus-tratos à criança?

Resultados recentes de pesquisa

Os estudos com crianças maltratadas na família revelam muito poucas crianças que demonstram apego seguro (14%), uma maioria de crianças desorganizadas (51%) e algumas inseguras-evitativas (23%) e inseguras-ambivalentes (12%). Essa distribuição difere significativamente da distribuição normativa, particularmente em termos de desorganização^{10,11,12,13,14} (ver uma meta-análise em Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn¹⁵).

Seis estudos recentes abordaram os efeitos dos cuidados em instituições sobre o apego^{16,17,18,19,20} (N.A. Dobrova-Krol, M.J. Bakermans-Kranenburg, M.H. IJzendoorn, F. Juffer, dados não publicados, 2009). Em conjunto, a distribuição das crianças criadas em instituições desvia-se acentuadamente da distribuição normativa, com 17% de apegos seguros, 5% esquivos, 5% ambivalentes e 73% desorganizadas, em relação ao cuidador principal.

A porcentagem de apegos seguros é semelhante em crianças maltratadas e em crianças criadas em instituições, mas a porcentagem de apegos desorganizadas é consideravelmente maior nas crianças institucionalizadas (Figura 1).

Distribuições de apego (proporções) em amostras de crianças maltratadas, de instituições e de famílias típicas

Image not readable or empty
/sites/default/files/images/contenu/figura-1-distribuicoes-de-apego-em-amostras-de-criancas-maltratadas.png

Figura 1: Distribuições de apego (proporções) em amostras de crianças maltratadas, de instituições e de famílias típicas

Lacunas na pesquisa

De que maneira algumas crianças criadas em instituições e maltratadas desenvolvem apegos seguros, e o que caracteriza essas crianças? A segurança do apego constitui um fator de proteção em contextos de alto risco? A segurança interage com outros fatores de proteção, tais como a constituição biológica da criança ou os

recursos psicossociais dos cuidadores? Pouco se sabe a respeito dos efeitos diferenciais dos vários tipos de abuso e negligência – a comorbidade pode dificultar uma distinção clara entre efeitos diferenciais. Por fim, os efeitos de maus-tratos à criança no longo prazo devem ser estudados mais detalhadamente.

Implicações para pais, serviços e políticas

Diversos estudos, controlados e randomizados, começam a fornecer dados sobre a eficácia de intervenções baseadas em apego com populações de alto risco (ver revisões em Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer²¹, Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn⁴ e Berlin, Ziv, Aamaya-Jackson e Greenberg²²). No entanto, muito poucos desses estudos de intervenção foram realizados com crianças maltratadas e seus pais, ou com crianças em instituições.

A falta de intervenções baseadas em evidências para casos de maus-tratos pode ter levado alguns profissionais a recorrer às chamadas *terapias de contenção*^a, em que as crianças são forçadas a entrar em contato físico com seu cuidador ainda que resistam fortemente a essas tentativas. Esse tipo de terapia não se mostrou eficaz,^{23,24} e em alguns casos foi prejudicial para as crianças, chegando a provocar graves danos ou mortes.²⁵ A terapia de contenção não tem nenhuma relação com a teoria do apego. Na verdade, os terapeutas forçam os cuidadores a ser extremamente insensíveis e a ignorar sinais claros emitidos pela criança.

Um importante estudo, controlado e randomizado, realizado por Cicchetti, Rogosch e Toth,²⁶ demonstrou a eficácia de uma intervenção baseada em apego para famílias que maltratam, utilizando psicoterapia com pais e filhos e promovendo a sensibilidade materna por meio de reinterpretação de experiências de apego passadas. A intervenção resultou em uma redução substancial do apego desorganizado e em aumento de segurança do apego.

Os dados sobre prevalência de maus-tratos evidenciam um grande impacto de fatores de risco associados a nível educacional muito baixo e desemprego dos pais (por exemplo, Euser *et al.*²⁷). Uma implicação prática desta observação é a recomendação de adotar políticas socioeconômicas com forte ênfase em educação e emprego. Uma vez que pais desempregados e que abandonaram a escola são aqueles que praticam maus-tratos contra seus filhos com maior frequência, pode-se esperar que políticas que promovam a educação e aumentem as taxas de emprego reduzam efetivamente as taxas de maus-tratos de crianças.

Referências

1. Egeland B, Sroufe AL. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.
2. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York, NY: Guilford Press, 2005.
3. Cicchetti D, Valentino K. An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology*. 2nd Ed. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2006:129-201.
4. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research of Child Development* 2008;73(3):279-293.
5. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology* 2006;18(2):309-343.
6. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 2006;8(2):89-111.

7. Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Benoit D, Miller D, Heller SS. Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(1):77-86.
8. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
9. Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.
10. Barnett D, Ganiban J, Cicchetti D. Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):97-118.
11. Crittenden PM. Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T, eds. *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc;1988:136-174.
12. Lamb ME, Gaensbauer TJ, Malkin CM, Schultz LA. The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development* 1985;8(1):35-45.
13. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein, S. Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 1990;61(1):85-98.
14. Valenzuela M. Attachment in chronically underweight young children. *Child Development* 1990;61(6):1984-1996.
15. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg M.J, Van IJzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development & Psychopathology* 2010;22(1):87-108.
16. The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 2008;73(3):1-262.
17. Vorria P, Papaligoura Z, Dunn J, van IJzendoorn MH, Steele H, Kontopoulou A, Sarafidou J. Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(8):1208-1220.
18. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 2005;76(5):1015-1028.
19. Steele M, Steele H, Jin X, Archer M, Herreros F. Effects of lessening the level of deprivation in Chinese orphanage settings: Decreasing disorganization and increasing security. Paper presented at: The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. April 2-4, 2009; Denver, CO.
20. Herreros F. Attachment security of infants living in a Chilean orphanage. Poster session presented at: The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. April 2-4, 2009; Denver, CO.
21. Dobrova-Krol NA, Bakermans-Kranenburg MH, van IJzendoorn MH, Juffer J. The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. In: Dobrova-Krol NA, eds. *Vulnerable children in Ukraine impact of institutional care and HIV on the development of preschoolers*. Leiden, the Netherland: Mostert en van Onderen; 2009.
22. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
23. Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L, Greenberg MT, eds. *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
24. O'Connor MJ, Zeanah CH. Introduction to the special issue: Current perspectives on assessment and treatment of attachment disorders. *Attachment & Human Development* 2003;5(3):221-222.
25. Sroufe A, Erickson MF, Friedrich WN. Attachment theory and "attachment therapy." *APSAC Advisor* 2002;14:4-6.
26. Chaffin M, Hanson R, Saunders B, Barnett D, Zeanah C, Berliner L, Egeland B, Lyon T, Letourneau E, Miller-Perrin C. Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment* 2006;11(1):76-89.
27. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through prevention interventions. *Development and Psychopathology* 2006;18:623-649.
28. Euser EM, Van IJzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. The prevalence of child maltreatment in Netherlands. *Child Maltreatment* 2010;15(1):5-17.

Nota

^aNT: No original, *holding therapies*. A palavra *holding* (segurar) refere-se ao fato de que a criança é imobilizada para forçar o contato com o cuidador. A tradução adotada pela literatura da área dilui até certo ponto esse sentido, uma vez que contenção pode ser entendida como referente ao plano emocional, de atitudes etc.

Prevenção de maus-tratos na infância

Harriet L. MacMillan, MD

Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Canadá

Abril 2004

Introdução

Maus-tratos na infância englobam quatro categorias principais de vitimização de crianças: abuso físico, sexual, emocional e negligência. Desde que começaram a ser empreendidos esforços de prevenção de maus-tratos na infância, na década de 1960, a maior parte da literatura tem focalizado o abuso físico, a negligência e o abuso sexual, mas sabe-se muito menos sobre abordagens para a redução do abuso emocional.

Do que se trata

Maus-tratos na infância são um problema significativo de saúde pública, associado a uma ampla variedade de resultados adversos em vários domínios: físico, emocional, cognitivo e social.¹ O *Canadian Incidence Study* (Estudo Canadense sobre Incidência) – uma pesquisa nacional sobre relatos oficiais de casos de abuso e negligência na infância – estimou que a taxa anual de incidência de investigações realizadas no Canadá, em 1998, era de 21,52 investigações por mil crianças.² No entanto, está documentado que os relatos oficiais subestimam seriamente a extensão total dos maus-tratos na infância. Por exemplo, uma pesquisa baseada na comunidade envolvendo indivíduos a partir do 15 anos de idade, residentes em Ontário, verificou que a exposição ao abuso físico na infância era de 31% entre meninos e de 21% entre meninas; as taxas de abuso sexual eram de 4% entre meninos e de 13% entre meninas.³

Problemas

Os modelos utilizados para conceituar as causas de maus-tratos na infância estão considerando cada vez mais a interação das influências individuais (a criança e os pais), familiares e sociais. Até o momento, grande parte dos esforços para compreender como prevenir maus-tratos na infância focalizou na identificação de indicadores de risco e de proteção em relação ao abuso sexual e físico e à negligência, conjuntamente. Os indicadores de abuso sexual são bastante inespecíficos – por exemplo, relacionamento pobre entre pais e filhos –, enquanto os indicadores de abuso físico e negligência estão associados, de maneira geral, a desvantagens psicossociais e a situações que resultam em aumento de estresse ou redução do apoio.

