



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG MEDICINA

**REPERCUSSÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS EM CASOS DE BATTERED CHILD
SYNDROME: O SILÊNCIO DOS INOCENTES.**

Lorena Oliveira Nazario

Manhuaçu / MG

2024

LORENNNA OLIVEIRA NAZARIO

**REPERCUSSÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS EM CASOS DE BATTERED CHILD
SYNDROME: O SILÊNCIO DOS INOCENTES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso de Superior de
medicina do Centro Universitário UNIFACIG,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel.

Orientador: Gladma Rejane Ramos
Araujo da Silveira

LORENNNA OLIVEIRA NAZARIO

**REPERCUSSÕES CLÍNICAS E PSÍQUICAS EM CASOS DE
BATTERED CHILD SYNDROME: O SILÊNCIO DOS INOCENTES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso de Superior de
medicina do Centro Universitário
UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Gladma Rejane Ramos
Araujo da Silveira

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: 11/12/2024

Dra. Gladma Rejane Ramos Araujo da Silveira – Unifacig

Dra. Larissa Alvim Mendes Sangi - Unifacig

Me. Juliana Santiago Silva – Unifacig

RESUMO

A violência infantil vem se destacando como um problema preocupante para a saúde pública. O presente estudo objetivou demonstrar as repercussões como sequelas físicas e psíquicas, que impactam em seu convívio social e em seus comportamentos, devido ao período de desenvolvimento neuropsicomotor no qual essa faixa etária se encontra e posteriormente ao passar dos anos. Foram coletados dados descritos em artigos que discorrem sobre a temática. Os resultados demonstram que as lesões por maus-tratos podem gerar repercussões clínicas mais comumente identificadas na pele e nas mucosas e, em seguida, no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais. Ademais, vale ressaltar que, as violências físicas, na maioria dos casos, são acompanhadas de abusos psíquicos, sendo principalmente caracterizado por abandono emocional, negligência e cuidados afetivos. Portanto, ao integrar teoria e pesquisa clínica, buscou-se contribuir para uma abordagem mais eficaz e compassiva dos maus tratos aos menores, visando proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes e para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Palavras-chave: Violência. Criança. Psíquicas. Espancada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MATERIAIS E MÉTODOS	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
5. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

É notório que a temática acerca dos maus tratos são temas de crescente reconhecimento e importância. Uma vez que, a violência é um problema de saúde pública e tem um alto custo social, emocional e financeiro para a comunidade e principalmente para os menores atingidos. Dessa forma, a temática proposta “Repercussões clínicas e psíquicas em casos de *battered child syndrome*: o silêncio dos inocentes”, também conhecida como síndrome da criança espancada, faz-se necessária para uma análise abrangente e integrada da questão abordada.

Embora a definição de abuso infantil não seja única, o conceito usado pela Organização Mundial da Saúde é um dos mais completos, ou seja, descreve abuso infantil como toda e quaisquer forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou exploração comercial ou de outra natureza, desencadeando danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento, dignidade da criança/vítima no contexto social que deveria ser de responsabilidade e confiança (WATSON, 2013).

Essa violência é vista como um problema de saúde mundial, com progressivo crescimento nos últimos anos, avaliado por estudos como possível relação de comportamentos de risco à saúde, doenças diversas, alterações epigenéticas e envelhecimento prejudicado (CER-NA-TUROFF et al. 2021).

A violência contra crianças e adolescentes no meio familiar e doméstico ainda é a apresentação mais frequente da agressividade do ser humano contra aqueles que deles dependem, tanto física como psiquicamente.

É uma doença pandêmica e, como tal apresenta uma evolução de mau prognóstico se não prevenida, ou interrompida e tratada precocemente, onde as suas marcas e danos progressivos podem impedir o desenvolvimento neuropsicomotor e relacional da criança e do adolescente, mantidos como reféns de seus agressores.

De modo que os números das situações de violência contra crianças e adolescentes mostram que não são os laços de sangue que impedem com que, covarde e cruelmente, pais e outros familiares maltratem seus dependentes, das mais variadas formas e intensidades

É possível identificar o seu risco desde as consultas de pré-natal e nos primeiros meses de vida da criança, mas também a qualquer idade, quando a escuta

do histórico dos pais como filhos trouxeram situações de violência sofridas e normalizadas. De modo que, a fragilidade ou negação de desejo daquela gravidez e do filho, bem como a caracterização de pouco valor dado àquela criança na vida dos genitores, podem indicar a falta da vinculação necessária entre pais e filhos e, a grande possibilidade de evoluírem para um relacionamento pautado na violência.