Contexto de pesquisa

Avaliar as abordagens à prevenção de maus-tratos na infância constitui um desafio por diversas razões: 1) não há uma definição uniforme de cada uma das categorias de abuso e de negligência na infância; 2) há barreiras legais e éticas para a mensuração de sua ocorrência; e 3) tem havido relutância em relação ao emprego de métodos mais rigorosos, como a utilização de grupos controle, na avaliação da efetividade dos programas.

Questões-chave de pesquisa

O desenvolvimento de abordagens para medir os diversos tipos de maus-tratos na infância é fundamental para que seja possível avaliar os esforços de prevenção nesse campo.⁴ Outras questões centrais incluem: 1) como prevenir a ocorrência das quatro categorias principais de abuso e negligência na infância, reconhecendo que frequentemente existe sobreposição entre elas; 2) quando ocorrem esses maus-tratos, que estratégias estão disponíveis para prevenir sua recorrência e os danos provocados pela exposição? Embora extrapole o escopo deste resumo, esta última questão é importante para a consideração de uma abordagem geral à prevenção de maus-tratos na infância.

Resultados de pesquisas recentes

Os programas que visam à prevenção de um ou mais tipos de maus-tratos na infância podem ser classificados em duas categorias principais: 1) programas perinatais e para a primeira infância – que geralmente têm como alvo a prevenção de abuso físico e negligência; e 2) programas educacionais – que tipicamente têm como objetivo a prevenção de abuso sexual na infância na população em geral.⁵ Na primeira categoria, embora tenham sido desenvolvidos diversos serviços de apoio, só há um tipo específico de programa de visitas domiciliares sobre o qual há boas evidências de eficácia na prevenção de abuso e negligência na infância: o *Nurse-Family Partnership* – NFP (Parceria Família-Enfermeira), desenvolvido por David Olds e colegas.⁶ Nesse programa, enfermeiras fazem visitas domiciliares a mães primíparas socialmente desprivilegiadas, desde a gravidez até o segundo aniversário da criança. As enfermeiras focalizam três metas principais: 1) melhorar os resultados da gravidez, oferecendo assistência às mulheres quanto aos comportamentos relacionados à saúde; 2) melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança, ajudando os pais a proverem cuidados competentes; e 3) dar assistência aos pais, para que se tornem mais autossuficientes em termos econômicos.

Esse programa foi avaliado em três ensaios com controles randomizados, e demonstrou melhorar o funcionamento materno, infantil e familiar, incluindo a prevenção de abuso e negligência na infância, bem como resultados associados, tais como danos físicos.^{6,7} Em especial, nota-se que o programa é efetivo na redução de resultados adversos para crianças cujas mães têm poucos “recursos psicológicos”, como funcionamento intelectual limitado. No entanto, entre famílias com taxas extremamente altas de violência entre os parceiros, não houve diferenças entre grupos visitados e grupos controle nas taxas de maus-tratos na infância.⁸ Olds e colegas estão avaliando formas de aprimorar o programa, para torná-lo eficaz também na redução de violência entre os parceiros.

Infelizmente, admitiu-se preliminarmente que a visita domiciliar, de maneira geral, seria efetiva para a prevenção de maus-tratos na infância. No entanto, as pesquisas não confirmaram essa hipótese. Diversas regiões implementaram programas de visitas domiciliares por paraprofissionais, apesar da falta de evidências sobre a efetividade dessa abordagem.⁹ Além disso, um estudo que comparou enfermeiras e paraprofissionais (técnicos) demonstrou que, no caso de paraprofissionais, houve poucos efeitos significativos sobre a mãe e a criança.¹⁰ Embora no futuro seja possível desenvolver programas bem-sucedidos com paraprofissionais, até o momento a melhor evidência para a prevenção de abuso e negligência na infância é o programa Parceria Família-Enfermeira (NFP, em inglês).

Na segunda categoria – programas educacionais de prevenção –, as evidências são bastante consistentes: há diversos modelos de programas de prevenção de abuso sexual que aprimoram os conhecimentos e as habilidades para a prevenção, mesmo com crianças de apenas 4 ou 5 anos de idade.^{5,11} No entanto, até este momento nenhum estudo demonstrou que esses programas de fato evitam a ocorrência de abuso sexual na infância. Na verdade, um estudo observacional mostrou que a participação em programas de prevenção de abuso sexual baseados na escola não resultou em qualquer redução na vitimização.¹² A participação nesses programas está associada a maior divulgação do abuso sexual na infância, o que sugere que os programas podem ser mais úteis na detecção prévia de vitimizações e na prevenção de recorrências. Diversos autores manifestaram preocupação de que os programas educacionais coloquem sobre a criança o ônus de evitar o abuso sexual. Pouco se sabe sobre formas de evitar que pessoas cometam o abuso.

Conclusões

Nos esforços de prevenção de maus-tratos na infância que estão em andamento, é importante focalizar formas de medir os quatro tipos principais, e realizar pesquisas longitudinais que permitam a identificação de fatores causais de risco, assim como fatores de proteção. A boa notícia é que o programa que Olds e colegas mostraram ser efetivo para a prevenção de abusos e de negligência em mães primíparas em situação de desvantagem social. No entanto, trata-se de um programa muito específico, e não se deve supor que programas de visitas domiciliares, ainda que tenham algumas características em comum com este, tenham os mesmos efeitos. Além disso, não se sabe se esse programa será efetivo com outras populações de alto risco.

Programas educacionais sobre abuso sexual efetivamente permitem o aprimoramento dos conhecimentos e das capacidades de crianças pequenas para evitarem a vitimização, mas não se sabe se isso se traduz em redução efetiva do abuso sexual. Os resultados de um dos estudos sugerem que esses programas podem encorajar a divulgação sobre a vitimização, mas não reduzem sua ocorrência.

Implicações

Diante da eficácia comprovada do Programa Parceria Família-Enfermeira em três locais dos Estados Unidos, é hora de avaliar se essa intervenção seria igualmente efetiva em outros países que, como o Canadá, mantêm serviços de saúde e de assistência social diferentes. Sendo uma intervenção que tem como alvo mães socialmente desprivilegiadas, esta não seria a única abordagem necessária; no entanto, tendo em vista seu sucesso nos Estados Unidos, seria importante avaliá-lo, ao invés de pressupor que outros modelos de visitas domiciliares seriam efetivos. Na área de prevenção do abuso sexual na infância, é importante determinar se os programas educacionais evitam a exposição a este. A área de abuso emocional deve ser mais considerada em intervenções, uma vez que esse tipo de abuso frequentemente se sobrepõe aos outros três tipos. Espera-se que estudos longitudinais produzam informações sobre estratégias promissoras de prevenção de maus-tratos na infância baseadas na comunidade, mas o compromisso com a mensuração do abuso e da negligência na infância é um primeiro passo essencial.

Referências

1. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):541-565.
2. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R,

McKenzie B. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - Final Report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services; 2001.

3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(2):131-135.
4. Hamby SL, Finkelhor D. The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(7):829-840.
5. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ - Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(11):1451-1458.
6. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*. 2002;3(3):153-172.
7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 1997;278(8):637-643.
8. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR Jr, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2000;284(11):1385-1391.
9. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future of Children*. 1999;9(1):66-90.
10. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-496.
11. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
12. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health*. 1995;85(12):1684-1689.

Serviços e programas comprovadamente efetivos na prevenção de maus-tratos na infância e seus impactos sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5)

David A. Wolfe, PhD

University Of Toronto, Canadá

Abril 2004

Introdução

Maus-tratos na infância cobram um preço muito alto à sociedade, tanto em termos de sofrimento humano quanto de perdas econômicas. Apenas nos Estados Unidos, os custos de serviços médicos, legais, educacionais e de bem-estar da criança relacionados a maus-tratos são estimados em espantosos US\$94 bilhões por ano. Portanto, há um sentimento de urgência quanto à abordagem dessa questão em todos os níveis de prevenção e de intervenção.

Do que se trata

O reconhecimento crescente sobre maus-tratos na infância gerou interesse global em estratégias destinadas à sua documentação e redução de sua incidência. Atualmente, 32 países têm políticas governamentais oficiais relativas a abuso e negligência na infância, e cerca de um terço da população mundial vive em países que realizam um levantamento anual sobre casos de abuso e negligência na infância.² Esses esforços constituem os primeiros passos críticos para a identificação do alcance do problema, e para justificar a implementação de mudanças sociais, comunitárias e culturais para combatê-lo.

Problemas

A prestação de serviços adequados de intervenção e de prevenção para famílias que praticam maus-tratos envolve muitas dificuldades: (1) aqueles que mais necessitam desses serviços são os menos propensos a procurar ajuda por iniciativa própria; (2) os perpetradores de maus-tratos chegam à atenção dos profissionais em consequência da preocupação de alguma outra pessoa, em geral depois de já terem violado normas ou leis em vigor; e 3) os pais não querem admitir os problemas por medo de perder os filhos ou de serem acusados de prática criminosa. Apesar desses obstáculos, crianças e jovens que cresceram em meio à violência podem mudar significativamente sua forma de se relacionarem com os outros, principalmente se o tratamento de intervenção for iniciado precocemente.³

Contexto de pesquisa

A prevenção de maus-tratos na infância é frequentemente estudada no contexto do estresse cotidiano dos cuidados infantis, de pressões geradas pela pobreza, e de expectativas culturais que podem ignorar certos atos de violência contra crianças. Famílias em risco de maus-tratos podem ser encaminhadas aleatoriamente para serviços “padrão” de intervenção, tais como visitas de proteção à criança, ou para uma nova intervenção voltada a questões mais específicas.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave relativas à prevenção envolvem formas de garantir o desenvolvimento de capacidades positivas de criação dos filhos desde os primeiros anos de vida. Os pesquisadores procuram maneiras de fortalecer a estrutura inicial da relação pais-filhos; melhorar a capacidade dos pais para lidar com estresse, por meio de sua exposição ao sistema de saúde mental ou de assistência social; e fortalecer os comportamentos adaptativos da criança, que contribuirão para seu ajustamento emocional e psicológico subsequente. No entanto, são desafios importantes para os programas de intervenção a identificação e a seleção de objetivos adequados, desejáveis e viáveis, que possam ser alcançados por meio de programas de ação comunitária, esforços de capacitação individual de habilidades e atividades semelhantes.⁴

Resultados de pesquisas recentes

Programas de longo alcance que visam à prevenção do abuso na infância concentram-se no aumento da conscientização do público em geral e da compreensão sobre maus-tratos na infância, bem como em maneiras de acessar recursos comunitários importantes. Esses métodos incluem uma variedade de formatos de aplicação, tais como campanhas nos meios de comunicação, serviços baseados no domicílio para as famílias, e redes comunitárias que oferecem apoio e retroalimentação para as famílias.

As estratégias de prevenção de maus-tratos na infância foram pesquisadas por países membros da *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (Sociedade Internacional para a Prevenção de Abuso e Negligência na Infância).² Com base em relatórios de 58 países de todas as partes do mundo, acredita-se que as estratégias mais eficazes envolveram educação pública, como campanhas de conscientização e campanhas nos meios de comunicação, para informar o público sobre indícios de abuso e como reagir em caso de suspeita de abuso e negligência na infância; melhorias ambientais para as famílias, como habitação; educação profissionalizante; e aprimoramento dos métodos de identificação de casos, como instrumentos de triagem e comunicação entre agências.

As intervenções variam desde a utilização de mensagem breves nos meios de comunicação até intervenções intensivas nas famílias, para genitores que apresentam mais fatores de risco e fontes de adversidade.⁵ Esses esforços frequentemente têm como alvo populações vulneráveis – como genitores solteiros e adolescentes, famílias de nível socioeconômico baixo ou isoladas, e genitores que estão passando por crises –, e visam a oferecer assistência a esses subgrupos nos períodos pré e pós-natal e em momentos de estresse excessivo.

Nos níveis individual e familiar, a necessidade de apoio, instrução e disponibilização de recursos para novos pais é mais bem-atendida por meio de uma estratégia personalizada de busca ativa das famílias-alvo – como as visitas domiciliares –, que é relativamente adaptável a diferentes culturas e localidades. Para famílias que apresentam problemas múltiplos, as visitas domiciliares oferecem orientação em termos de acesso a serviços, monitoramento e cuidados com a saúde física da criança, melhoria das relações pais-filhos e prevenção de abuso físico e de negligência.

Os programas podem dar assistência a famílias de alto risco identificadas durante períodos de transição, oferecendo ajuda de auxiliares que modelam métodos eficazes de cuidados parentais no lar, oferecendo apoio para a criação dos filhos, e envolvendo visitantes capacitados na área da saúde, que conscientizam os pais sobre a saúde e as necessidades psicológicas de seus filhos.^{6,7} Em um estudo bem-planejado, realizado 15 anos depois de terminado o programa, os participantes evidenciaram planejamento familiar mais adequado em termos de número de filhos e espaçamento entre nascimentos, menor necessidade de assistência social, menos ocorrências de maus-tratos aos filhos, e menor número de detenções policiais dos filhos na adolescência. Mães que participaram do programa desenvolveram ou mudaram sua compreensão sobre saúde e desenvolvimento infantil, suas expectativas sobre seu próprio desenvolvimento, e suas características pessoais positivas (isto é, sua eficácia pessoal).⁸ Dados adicionais de acompanhamento revelaram também que os jovens que tinham recebido visitas domiciliares na infância tiveram menos problemas comportamentais precoces na adolescência.⁹

O *Healthy Families America* é outro exemplo promissor de programa de visitas domiciliares que enfatiza a prevenção de abuso na infância no contexto de assistência e apoio a famílias. Esta rede de programas – que atualmente vem sendo avaliada em 29 de seus 270 locais de funcionamento nos EUA – oferece uma avaliação abrangente dos pontos fortes e das necessidades de famílias por ocasião de um nascimento, alcance para construir relações de aceitação e de confiança com os serviços, ensino de habilidades de resolução de problemas, expansão do sistema de apoio e promoção de desenvolvimento infantil saudável e de relações pais-filhos positivas.¹⁰

Conclusões

Está evidente que os esforços para a promoção de experiências positivas em um estágio inicial do desenvolvimento de relações pais-filhos são muito promissores para a prevenção de maus-tratos na infância e a redução de suas consequências. Os programas de prevenção de abuso e negligência na infância baseados na comunidade também são considerados altamente promissores, uma vez que atingem mais famílias e visam a atacar os problemas antes que se tornem graves. Programas que oferecem uma abordagem personalizada – como visitas domiciliares por uma pessoa com quem a família já está acostumada – resultam em sucesso considerável na ajuda a famílias e crianças de alto risco, que podem ser elegíveis para esses serviços devido a suas circunstâncias econômicas, condições de vida e fatores semelhantes identificados pelas comunidades locais. Aparentemente, a necessidade dos pais em relação a apoio, instrução sobre cuidados parentais e acesso a recursos é atendida pela característica mais personalizada e pelo alcance da abordagem de visitação domiciliar. O desenvolvimento de programas deve focalizar o provimento de informações facilmente compreensíveis, práticas e acessíveis sobre desenvolvimento infantil e cuidados parentais a todos os pais e mães atuais e potenciais.

Implicações

No nível mais básico, a prevenção das diversas formas de abuso e negligência na infância deve encorajar a diversidade e a oportunidade de desenvolvimento de recursos singulares para as crianças e os genitores. As influências sociais que desempenham um papel no abuso e na negligência na infância exigem esforços articulados, particularmente em circunstâncias nas quais as famílias estão expostas a efeitos importantes da pobreza, a riscos de saúde e a conflitos ambientais. Os riscos e os pontos fortes que caracterizam os diversos grupos étnicos e culturais precisam ser considerados, com maior sensibilidade a questões étnicas e culturais no planejamento dos serviços. Essa perspectiva intercultural sobre a intervenção e a prevenção em casos de abuso e negligência na infância reorientaria seu foco, desviando-o dos indivíduos e das famílias, e explorando condições sociais e culturais que agravam ou amenizam esses problemas.

Referências

1. Prevent Child Abuse America. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: Statistical evidence. Available at: http://www.preventchildabusenj.org/documents/index/cost_analysis.pdf Accessed October 25, 2007.
2. Kempe Children's Center. World Perspectives on Child Abuse: The Fifth International Resource Book 2002. Carol Stream, Ill: International Society for the Prevention of Child Abuse; 2002.
3. Saunders BE, Berliner L, Hanson RF, eds. *Child physical and sexual abuse: Guidelines for Treatment* (Final Report: January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center; 2003.
4. Wolfe DA. *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, Calif: Sage;1999.
5. Sanders MR, Cann W, Markie-Dadds C. The triple P-positive parenting programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review* 2003;12(3):155-171.
6. Peterson L, Tremblay G, Ewigman B, Saldana L. Multilevel selected primary prevention of child maltreatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003;71(3):601-612.
7. Olds D, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
8. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

9. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development & Psychopathology* 2001;13(4):873-890.
10. Daro D, Donnelly AC. Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd Ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2001:55-78.