A violência quando acontece no próprio lar, pode ter efeitos devastadores, porque as experiências vividas na infância refletem na fase adulta (RAMOS; SILVA, 2011).

As violências físicas e as psíquicas sempre se acompanham de danos, que poderão impedir o desenvolvimento normal esperado para a criança ou adolescente, bloqueando a capacidade de aprender, de criar e se relacionar consigo mesmo e com o outro. Sinais e sintomas de sofrimento psíquico estarão sempre presentes nas violências físicas, sexuais e psíquicas isoladas na infância e adolescência, e, são os sinais de alterações do comportamento, de humor e de socialização os mais facilmente identificáveis em consultas pediátricas e em locais frequentados pela criança e pelo adolescente.

Crianças que passaram por situações traumáticas sentem influências decisivas nas conexões neuronais do cérebro, causando transtornos psiquiátricos na fase adulta (BRAUN, 2004).

As bases de estruturação de personalidade e dos valores morais, éticos e pessoais se formam nos primeiros sete a oito anos de vida, pelos ensinamentos que a criança recebe, pela influência do ambiente e, pelo que observa e reproduz dos que estão em seu entorno e participam de seu cuidar.

Durante o desenvolvimento infantil qualquer violência contra a criança, acarreta prejuízos no desenvolvimento e crescimento biopsicossocial (SOUZA & SANTANA, 2007).

Portanto, o presente estudo visa analisar e sintetizar o conhecimento científico sobre os impactos advindos dos maus tratos infantis e as repercussões clínicas e psíquicas que podem acometer os menores.

É notório que a violência é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, hoje constitui a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. Portanto, é possível visualizar que é crescente o número de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos que acometem a atual sociedade

Desse modo, cada vez mais os casos de *battered child syndrome*, também conhecida como síndrome da criança espancada, emergem na atual sociedade. De modo que, crianças de baixa idade estão sujeitas a sofrerem traumas severos e repetitivos que levam frequentemente a lesões permanentes e até a morte. Uma vez que, são desencadeadas através do desenvolvimento de uma relação interpessoal, onde a força, a intimidação ou ameaça submete o menor ao autoritarismo do adulto. Vale ressaltar, a relevância sobre a discussão do tema proposto, uma vez que, a questão integra a preocupação plena com a criança e todos os aspectos que possam garantir a integridade e longevidade aos menores.

Portanto, apesar da maioria da população não tomar conhecimento a respeito da magnitude real desse problema, devido a alguns fatores culturais e institucionais, faz-se necessário, estudos voltados ao assunto, de modo que a aplicação do conhecimento esteja presente na sociedade, com a finalidade de ampliar o acesso aos principais aspectos ligados a *battered child syndrome*, dentre eles, as repercussões clínicas e psíquicas que perpetuam diante da síndrome da criança espancada e a abordagem necessária perante ao tema abordado.

Desse modo, é evidente que as consequências para a vítima são, em geral, muito danosas. Convergem para repercussões como sequelas físicas e psíquicas, que impactam em seu convívio social e em seus comportamentos, devido ao período de desenvolvimento neuropsicomotor no qual essa faixa etária se encontra e posteriormente ao passar dos anos.

É de grande valia evidenciar as repercussões clínicas que acometem os menores, dentre elas, a partir dos maus tratos físicos, síndrome de Munchausen por procuração, negligência e abuso sexual, por exemplo.

Dentre elas, aprofundar a respeito das lesões por maus tratos e consequentemente onde são comumente acometidas, primeiramente em pele e mucosa, em seguida, por esqueleto, após no sistema nervoso central e posteriormente nas estruturas torácicas e abdominais.

Outrossim, detalhar os impactos psíquicos que serão desencadeados a partir da violência sofrida pelas crianças. Uma vez que, é notório a presença de alteração por parte do desenvolvimento normal esperado para a criança ou adolescente, bloqueando a capacidade de aprender, de criar e se relacionar consigo mesmo e com o outro e consequentemente são os sinais de alterações do comportamento, de humor e de socialização.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre a síndrome da criança espancada, que também é conhecida como *battered child syndrome*.

Com objetivo de ter uma previsão e mapeamento das repercussões clínicas e psíquicas das crianças afetadas, foram realizadas buscas nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, SweetSearch, BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), Google Acadêmico, ERIC - Institute of Education Sciences, PubMed e Medline.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas Português e Inglês; publicados no período de 1989 a dezembro de 2021, e que abordavam a temática da violência infantil, no qual, vem se destacando como um problema preocupante para a saúde pública.