Prevenção de abusos e negligência na infância

John Eckenrode, PhD

Family Life Development Center, Cornell University, EUA

Abril 2004

Introdução

Os maus-tratos na infância e na adolescência são um problema que vai muito além das vítimas e dos agressores diretamente afetados por esses comportamentos. Eles afetam a vida de profissionais encarregados de cuidar da saúde e do bem-estar de famílias e de crianças, bem como a de agentes governamentais e de cidadãos que se preocupam com a qualidade de vida em suas comunidades. Os maus-tratos na infância impedem o capital social e a coesão social que une as comunidades. Qualquer abordagem eficaz à prevenção de abuso e negligência na infância precisa acomodar as causas complexas do problema e os diversos interesses e necessidades representados por todos os indivíduos afetados por eles.¹

Do que se trata

Acompanhando os esforços para melhorar os sistemas de detecção e de tratamento de crianças vítimas de maus-tratos e de famílias que maltratam, a prevenção deve ser vista como parte de uma abordagem abrangente ao problema integral de maus-tratos na infância nos países e nas comunidades. Algumas vezes, a ênfase excessiva em detecção e proteção tem desviado a atenção das estratégias de prevenção primária que visam a oferecer apoio e assistência às famílias que vivem em situações estressantes ou que não estão funcionando de forma efetiva.²

Há muitas abordagens à prevenção de abuso e negligência na infância, desde o nível individual dos pais e da criança até a sociedade mais ampla.³ Pesquisadores e profissionais de diferentes disciplinas desenvolveram vários referenciais para a caracterização dos esforços de prevenção nesse campo. Os dois referenciais mais proeminentes talvez sejam o modelo ecológico de desenvolvimento e o modelo de saúde pública.^{4,5,6} Relatórios recentes da *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde), tais como o *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention* (Relatório da consulta sobre prevenção de abusos na infância)⁷ e o *World Report on Violence and Health* (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde)⁸ discutem os esforços de prevenção ao abuso e a negligência na infância, a partir de uma perspectiva internacional, incluindo recomendações sobre ações necessárias por parte de governos, profissionais da atenção à saúde, da educação e da área jurídica, e outros grupos interessados na prevenção de abusos e negligência.

Contexto de pesquisa

Os programas de prevenção, especialmente aqueles sobre os quais foi realizada alguma avaliação adequada,

têm focalizado principalmente esforços secundários ou terciários com famílias em situação de risco ou com vítimas e perpetradores de abuso e negligência. Os esforços de prevenção primária planejados e avaliados de forma adequada são menos frequentes.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa incluem a identificação de abordagens efetivas para a prevenção nos níveis da comunidade, da escola, do sistema de saúde e da família. O planejamento de intervenções fundamentadas em teorias e sua avaliação por meio de formatos rigorosos de pesquisa são desafios constantes. Persistem questões-chave relativas ao papel do contexto comunitário, bem como das características individuais da criança e da família, que podem influenciar a efetividade dos programas de intervenção.

Resultados de pesquisas recentes

Em todos os países, esforços de prevenção primária que envolvem campanhas de informação e educação do público representam ferramentas importantes para aumentar a conscientização do público a respeito do problema de abusos e negligência na infância; para reforçar os padrões da comunidade quanto aos cuidados da criança; para captar recursos para iniciativas comunitárias; e como uma forma de exercer pressão pública sobre órgãos governamentais, no sentido da criação de políticas e programas destinados a dar apoio ao desenvolvimento saudável das crianças. Frequentemente, o alvo das campanhas educacionais são os pais. Por exemplo, nos Estados Unidos, uma campanha ampla de conscientização do público focalizou a Síndrome do Bebê Sacudido.⁹ Na Holanda, no início da década de 1990, uma campanha multimídia teve o objetivo de aumentar a revelação das ocorrências pelas vítimas e por adultos cuidadores.^{8,10} Essa campanha incluiu um documentário na TV, filmes curtos e comerciais, e um programa de rádio, bem como materiais impressos, como cartazes e folhetos. O resultado foi um aumento nos contatos telefônicos com o Serviço Nacional da Criança.

As abordagens mais amplamente utilizadas para a prevenção de maus-tratos na infância talvez sejam aquelas que envolvem tentativas de oferecer apoio direto às famílias e melhorar as práticas de cuidados parentais. Algumas dessas abordagens universais tinham como foco o aprimoramento de práticas parentais – por exemplo, políticas de hospedagem no hospital para todos os pais após o nascimento do bebê –, porém muitas delas eram voltadas a programas destinados a pais considerados em risco de aplicar práticas parentais inadequadas. As abordagens mais promissoras levavam em conta múltiplos fatores de risco de aplicação de práticas parentais inadequadas, e utilizavam diversos tipos de apoio – informação, apoio emocional e ajuda material.¹¹ Esses programas talvez sequer sejam identificados como programas de prevenção de abusos e negligência contra a criança, mas de maneira geral são denominados programas de “apoio e educação da família” ou de “intervenção precoce”.

Uma abordagem que tem recebido atenção considerável nos últimos anos é o programa de visitas domiciliares para aqueles que são pais pela primeira vez. Um conjunto crescente de pesquisas indica uma série de benefícios para as crianças e para os pais, associados a programas de visitas domiciliares planejados e implementados adequadamente, particularmente aqueles que envolvem enfermeiras como visitadoras.^{13,14,15} A visita domiciliar a pais de primeiros filhos é muito adequada como estratégia de prevenção de maus-tratos na infância.¹⁶ Atinge pais de alto risco que não têm as habilidades ou a confiança necessárias para envolver-se

em contextos formais de serviços de atendimento, ou que talvez não tenham capacidade ou disposição para frequentar reuniões em grupo. Essa estratégia se baseia na atenção especial oferecida por um adulto atencioso, que não julga as atitudes da família, em um contexto familiar e confortável para os pais. Os visitantes domiciliares estão também em condições de observar diretamente fatores do lar e da família que podem comprometer os cuidados parentais adequados e colocar as crianças em risco – como, por exemplo, condições físicas inseguras.

Os modelos de visita domiciliar que produziram resultados em ensaios clínicos com atribuição aleatória das famílias a condições de tratamento e de controle podem ser considerados mais confiáveis. Por exemplo, em um estudo experimental sobre visitas domiciliares por enfermeiras em uma comunidade semi-rural (Elmira, Nova Iorque, EUA), mães em situação de risco (jovens, pobres e solteiras) foram visitadas por enfermeiras desde a gravidez e até que seus filhos tivessem 2 anos de idade – em média, 32 visitas. A ocorrência detectada de maus-tratos na infância ao longo de um período de 15 anos foi significativamente mais baixa nas famílias visitadas.¹⁷

Apesar desses achados promissores em um pequeno número de estudos experimentais sobre programas de visitas domiciliares, também está claro que esses serviços, por si só, não podem atender a todas as necessidades de famílias em risco que têm filhos pequenos. Tendem a ter mais sucesso quando combinados com uma variedade de serviços comunitários de prevenção e de intervenção, tais como creches de boa qualidade.^{15,18}

As escolas são contextos importantes para os esforços de prevenção de abusos na infância. Os professores desempenham um papel crucial na identificação precoce de crianças que correm risco de maus-tratos. Os programas baseados em escolas são também uma das estratégias preventivas mais amplamente utilizadas. Têm sido desenvolvidos e avaliados diversos currículos planejados para crianças pequenas, que focalizam primariamente a prevenção de abuso e persuasão sexual.^{19,20,21} As abordagens envolvem tipicamente alguma combinação de vídeos, materiais impressos e instrução ministrada por adultos. Alguns programas tentaram envolver os pais incluindo encontros de educação parental e enviando materiais à casa.²²

Segundo avaliações realizadas por meio de entrevistas que utilizam jogos de papéis ou situações e ilustrações hipotéticas, intervenções educacionais, particularmente aquelas que utilizam conceitos concretos e uma experiência interativa que incluem ensaios e modelos, podem ser eficazes para melhorar o conhecimento da criança. Crianças mais velhas – por exemplo, de 10 a 12 anos de idade – são mais propensas a aprender e a reter mais informações do que crianças pequenas – por exemplo, de 4 a 5 anos de idade.¹⁹ Poucos estudos, mesmo aqueles que incluíram os pais, avaliaram ou evidenciaram efeitos na redução direta do abuso sexual na infância. Uma pesquisa nacional nos EUA mostrou que a exposição a programas de prevenção de assédio não levou à redução da incidência de vitimização ou de danos, embora estivesse associada a uma maior probabilidade de que as crianças denunciassem a vitimização e não culpassem a si mesmas.²³

Profissionais da área da saúde que oferecem serviços diretos às crianças podem desempenhar diversos papéis importantes na prevenção do abuso e da negligência na infância. Dois papéis primários de prevenção – que evitariam a necessidade de cuidados médicos para as consequências de maus-tratos, ou uma prevenção secundária – dos provedores de atenção primária em saúde²⁴ são: (1) avaliação cuidadosa do ambiente doméstico para identificar fatores de risco para maus-tratos modificáveis e não modificáveis, tais como

evidências de isolamento social e de falta de apoio social; e (2) atenção dos profissionais de saúde para situações desencadeadoras que podem contribuir para incidentes de maus-tratos, tais como o choro e o treino no uso do banheiro. Em contextos pediátricos, serviços suplementares podem ser oferecidos por especialistas em desenvolvimento infantil e apoio aos pais. Essa é a abordagem adotada pelo programa *Healthy Steps for Young Children* (Passos Saudáveis para Crianças Pequenas), mantido parcialmente pela Academia Americana de Pediatria.²⁵