O modo de seleção baseou-se na análise, inicialmente pela seleção dos títulos, em seguida a seleção através do resumo e por fim leitura completa dos artigos selecionados. Estes artigos foram catalogados e planificados para sua apresentação como resultados da pesquisa; de modo que para escolha da melhor evidência disponível, priorizou-se a seleção de estudos de coorte, revisões sistemáticas e metanálises.

Os critérios de exclusão foram artigos irrelevantes de acordo com a temática proposta, foram excluídos também os publicados fora do período de tempo e em formato inadequado como em resenhas, editoriais e cartas ao editor.

Após os critérios de seleção restaram 14 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, demonstrando as repercussões clínicas e psíquicas decorrentes da *battered child syndrome*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (Deslandes, 1994).

A violência contra crianças e adolescentes no meio familiar e doméstico ainda é a apresentação mais frequente da agressividade do ser humano contra aqueles que deles dependem, tanto física como psiquicamente. É uma doença pandêmica e, como tal apresenta uma evolução de mau prognóstico se não prevenida, ou interrompida e tratada precocemente, onde as suas marcas e danos progressivos podem impedir o desenvolvimento neuropsicomotor e relacional da criança e do adolescente, mantidos como reféns de seus agressores.

De modo que, foram identificados fatores associados a maus-tratos reincidentes em crianças, como número de episódios de violência ocorridos, negligência, conflitos parentais e familiares, abuso de substâncias/álcool por

responsáveis, histórico familiar de abusos e reincidência em serviços de apoio contra a violência (HINDLEY, 2006)

Dessa forma, os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

De maneira que, os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos: primeiramente, através dos Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes (DESLANDES, 1994).

Outrossim, A “síndrome do bebê sacudido” consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto. A síndrome da criança espancada “se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc., ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais (AZEVEDO & GUERRA, 1989).

O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões. Posteriormente, a Síndrome de Munchausen por procuração é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há consequências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

Além do mais, o Abuso sexual: é designado por todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existam contato sexual, aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (DESLANDES, 1994).

Por fim, pode ser dividido também através da Negligência: é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (ABRAPIA, 1997)

O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta.

A suspeita e identificação dos casos de vitimização de crianças e adolescentes ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde. Isto faz com que as patologias e agravos evidenciados sejam diagnosticados e tratados apenas com base em sinais orgânicos evidentes.

A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge, geralmente, no momento em que se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico do paciente. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, como também de sintomas sugestivos de que a criança possa estar sendo vitimizada.

Desse modo, a maioria dos maus tratos identificados e relatados pelo estudo foram os de origem física (73,7%), o que também foi registrado como maior probabilidade de reincidência. O motivo mais comum de admissão hospitalar dessas crianças maltratadas foi descrito como presença de hematomas e queimaduras (87,1%), as fraturas representaram (14,29%) de todos os casos físicos, sendo o fêmur a localização mais comum de fraturas (WONGCHAROENWATANA et al., 2021).

Assim sendo, as lesões por maus-tratos podem gerar repercussões clínicas mais comumente identificadas na pele e nas mucosas e, em seguida, no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

Em vista disso, as lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, podendo se caracterizar por lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de 3º grau. Hematomas são as lesões de pele mais frequentemente encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e arranhões.

Vale ressaltar que, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física, como por exemplo algumas partes do corpo da criança são mais suscetíveis a lesões não acidentais, como coxas, genitálias e dorso, portanto importante indício de violência, assim como são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento, por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias subconjuntivais. Ademais, lesões em diferentes estágios de evolução, ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele, como por exemplo, cintos, fios, garfos, cigarros, dentes. Desta maneira, é importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas.

Outrossim, outra forma das repercussões clínicas que as crianças espancadas estão sujeitas, é a através das fraturas no esqueleto ósseo. Vale ressaltar que, o traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a provocou: fraturas espiralares e fraturas transversas em ossos longos de lactentes sugerem maus-tratos (as primeiras por torção, as últimas por impactos violentos).

Nos ossos longos, como no fêmur, a proporção de lesões ocasionadas é alta, principalmente porque são fraturas raras de encontrar em crianças, seja por acidentes (exceto de trânsito e quedas de grandes alturas) ou termos absolutos **(Figura 1.0)**.

Figura 1.0 – Fratura de fêmur



de Fonte: BERTHOLD *et al.*, 2018.

Por conseguinte, as lesões da tíbia, principalmente em bebês que não andam, geralmente são vistas na forma de fraturas de canto metafisários, e foram descritas como de alto índice. Um mecanismo do trauma comumente observado nessas situações é de crianças arrastadas dos berços pela parte inferior da perna – tensão de tração com ou sem torção – e/ou arremessadas sobre superfícies sólidas – tensão de flexão e compressão (**Figura 2.0**).