Conclusões

O *World Report on Violence and Health* (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde) da WHO (OMS)⁸ recomendou diversas ações que devem ser implementadas por governos, pesquisadores, profissionais da saúde e de assistência social, organizações não governamentais e outros interessados na prevenção de abusos e negligência na infância. Essas recomendações reforçam outras já apresentadas no relatório da Consulta sobre Prevenção de Abuso na Infância, da WHO (OMS).⁷ Pesquisas mais aprofundadas são fundamentais para o aprimoramento dos esforços de prevenção. Muitos países ainda não têm sistemas adequados de monitoramento de casos de abuso e negligência. São necessários dados mais confiáveis que documentem o custo que maus-tratos na infância impõem aos sistemas de saúde em cada país, bem como os fatores de risco e de proteção, os sistemas existentes de atuação em casos reconhecidos, e a avaliação de esforços de prevenção. Além do aprimoramento da coleta de registros oficiais, são necessárias pesquisas periódicas realizadas por instituições acadêmicas baseadas nas populações, sistemas de atenção à saúde e organizações não governamentais. Na medida do possível, as técnicas existentes de mensuração de maus-tratos e de suas consequências devem ser utilizadas em diversos países, para possibilitar comparações interculturais e explorar as razões de variações culturais em casos de abuso e negligência na infância.²⁶

Implicações

A capacitação a respeito de abusos e negligência precisa ser mais desenvolvida nas disciplinas pertinentes, particularmente nas áreas da saúde, jurídica, educação e serviço social. Os profissionais que atuam nessas áreas e que têm contato direto com crianças e famílias em risco podem trabalhar também para atrair recursos para esforços mais amplos de prevenção, e para defender políticas governamentais que protegem as crianças e dão apoio aos pais.

Os governos precisam oferecer o apoio local necessário para garantir que existam sistemas de atenção a crianças vítimas de abuso e negligência efetivos, eficientes e seguros, e para iniciar e manter esforços de prevenção. Estes incluem os esforços para melhorar a resposta dos hospitais e clínicas às crianças maltratadas e negligenciadas e para melhorar o sistema de justiça criminal. A prevenção de abusos e negligência na infância deve ser incorporada a políticas, metas, programas e orçamentos nacionais de saúde pública.

Embora tenham sido desenvolvidas e testadas muitas abordagens de prevenção de abusos e negligência na infância, relativamente poucas têm sido avaliadas com rigor. Tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, há grande necessidade de garantir a avaliação aprofundada sobre a eficácia dos esforços de prevenção. No longo prazo, a vontade política e social em prol de esforços de prevenção pode ser minada se forem instituídas abordagens ineficazes e se forem evidenciados poucos progressos na prevenção

de incidentes de maus-tratos

Uma abordagem abrangente à prevenção de abusos e negligência envolverá muitos esforços coordenados de diferentes setores da sociedade. Em última instância, no entanto, as abordagens mais eficazes de maus-tratos incluirão suas causas profundas considerando questões de pobreza, habitação, emprego, escolas, atenção à saúde e outros sistemas comunitários e de vizinhança que constroem capital financeiro, humano e social²⁷ e oferecem apoio aos pais na tarefa de criar seus filhos.

Referências

1. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
2. Melton GB, Barry FD. *Protecting children from abuse and neglect*. New York, NY: The Guilford Press; 1994.
3. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. 2nd edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1999.
4. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993;114(3):413-434.
5. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 1986;22(6):723-742.
6. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56(1):96-118.
7. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
8. World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention*, 29-31 March, Geneva. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Document WHO/HSC/PVI/99.1.
9. Duhaime A, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants: the "shaken baby syndrome". *New England Journal of Medicine* 1998;338(25):1822-1829.
10. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect* 2000;24(8):1091-1011.
11. Thompson RA. *Preventing child maltreatment through social support*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
12. Weiss HB, Jacobs FH. *Evaluating family programs*. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1988.
13. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):53-92.
14. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: recent program evaluations-analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):4-26.
15. American Academy of Pediatrics, Council on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics* 1998;101(3 pt 1):486-489.
16. Olds DL, Henderson CR. The prevention of maltreatment. In: D. Cicchetti, V. Carlson, eds. *Child maltreatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1989:722-763.
17. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
18. Weiss HB. Home visits: necessary but not sufficient. *Future of Children* 1993;3(3):113-128.
19. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(5):857-876.
20. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000;29(2):257-265.
21. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(10):975-987.
22. Conte JR, Rosen C, Saperstein L. An analysis of programs to prevent the sexual victimization of children. *Journal of Primary Prevention* 1986;6(3):141-155.

23. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *American Journal of Public Health* 1995;85(12):1684-1689.
24. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999;104(1 pt 2):168-177.
25. Zukerman B, Kaplan-Sanoff M, Parker S, Taaffe Young K. The Healthy Steps for Young Children program. *Zero to Three* 1997;17(6):20-25.
26. Schwartz-Kenney BM, McCauley M, Epstein MA. *Child abuse: a global view*. Westport, Conn: Greenwood Press; 2001.
27. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, Dubowitz H, Browne DH, Bangdiwala SI, Mathew RM. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101(1):12-18.

Reconhecimento:

Este resumo foi adaptado do seguinte documento: Eckenrode, J., & Runyan, D. K. (in press) The prevention of child abuse and neglect. Annales Nestle.

Prevenção de maus-tratos na infância. Comentários sobre Eckenrode, MacMillan e Wolfe

Geoffrey Nelson, PhD

Wilfrid Laurier University, Canadá

Julho 2004

Introdução

Eckenrode, MacMillan e Wolfe apresentaram evidências convincentes de que os maus-tratos na infância constituem um problema social grave e de alta prevalência. Eckenrode afirmou que o modelo ecológico de desenvolvimento e o modelo de saúde pública são os referenciais mais proeminentes para a prevenção de maus-tratos na infância. Em outro trabalho,¹ meus colegas e eu integramos esses dois referenciais com um eixo que representa os níveis de prevenção de saúde pública (universal, seletivo, indicado) e um outro que representa níveis ecológicos diferentes (do micro ao macro) abordados pela intervenção (ver Tabela 1).

Este referencial chama a atenção para três pontos principais. Em primeiro lugar, é visível não só que a detecção e a proteção são superenfáticas em comparação com a prevenção, como apontado por Eckenrode, mas também que a maioria dos programas é microcentrada, negligenciando fatores dos níveis meso e macro.¹ Em segundo lugar, com seu foco na promoção de fatores de proteção e redução de fatores de risco, os programas de prevenção visam não apenas a prevenir maus-tratos na infância, mas também procuram promover o bem-estar de crianças, pais e famílias. Em terceiro lugar, ao fortalecer as crianças, os pais e as famílias, esses programas frequentemente são bem-sucedidos também na prevenção de uma série de outros resultados negativos para as crianças, entre os quais insucesso acadêmico, evasão escolar e comportamento delinquente.² Programas de prevenção podem fortalecer os indivíduos e prevenir muitos resultados negativos, e não só os maus-tratos na infância.

Como observou MacMillan, os fatores de risco e de proteção em relação ao abuso sexual na infância são um pouco diferentes dos fatores das demais formas de maus-tratos. Além disso, os programas para a prevenção de abuso sexual na infância focalizam a educação das crianças e a promoção de sua capacidade de resistência ao abuso. MacMillan reconheceu corretamente as limitações dessa abordagem, que atribui a responsabilidade pela prevenção às vítimas potenciais, e não aos perpetradores adultos, que têm mais poder. É evidente a necessidade de desenvolver referenciais teóricos mais sofisticados para orientar a prevenção de abuso sexual na infância.

Pesquisa

Os três revisores apontaram a diversidade de tipos de programas de prevenção de maus-tratos na infância, e

afirmaram que a melhor evidência de que maus-tratos na infância podem ser prevenidos provém de estudos de programas de visitas domiciliares, particularmente os de Olds, Kitzman, Eckenrode e colegas.^{3,4,5} Em uma revisão dessa literatura,¹ verificou-se que programas de visitas domiciliares com duração de pelo menos um ano, e com pelo menos 20 visitas, são mais eficazes do que programas mais curtos e menos intensivos. Embora não tenham sido realizadas muitas pesquisas sobre campanhas universais nos meios de comunicação, um estudo⁶ sobre comunicados dirigidos a pais e mães “de primeira viagem” a respeito de formas de promover o desenvolvimento infantil relatou impactos positivos. Os pais que receberam o comunicado apresentaram escores significativamente mais baixos em uma medida de potencial de abuso, e na comparação com os pais do grupo de controle, que não receberam o comunicado, foi 50% menor o número daqueles que relataram ter espancado ou esbofetado os filhos na semana anterior à avaliação.

Há uma série de programas de prevenção que oferecem apoio à família, que são baseados na comunidade e envolvem múltiplos componentes, tais como visitas domiciliares ou capacitação dos pais, educação pré-escolar para a criança e diversos outros serviços. Embora tenha sido constatado que esses programas têm maior impacto sobre o bem-estar da criança e da família do que os programas de visitas domiciliares ou de campanhas nos meios de comunicação – e, portanto pareceriam ter um amplo potencial para a prevenção de maus-tratos na infância –, apenas um deles examinou os impactos sobre taxas de maus-tratos. Um acompanhamento de longo prazo envolvendo mais de 1.400 crianças⁸ verificou que crianças que tinham participado de Centros Pais-Filhos que ofereciam benefícios pré-escolares e escolares para as crianças, e que promoviam o envolvimento dos pais, tinham, aos 17 anos de idade, níveis significativamente mais baixos (5%) de processos na justiça por maus-tratos na infância do que crianças de um grupo de comparação (11%). Além disso, o envolvimento dos pais na escola das crianças e a mobilidade escolar foram mediadores significativos desses impactos.