Figura 2.0 - Fratura de tíbia



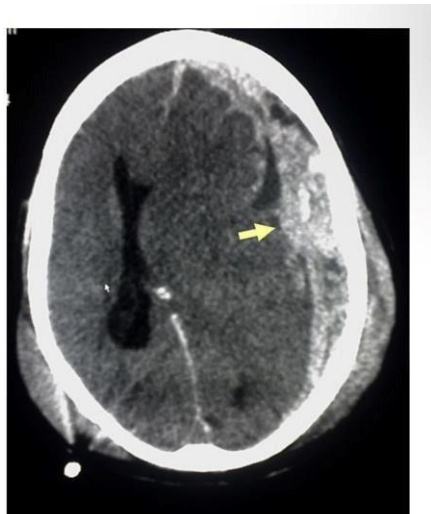
Fonte: BERTHOLD *et al.*, 2018.

Nas fraturas de antebraço, geralmente são acidentais, particularmente em crianças móveis. Em casos de fraturas infligidas, são vistas como fraturas transversais da diáfise, nesses casos a idade da criança é forte fonte de suspeita, visto que

crianças menores de 3 anos o índice é elevado. Essas fraturas do antebraço ocorrem como chamadas de fraturas defensivas – afastando de golpes, se associada a alguma lesão de tecidos moles – como efeito de objeto físico – a suspeita torna-se ainda maior. Adiante, fraturas na costela são altamente sugestivas de abusos, geralmente na região posterior, próximo à articulação costo-vertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto, de modo que, nos bebês sugerem ser acompanhadas de síndrome do bebê sacudido e/ou traumatismo craniano abusivo.

A seguir, entre as fraturas mais comuns na infância estão as de crânio. Fraturas cranianas são mais complexas na análise e abordagem em relação aos abusos, lesões lineares do crânio sem lesão intracraniana podem ocorrer até em quedas de pequenas alturas – como cama dos responsáveis. Lesões intracranianas relevantes, fraturas complicadas e bilaterais, ocorrem comumente após acidentes graves, mesmo não sendo abusos, o que não descarta também maus tratos. Na maioria desses casos, uma história clínica clara e detalhada do fato ocorrido é credível (**Figura 3.0**) (BERTHOLD *et al.*, 2018).

Figura 3.0 - Fratura de crânio



Hematoma subdural (seta), sangramento entre a dura-máter e o cérebro. É comum ocorrer na SBS.

Fonte: BERTHOLD *et al.*, 2018

Para mais, pode-se ser citado, de forma menos frequente, os traumatismos torácicos produzidos por maus-tratos, podendo decorrer de compressão antero-posterior, como na “síndrome do bebê sacudido” ou decorrente da tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas,

contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax. Por outro lado, as lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual das crianças maltratadas, sendo predominante em crianças acima de 2 anos. De modo que, os sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intra-mural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço). É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intra-mural).

Por fim, as percepções acerca dos maus tratos psíquicos, sendo que é o tipo de violência mais difícil de detectar, em sua forma isolada. Pode ser dividido em passivo, quando é caracterizado por abandono emocional, negligência com os cuidados afetivos, ou de forma ativa, designada de forma verbal ou em atitudes de ameaça, castigos, críticas, rejeição, culpabilização, isolamento. Vale ressaltar que, esse tipo de abuso, psicológico, costuma estar presente concomitantemente aos demais tipos de abusos.

De acordo com orientações do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) a identificação dos casos, deve levar em consideração indicadores possíveis de maus tratos como sintomas e sinais, indícios comportamentais e emocionais, os fatores de risco, o que permite a confirmação ou exclusão diagnóstica baseada na investigação clínica. Além disso, deve-se atentar a índices altos relacionados aos diagnósticos com falsas suspeitas, principalmente quando as ferramentas de triagem são usadas de maneira exclusiva, já que não possuem altos índices de especificidades. Tais falhas podem ser vistas como malefícios significativos quando colocados em prática (MCTAVISH *et al.*, 2020).

Pelos danos que determinam, deveriam ser colocadas como diagnóstico diferencial obrigatório em situações de traumas físicos e/ou de sintomas psíquicos que indiquem sofrimento, como as alterações comportamentais de agressividade, apatia, tristeza, baixa auto estima, dificuldades de atenção e aprendizagem e auto agressão, entre outros, onde a epidemiologia da violência supera, em muito, a dos transtornos orgânicos. As vítimas dessas violências, crianças e adolescentes, têm passado por atendimentos médicos onde suas histórias de vida, condição de maus cuidados e de outros maus tratos passam despercebidas, e, suas manifestações de sofrimento, com

muita frequência, são tidas como de origem orgânica própria, neurológica ou psiquiátrica.