Os revisores estão certos ao afirmar que há poucas evidências de que os programas educacionais sobre abuso sexual na infância realmente previnam esse problema. No entanto, um estudo⁹ verificou que estudantes universitários que tinham participado de um programa “toque bom – toque mau” na educação infantil ou no ensino fundamental, relataram taxas significativas mais baixas de experiências de abuso sexual na infância (8%) do que estudantes que não tinham participado de um programa desse tipo (14%). Apesar de seu formato retrospectivo, que constitui uma limitação, esse estudo sugere que essa abordagem pode ter algum potencial preventivo.

Implicações

Há diversas implicações importantes da pesquisa e das ações referentes à prevenção de maus-tratos na infância. Em primeiro lugar, como apontou Eckenrode, há necessidade de melhor coordenação entre pesquisa e políticas. Com demasiada freqüência, os governos se lançam em uma política social que não está fundamentada em pesquisas rigorosas que possam avaliar os impactos causais do programa. Em segundo lugar, como sugeriram Wolfe e Eckenrode, é necessário examinar os processos e os resultados do programa em diferentes contextos culturais. Ações que têm sucesso na prevenção de maus-tratos na infância com famílias brancas de baixa renda, na área rural de Nova Iorque, podem funcionar de forma muito diferente com famílias afro-americanas de baixa renda em Memphis ou em Chicago. Além disso, há necessidade de pesquisas transnacionais, uma vez que a maioria das avaliações sobre maus-tratos na infância foi realizada nos Estados Unidos, e os resultados talvez não possam ser generalizados para outros países. Em terceiro

lugar, é preciso garantir que os programas de prevenção de maus-tratos na infância sejam suficientemente poderosos para criar impactos positivos. Há evidências crescentes de que programas pré-escolares de prevenção com crianças precisam ser longos e intensivos para produzir impactos preventivos no curto e no longo prazo.² Em muitos lugares, os governos relutam ou não se dispõem a prover financiamento adequado para garantir que sejam implementados e disseminados programas de prevenção de maus-tratos na infância baseados em evidências de pesquisa e que mantenham a fidelidade ao modelo original do programa. Por exemplo, quando terminou a fase de subsídios para a demonstração do programa original de visitas domiciliares por enfermeiras na área rural de Nova Iorque, a unidade local de saúde duplicou o número de casos atendidos pelas enfermeiras visitadoras, diluindo, dessa forma, a intensidade do programa.¹⁰ Em reação a essa decisão, todas as enfermeiras que atuaram no programa original abandonaram o trabalho.

Em quarto lugar, os programas de prevenção precisam começar a abordar os fatores de risco e de proteção nos níveis meso e macro. Eckenrode apontou a redução do capital social na América do Norte e a necessidade de recuperá-lo. A menos que os programas de visitas domiciliares e de múltiplos componentes sejam acompanhados por programas de desenvolvimento da comunidade, de habitação e de emprego, as crianças continuarão a crescer em comunidades problemáticas, caracterizadas por altos níveis de pobreza, moradias precárias, violência e comportamento criminal. Por fim, são necessárias políticas sociais que sigam uma agenda de justiça social e de redução da pobreza, para dar um apoio mais adequado às crianças e às famílias. Há muitos modelos excelentes de políticas de melhoramentos no oeste e no norte da Europa, que poderiam beneficiar crianças e famílias norte-americanas.¹¹ A implementação mais completa de programas de prevenção, de intervenções na comunidade e de políticas sociais para a promoção do bem-estar das famílias e a prevenção de maus-tratos na infância exigirão uma mudança fundamental de valores na América do Norte – do individualismo e da tendência a culpar as vítimas para uma situação de bem-estar coletivo, apoio a estruturas comunitárias e justiça social.

Tabela 1. Exemplos de Programas de Prevenção ou Intervenção Precoce em Maus-tratos na Infância por Nível de Prevenção e Nível Ecológico Mais Alto Abordado

Referências

1. Nelson G, Laurendeau, M-C, Chamberland C, Peirson L. A review and analysis of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of preschool and elementary school-aged children. In: Prilleltensky I, Nelson G, Peirson L, eds. *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: Fundamentals for thinking and action*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2001.
2. Nelson G, Westhues A, MacLeod J. A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention and Treatment* 2003;6:article 31.
3. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.
4. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
5. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.
6. Riley D, Salisbury MJ, Walker SK, Steinberg J. *Parenting the first year: Wisconsin statewide impact report*. Madison, WI: University of Wisconsin; 1996.
7. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1127-1149.
8. Reynolds AJ, Robertson DL. School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. *Child Development* 2003;74(1):3-26.
9. Gibson LE, Leitenberg H. Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1115-1125.
10. Schorr L. *Within our reach: Breaking the cycle of disadvantage*. Toronto, Ontario: Doubleday; 1988.
11. Peters RDev, Peters JE, Laurendeau, M-C, Chamberland C, Peirson L. Social policies for promoting the well-being of Canadian children and families. In: Prilleltensky I, Nelson G, Peirson L, eds. *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: Fundamentals for thinking and action*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press; 2001.
12. Prilleltensky I, Nelson G. Promoting child and family wellness: Priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2000;10(2):85-105.

Prevenção de maus-tratos na infância. Comentários sobre Eckenrode, MacMillan e Wolfe

John R. Lutzker, PhD

United States Centers for Disease Control and Prevention & Nation Center for Injury Prevention and Control,
EUA

Abril 2004

Introdução

Os maus-tratos na infância afetam anualmente mais de um milhão de crianças norte-americanas e canadenses. Esse número, baseado em grande parte em relatórios de serviços de proteção à criança, geralmente é considerado uma grave sub-representação do escopo real do problema, uma vez que, em pesquisas baseadas na população, cerca de um terço dos adultos informam terem sido vítimas de abusos na infância. A negligência é mais prevalente do que o abuso, mas pode ser precursora de abusos. Os maus-tratos na infância têm consequências negativas que vão além da dor imediata da vitimização na infância. Os custos financeiros para a sociedade são altos, e há sequelas físicas e mentais graves para as vítimas que se estendem durante toda a vida, tais como depressão profunda e doenças cardiovasculares.¹ John Eckenrode, Harriet MacMillan e David Wolfe enfatizaram a utilidade do modelo ecológico de desenvolvimento e do modelo de saúde pública para a prevenção de maus-tratos na infância. Ao fazê-lo, esses autores apontam a necessidade de identificar programas eficazes de intervenção que abordem os maus-tratos na infância em múltiplos níveis, incluindo a família, as escolas, o sistema de atenção à saúde e a comunidade. Outras preocupações dos autores são o monitoramento e dados etiológicos de melhor qualidade e mais frequentes, além do estabelecimento de metas programáticas viáveis.

Pesquisas e conclusões

Eckenrode enfatiza a necessidade de esforços de prevenção adequadamente planejados e avaliados. Salienta também a necessidade de utilizar abordagens universais, que incluam campanhas de informação e defesa pública para obter mudanças políticas em órgãos governamentais nos níveis local e nacional. Em termos de programas individuais, Eckenrode aponta o sucesso dos programas de visitas domiciliares, mas lembra que o foco somente no nível da família não é tão eficaz quanto a combinação de visitas domiciliares com as sugestões em nível de comunidade apontadas anteriormente. Esses esforços devem incluir as escolas. Eckenrode argumenta que, embora controversos, os programas escolares que visam a ensinar as crianças a evitar abuso ou assédio sexual potencial, podem ser incluídos no conjunto de esforços. Esses programas envolvem ensaios e modelagem de comportamentos, e devem incluir conceitos concretos para crianças pequenas.² MacMillan, no entanto, questiona se o aprimoramento de conhecimentos e habilidades reduz ou

não os riscos para as crianças. Ao final, a autora recomenda que os profissionais de saúde devem desempenhar um papel central na avaliação domiciliar e ajudar os pais a identificarem situações-chave de risco, tais como choro excessivo. Encontrar mecanismos eficazes e com boa relação custo-benefício para esse apoio aos pais é um desafio para pesquisadores e provedores de serviços.

MacMillan nota que a falta de definições uniformes e questões éticas constituem-se em barreiras para a realização de pesquisas sólidas sobre prevenção de maus-tratos na infância. Tal como Eckenrode, MacMillan comenta os componentes dos programas de visitas domiciliares, particularmente o de visitação por enfermeiras, de Olds e colegas. A autora sugere que há poucas pesquisas – talvez nenhuma – que demonstrem que esses programas *previnem* maus-tratos na infância. No entanto, após uma revisão sistemática, o *Guide to Community Preventive Services at the Centers for Disease Control – CDC* (Guia sobre Serviços Preventivos em Centros de Controle de Doenças) concluiu recentemente que programas de visitas domiciliares são eficazes na redução de maus-tratos na infância. Entre os estudos que atenderam aos critérios da revisão, houve uma redução em maus-tratos da ordem de 40%; programas com maior duração foram mais eficazes do que os mais breves; e em programas mais breves, profissionais podem obter melhores resultados do que paraprofissionais (técnicos).³ Entretanto, como adverte MacMillan, nem todos os programas de visitas familiares são iguais, e é preciso observar que a revisão do CDC não conseguiu identificar diferenças de procedimento entre os programas de visitas domiciliares.

Wolfe também endossa o que descreve como programas de visitas domiciliares personalizados, adequados a determinadas famílias. O autor salienta que esses programas devem focalizar habilidades práticas, apresentadas em formatos de fácil compreensão. Tal como Eckenrode e MacMillan, Wolfe lembra que a prevenção deve incluir esforços da comunidade, como aqueles empreendidos em diversos países, entre os quais campanhas nos meios de comunicação, visando a informar o público como reconhecer indícios de abuso e como reagir a preocupações a esse respeito. Wolfe recomenda, também, que sejam levadas em conta questões relacionadas ao nível da comunidade, tais como habitação, educação profissional, melhor capacitação para os profissionais para a identificação de maus-tratos, e melhores instrumentos de triagem.

Implicações para os serviços

A necessidade de melhor capacitação de profissionais, tais como assistentes sociais, provedores de atenção à saúde, educadores e profissionais do setor jurídico, é um ponto que Eckenrode aborda de maneira apropriada. Esta questão é mais complexa do que parece à primeira vista, uma vez que as limitações de financiamento estão longe de ser o único obstáculo a uma capacitação mais frequente e de melhor qualidade. No caso de assistentes sociais, há uma quantidade de questões que dificultam o aprimoramento da capacitação, tais como: o tempo necessário para realizar a capacitação e as abordagens de capacitação utilizadas. Há poucos dados empíricos para embasar sugestões de melhores formatos, métodos mais eficientes e duração mais propícia para a capacitação. Além disso, há questões de manutenção das habilidades aprendidas e da qualidade dessa manutenção (fidelidade).⁴ Por fim, há complicações quanto às prioridades na capacitação. Por exemplo, talvez a primeira prioridade devesse ser a determinação válida do risco que a criança corre. Milner e colegas⁵ verificaram que os assistentes sociais não conseguem avaliar com segurança o risco futuro da criança. Enquanto não houver definições uniformes de maus-tratos na infância, e até que sejam encontrados métodos bem-sucedidos para ensinar os profissionais a avaliarem o risco de forma mais confiável, a capacitação nessa área será necessariamente insuficiente. A capacitação de outros profissionais também

levanta questões, tais como saber se a capacitação de equipes médicas para a detecção de riscos ou para dar dicas simples de cuidados parentais de fato reduz os riscos para as crianças.

Todos autores expressam preocupações com o número reduzido de avaliações rigorosas de programas relativos a maus-tratos na infância realizadas até o momento. Há numerosas razões para essa escassez, entre as quais a dificuldade de atribuir aleatoriamente os casos de maus-tratos na infância a diferentes condições, a incerteza sobre quais medidas podem apreender melhor os resultados relevantes, e a dificuldade de apreender os aspectos qualitativos dos programas e seu papel nos resultados. Certamente, sempre que possível, precisam ser realizados estudos com formato de controle randomizado para a avaliação dos programas relativos a maus-tratos na infância. Há necessidade também de utilização mais frequente de formatos semi-experimentais com grupos de comparação, estudos formativos e prospectivos, e formatos de caso único para aprender mais a respeito de estratégias de mudança de comportamento individual e das formas de ajustá-las. Por fim, qualquer avaliação rigorosa deve incluir uma consistente análise de custo.⁶

Todos os autores expressam a necessidade de pesquisas no nível da comunidade. Nessa preocupação está incluída a necessidade de sensibilidade em relação a nuances étnicas e culturais diversas que podem influenciar a avaliação, a pesquisa e os serviços. Está implícita nessa preocupação a necessidade de estudar normas sociais que afetam países e subgrupos dentro dos países quanto às práticas de cuidados parentais e os maus-tratos na infância. Há duas dimensões de normas sociais que precisam ser consideradas: compreender o conjunto atual de normas no grupo focalizado, e também influir em normas sociais no sentido de modificar a tolerância em relação a maus-tratos na infância.

A prevenção de maus-tratos na infância requer coordenação de esforços em múltiplos níveis: o governo, o público, agências, pesquisadores que investigam a aplicação das leis e provedores de serviços. Maior ênfase e melhorias na prevenção primária, em esforços no nível da comunidade, na avaliação de programas e de resultados e na responsividade cultural contribuirão para esses esforços.

Referências

1. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risks of alcoholism and depression. *Psychiatric Services* 2002;53(8):1001-1009.
2. Boyle CF, Lutzker JR. Teaching young children to discriminate abusive from nonabusive situations using multiple exemplars in a modified discrete trial teaching format. *Journal of Family Violence*. In press.
3. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P. Task Force on Community Preventive Services. First reports of evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003;52(14):1-9.
4. Filene JH, Lutzker JR, Hecht D, Silovsky J. Project SafeCare: issues in replicating an ecobehavioral model of child maltreatment prevention. In: Kendell-Tackett K, Giacomoni S, eds. *Victimization of children and youth: patterns of abuse; response strategies*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; In press.
5. Milner JS, Murphy WD, Valle LA, Tolliver RM. Assessment issues in child abuse evaluations. In: Lutzker JR, ed. *Handbook of child abuse research and treatment*. New York, NY: Plenum Press; 1998:75-115.
6. Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS, eds. *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2003.

Violência doméstica e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas

Katherine M. Kitzmann, PhD

University of Memphis, EUA

Agosto 2007, Ed. rev.

Introdução

Estatísticas populacionais dos Estados Unidos indicam que 29,4% das crianças de lares biparentais vivem em uma família na qual ocorreu violência entre os pais no decorrer do último ano.¹ Mesmo quando as crianças de lares violentos não são o alvo direto do abuso, frequentemente são envolvidas na violência de seus pais de outras formas que as colocam em risco.² As crianças correm riscos físicos quando intervêm nos conflitos entre os pais, ou são envolvidas acidentalmente no “fogo cruzado”. É possível também que sofram estresse psicológico, especialmente quando são colocadas na posição de denunciar a violência às autoridades e, até mesmo, de testemunhar contra um dos genitores em procedimentos legais. Esse sofrimento pode ser agravado por tentativas dos pais de culpar a criança por seus conflitos e suas agressões.

Do que se trata

É importante dar atenção ao testemunho de crianças, porque a violência doméstica é mais provável em famílias com filhos, e especialmente com filhos menores de 5 anos. A violência é mais frequente na relação inicial de convivência doméstica, quando as crianças são pequenas.³ Crianças que vivem em lares violentos costumam assistir, ouvir e intervir em episódios de violência doméstica.^{2,4,5}

Há evidências crescentes de que crianças que presenciam violência doméstica correm risco de enfrentar diversos problemas psicossociais. Na verdade, os problemas observados nessas crianças são semelhantes àqueles observados em crianças que são vítimas diretas de abuso físico.³ Uma vez que testemunhar violência doméstica pode aterrorizar as crianças e perturbar significativamente sua socialização, alguns especialistas passaram a considerar a exposição à violência doméstica como uma forma de maus-tratos psicológicos.^{8,9,10}

Problemas

As crianças podem reagir de muitas maneiras diferentes ao presenciar violência doméstica: podem intervir, se isolarem ou se tornarem agressivas. Esses comportamentos podem ser adaptativos no contexto da violência familiar, mas são desajustados em outros contextos.¹¹ Crianças que presenciam violência doméstica correm risco de enfrentar diversos problemas psicológicos, emocionais, comportamentais, sociais e acadêmicos.

7,12,13,14,15,16

Nem todas as crianças expostas à violência doméstica apresentam níveis importantes de desajustamento.^{17,18} No entanto, essas crianças ainda podem vivenciar problemas menos severos que as colocam em risco de dificuldades psicológicas ou interpessoais posteriores.^{19,20} Por exemplo, podem ter atitudes inadequadas a respeito de violência como forma de resolver conflitos, podem ser mais propensas a utilizarem a violência, e podem ter crenças fortes de que são responsáveis pelos conflitos entre seus pais.²¹

Contexto de pesquisa

Resultados das crianças. Os primeiros estudos de caso com crianças que testemunharam violência doméstica tiveram início na década de 1970, e os primeiros estudos empíricos, na década de 1980. Poucos estudos focalizaram especificamente os efeitos observados em crianças muito pequenas. A pesquisa empírica inclui estudos correlacionais – que examinam as correlações entre grau de exposição à violência doméstica e resultados da criança – e estudos de comparação de grupos – que comparam grupos de crianças que foram expostas à violência doméstica com crianças que não tiveram essas experiências. As consequências para as crianças são tipicamente definidas em função dos relatos dos pais ou da própria criança sobre problemas de internalização e externalização. Uma linha secundária de pesquisa examinou as respostas das crianças a incidentes simulados ou hipotéticos de conflito entre adultos em contextos de laboratório.