Vale salientar que, as violências físicas e as psíquicas sempre se acompanham de danos, que poderão impedir o desenvolvimento normal esperado para a criança ou adolescente, bloqueando a capacidade de aprender, de criar e se relacionar consigo mesmo e com o outro. Os sinais e sintomas de sofrimento psíquico estarão sempre presentes nas violências físicas, sexuais e psíquicas isoladas na infância e adolescência, e, são os sinais de alterações do comportamento, de humor e de socialização os mais facilmente identificáveis em consultas pediátricas e em locais frequentados pela criança e pelo adolescente, no qual, farão presentes tanto durante a infância e conseqüentemente no futuro dos menores.

4. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a problemática abordada, *battered child syndrome*, é um problema que se perpetua na atual realidade. Este trabalho busca fornecer uma análise abrangente e integrada sobre as repercussões clínicas e os aspectos psíquicos relacionados a essa questão, com o objetivo de evidenciar as consequências para a vítima são, em geral, muito danosas, no qual, são impactadas em seu convívio social e em seus comportamentos, em decorrência ao período de desenvolvimento neuropsicomotor no qual essa faixa etária se encontra e posteriormente ao passar dos anos.

Além disso, os principais aspectos clínicos encontrados foram apresentados, assim como danos estruturais cerebrais, dificuldades de aprendizagem, disfunção cognitiva, problemas de audição e visuais, histórico de múltiplos hematomas e fraturas - em diferentes estágios de consolidação, e em locais específicos do corpo - e danos aos aspectos psicossociais: distúrbios de sono, raiva e irritabilidade excessiva, retraimento, dificuldades de atenção e concentração, pensamentos repetitivos, desamparo, insegurança geral.

Os desafios na assistência às vítimas de maus tratos são significativos, incluindo a subnotificação dos casos, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e a escassez de serviços especializados.

De modo que, a escassez de serviços especializados e de apoio psicossocial é um desafio significativo na assistência às vítimas de maus tratos, especialmente em áreas rurais e remotas. Isso ressalta a necessidade de fortalecer os sistemas de proteção e assistência às vítimas, garantindo o acesso equitativo a serviços de qualidade em todo o país.

Em última análise, o objetivo deste trabalho foi proporcionar uma compreensão aprofundada dos maus tratos na infância e adolescência, destacando suas implicações clínicas, biológicas, psicológicas e sociais. Ao integrar teoria, pesquisa e prática clínica, buscamos contribuir para uma abordagem mais eficaz e compassiva dos maus tratos, visando proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes e para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

5. REFERÊNCIAS

ABRAPIA. **Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes, Proteção e Prevenção**, Gura de Azevedo MA & Guerra VNA 1989. Vitimação e vitimização: questões conceituais, pp. 2547.

AZEVEDO & GUERRA (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. Iglu, São Paulo, 1989.

BRAUN, K; BOCK, J. **Cicatrizes da infância. Viver Mente & Cérebro**, São Paulo 2004 out;12(141): 74-7.

CERNA-TUROFF, I. et al. **Factors Associated with Violence Against Children in Low and Middle-Income Countries: a systematic review and meta -regression of nationally representative data**. *Trauma, Violence, & Abuse*, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 219, 2021.

DESLANDES, Seuly Ferreira. **A construção do projeto de pesquisa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 31-50.

MCTAVISH, J.R. et al. **Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update**. *BMC Pediatrics*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1, 2020. *Orientação para Pilyissionals de Saude*, 2-ed. Petrópolis: A & A & A,1997.

RAMOS, M.L.C.O; SILVA, A.L. **Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil**. *Saúde Soc. São Paulo*. v.20, n 1, pag. 136 - 146, 2011.

SOUZA, M. K. B. ; SANTANA, J. S. S. **Concepções de Enfermeiros gestores municipais de saúde sobre a violência**. *Ver. De Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro. 2007. V. 15, N. 1, p. 94

WATSON, Dr. W.J. **Consequências comportamentais do abuso infantil. Revisão Clínica Médico de Família Canadense**, Toronto, v. 59, n. 6, p. 1, 2013 <http://dx.doi.org/10.1177/23>

WONGCHAROENWATANA, J. et al. **Identifying children at high risk for recurrence child abuse**. *Journal of Orthopaedic Surgery*, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 230949902199641, 2021.