Tratamento. Programas de tratamento como o *Boston City Hospital's Child Witness to Violence Study* (Estudo do Hospital da Cidade de Boston sobre Crianças que Testemunham Violência) foram desenvolvidos para cuidar das necessidades especiais de crianças que testemunharam violência entre adultos.²² No entanto, há poucos relatos publicados de estudos com grupos controle que avaliem a efetividade desses programas.²³ Resultados promissores foram produzidos por um programa de dez semanas destinado a ajudar testemunhas de 8 a 13 anos de idade a desenvolverem formas mais efetivas para lidar com a violência doméstica e de responder a ela.^{24,25} Em comparação com o grupo controle, as crianças que participaram do programa melhoraram suas atitudes com respeito à raiva entre os pais e menor sentimento de responsabilidade pela violência entre eles. Outro programa – o projeto *SUPPORT* – também foi avaliado em um estudo randomizado. Dois anos depois do tratamento, as crianças que tinham 4 e 9 anos de idade quando participaram do programa apresentaram uma taxa significativamente mais baixa de problemas de conduta em comparação a crianças que receberam outros serviços já existentes.²⁶

Questões-chave de pesquisa

A agressão branda/moderada deve ser diferenciada de agressões mais graves? Em muitos estudos, formas mais extremas de violência (estrangulamento, pancadas) não são diferenciadas de formas mais brandas (empurrar, dar um tranco). Essa distinção pode ser útil, tanto em termos de documentação dos efeitos da violência quanto em termos de compreensão dos mecanismos subjacentes a esses efeitos.²⁷

Por quais mecanismos o fato de presenciar violência doméstica resulta em perturbação do desenvolvimento? A exposição a formas menos graves de agressão pode afetar as crianças por meio dos mesmos processos identificados na pesquisa sobre conflitos familiares em geral, incluindo efeitos diretos, devidos à falta de regulação comportamental e emocional das crianças, e efeitos indiretos, devidos a problemas com os cuidados parentais.^{19,28} Agressões mais graves tendem a ser traumáticas para as crianças, e por esse motivo os processos pelos quais produzem efeitos podem assemelhar-se mais àqueles identificados nas pesquisas sobre abuso e negligência na infância do que àqueles identificados nas pesquisas sobre conflitos familiares.

De que forma devem ser medidos os resultados da criança? É importante documentar não só os níveis clínicos de angústia, mas também a angústia subclínica das crianças, assim como a resiliência diante da violência familiar.^{8,29} Resiliência deve ser definida não só como ausência de patologia, mas também como a presença de competência face aos estressores associados à agressividade entre os pais. Assim, é importante que pesquisas futuras avaliem as competências mais perceptíveis em cada estágio de desenvolvimento das crianças, tais como apego, relações com pares e adaptação bem-sucedida na escola.⁸

Resultados de pesquisas recentes

Kitzman e colegas desenvolveram uma meta-análise de 118 estudos empíricos que examinaram o ajustamento psicológico de crianças que testemunharam violência doméstica.⁷ Os resultados mostraram que 63% dessas crianças apresentavam piores resultados do que a criança média que não foi exposta à violência entre os pais. Seus problemas incluíam agressividade, ansiedade, dificuldades com pares de idade e problemas acadêmicos, todos em grau semelhante. Evidências limitadas de um pequeno número de estudos sugeriram maior risco para crianças em idade pré-escolar. Para crianças de todas as idades, foram observados níveis semelhantes de desajustamento naquelas que haviam presenciado violência doméstica, que tinham sofrido abuso físico e que tinham enfrentado os dois tipos de experiência.

Conclusões

Crianças expostas à violência doméstica estão em situação de risco devido a uma série de problemas psicossociais, mesmo quando não são o alvo da agressão física. Esses problemas são semelhantes àqueles observados em crianças que sofrem abuso físico, o que sugere que qualquer tipo de violência na família pode prejudicar o desenvolvimento da criança. Embora crianças pequenas sejam desproporcionalmente mais expostas à violência doméstica, poucas pesquisas focalizaram o ajustamento de crianças desse grupo etário. Há algumas evidências que sugerem que o risco é maior para crianças mais jovens, presumivelmente devido a suas limitações para a compreensão de conflitos e para desenvolverem estratégias para lidar com a situação. Poucos programas de tratamento foram testados em estudos randomizados. É necessário que as pesquisas incluam medidas mais precisas de violência – por exemplo, diferenciando agressões brandas e severas; múltiplos fatores de risco – por exemplo, utilizando controles para a ocorrência de abuso de álcool pelos pais; e resultados – por exemplo, identificando angústia subclínica que pode colocar a criança em risco de problemas posteriores.

Implicações

Políticas.

As discussões referentes a definições consensuais de abuso na infância e à diferenciação entre abuso e maus-tratos na infância precisam ser ampliadas para incluir crianças que presenciam violência no lar, mas não são o alvo direto da violência.^{23,27} Essa questão tem implicações diretas para decisões sobre detenção policial, alocação de crianças e intervenção de serviços sociais em casos de violência doméstica.³⁰ Em 2001, os legisladores norte-americanos no nível federal propuseram o *Children Who Witness Domestic Violence Protection Act* (Decreto de Proteção à Criança que Presencia Violência Doméstica), mas não conseguiram aprová-lo. Versões mais brandas dessa legislação foram incluídas no *No Child Left Behind Act* (Decreto Nenhuma Criança Deixada para Trás) de 2002, e no *Keeping Children and Families Safe Act* (Decreto Mantendo Seguras as Crianças e as Famílias) de 2003, que oferecem financiamento para programas que se direcionam às necessidades de crianças que presenciam violência doméstica. Diversas províncias canadenses criaram dispositivos legais semelhantes.

Tratamento

As intervenções devem focalizar tanto os efeitos diretos da exposição à violência doméstica – por exemplo, ajudando as crianças a aprenderem a lidar com estressores associados à violência familiar – quanto os efeitos indiretos decorrentes de cuidados parentais ineficientes – por exemplo, ajudando os pais a oferecerem estímulo e disciplina consistentes, apesar dos transtornos provocados pela violência. Pode ser importante adotar uma abordagem multissistêmica de tratamento para lidar com as diversas influências sociais que aumentam ou reduzem os riscos entre crianças expostas à violência doméstica.³¹

Referências

1. McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, Caetano R, Green CE. Estimating the number of American children living in partner-violence families. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):137-142.
2. Fantuzzo JW, Boruch R, Beriama A, Atkins M, Marcus S. Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(1):116-122.
3. O'Leary KD, Barling J, Arias I, Rosenbaum A, Malone J, Tyree A. Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):263-268.
4. Holden GW, Ritchie KL. Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development* 1991;62(2):311-327.
5. Rosenberg MS. Children of battered women: The effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities. *Behavior Therapist* 1987;10(4):85-89.
6. Osofsky JD. The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist* 1995;50(9):782-788.
7. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(2):339-352.
8. McGee RA, Wolfe DA. Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology* 1991;3(1):3-18.
9. Peled E, Davis D. *Groupwork with children of battered women: a practitioner's guide*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
10. Somer E, Braunstein A. Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated? *Aggression and Violent Behavior* 1999;4(4):449-456.
11. Emery RE. Family violence. *American Psychologist* 1989;44(2):321-328.
12. Fantuzzo JW, Lindquist CU. The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence* 1989;4(1):77-94.
13. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990.

14. Kolbo JR, Blakely EH, Engleman D. Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence* 1996;11(2):281-293.
15. Margolin G, Gordis EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology* 2000;51:445-479.
16. Wolak J, Finkelhor D. Children exposed to partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998:73-112.
17. Grych JH, Jouriles EN, Swank PR, McDonald R, Norwood WD. Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(1):84-94.
18. Hughes HM, Luke DA. Heterogeneity of adjustment among children of battered women. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington DC: American Psychological Association; 1998:185-221.
19. Cummings EM. Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:55-93.
20. Graham-Bermann SA. The impact of woman abuse on children's social development: Research and theoretical perspectives. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:21-54.
21. Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe DA. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990;35(6):466-470.
22. Groves BM, Zuckerman B. Interventions with parents and caregivers of children who are exposed to violence. In: Osofsky JD, ed. *Children in a violent society*. New York, NY: Guilford Press; 1997:183-201.
23. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
24. Jaffe P, Wilson S, Wolfe DA. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1986;18(4):356-366.
25. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence* 1995;10(3):295-306.
26. McDonald R, Jouriles EN, Skopp NA. Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):127-136.
27. Emery RE, Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist* 1998;53(2):121-135.
28. Owen AE, Thompson MP, Kaslow NJ. The mediating role of parenting stress in the relation between intimate partner violence and child adjustment. *Journal of Family Psychology* 2006;20(3):505-513.
29. Cicchetti D, Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Risk, disorder, and adaptation*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1995:32-71. *Developmental Psychopathology*; vol 2.
30. Chalk R, King PA, eds. *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
31. Henggeler SW, Mihalic SF, Rone L, Thomas C, Timmons-Mitchell J. *Blueprints for violence prevention: Multisystemic therapy*. Boulder, Colo: University of Colorado; 1998.