


Violência não sexual contra crianças e adolescentes: um estudo em um hospital universitário e terciário da América Latina

Nonsexual violence against children and adolescents: a study in a Latin American tertiary and university hospital

Reinan Tavares Campos^α , Lorena Vasconcelos Mesquita Martiniano^α ,
Amanda Kerlyn Santos Lirio^α , Kalesa Elias de Araujo Souza^α , Natalia Rose^α ,
Juliana Martins Monteiro Dias^α , Antônio Carlos Alves Cardoso^α ,
Sylvia Costa Farhat^α , Clovis Artur Silva^{α,*} 

RESUMO

Objetivo: Avaliar violência interpessoal não sexual contra crianças e adolescentes em um hospital universitário terciário.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal com 240 pacientes em situação de violência não sexual por 15 anos. A análise incluiu: dados demográficos, local de referência do hospital, tipo e autor da violência, encaminhamento legal, exames laboratoriais e de imagem, e desfechos graves.

Resultados: Situações de violência não sexual foram diagnosticadas em 240 de 295.993 (0,1%) pacientes durante os 15 anos do período: 148/240 (61,7%) em crianças e 92/240 (38,3%) em adolescentes. Os tipos de violências mais frequentes foram negligência em 156/240 (65,0%), violência física 62/240 (25,8%), agressão psicológica/emocional 52/240 (21,7%), síndrome de Münchhausen por procuração 4/240 (1,7%) e bullying/cyberbullying em 3/240 (1,3%). As condições crônicas pediátricas mais frequentes foram: doença renal crônica 24/123 (19,5%), vírus da imunodeficiência humana 14/123 (11,4%), prematuridade 9/123 (7,3%), paralisia cerebral 8/123 (6,5%) e asma 8/123 (6,5%). Comparações entre crianças e adolescentes em situação de violência não sexual revelaram que houve diferença significativa entre os locais de referência do hospital. A frequência de pacientes sob violência encaminhados de ambulatórios foi significativamente reduzida em crianças versus adolescentes (27,7 vs. 62%), enquanto encaminhamentos de pronto-socorro foram mais numerosos no primeiro grupo (57,4 vs. 25%, $p < 0,001$). Os tipos de violências e condições pediátricas crônicas foram semelhantes nos dois grupos ($p > 0,05$).

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to assess interpersonal nonsexual violence against children and adolescents in a tertiary university hospital.

Methods: A cross-sectional study was performed in 240 patients under nonsexual violence situation for 15 consecutive years. Data analyses included demographic data, hospital referral site, type and author of nonsexual violence, legal referral, laboratorial and imaging examinations, and outcomes.

Results: Nonsexual violence situation was diagnosed in 240 (0.1%) of 295,993 patients for 15 years: 148 (61.7%) in children and 92 (38.3%) in adolescents. Out of 240, the most frequent types of violence were negligence in 156 (65.0%), physical 62 (25.8%), psychological/emotional aggression 52 (21.7%), Munchausen by proxy syndrome 4 (1.7%), and bullying/cyberbullying in 3 (1.3%). Out of 123, the most common pediatric chronic conditions were chronic kidney disease 24 (19.5%), human immunodeficiency virus 14 (11.4%), prematurity 9 (7.3%), cerebral palsy 8 (6.5%), and asthma 8 (6.5%). Further comparison between children versus adolescent under nonsexual violence situation revealed significant difference between the hospital referral sites. The frequency of patients under violence referred from outpatient clinics was significantly reduced in children versus adolescents (27.7 vs. 62%), whereas emergency department was higher in the former group (57.4 vs. 25.0%; $p < 0.001$). All types of violence situations and pediatric chronic conditions were similar in both groups ($p > 0.05$).

*Autor correspondente. E-mail: clovis.silva@hc.fm.usp.br (Silva CA).

^αUniversidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Recebido em 17 de março de 2021; aprovado em 08 de agosto de 2021.

Conclusões: Violência não sexual na nossa população pediátrica foi raramente diagnosticada em um hospital terciário, principalmente negligência, agressão física e psicológica/emocional. Aproximadamente dois terços dos diagnósticos de violência ocorreram em crianças, preferencialmente encaminhadas pelo departamento de emergência. Em contrapartida, cerca de um terço dos diagnósticos de violência ocorreu em adolescentes, encaminhados principalmente pelos ambulatórios.

Palavras-chave: Violência; Doença crônica; Criança; Adolescente; Emergências; Bullying.

Conclusions: Nonsexual violence against our pediatric population was rarely diagnosed in a tertiary hospital, mainly negligence, physical, and psychological/emotional aggression. Approximately two-thirds of violence diagnosis occurred in children, referred mainly by the emergency department. In contrast, approximately one-third of violence diagnosis occurred in adolescents, referred mostly by outpatient clinics.

Keywords: Violence; Chronic disease; Child; Adolescent; Emergency; Bullying.

INTRODUÇÃO

A violência contra a população pediátrica é um grave problema de saúde pública, direitos humanos e sociais, com inúmeras consequências traumáticas que impactam famílias, comunidades e nações.¹ No Brasil, a promoção da saúde da criança e do adolescente foi instituída em 1990 com a lei 8.069, denominado Estatuto da Criança e do Adolescente, que garantiu às crianças e adolescentes os direitos de cidadania e tornou obrigatória a denúncia de violência.²

Apesar das leis e dos avanços no desenvolvimento de estratégias de assistência e cuidado, a violência no Brasil é um tema de alta relevância. Em 2018, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostraram que a violência contra crianças e adolescentes ocorreu em 40% dos casos.³ O espectro da violência na população pediátrica inclui principalmente agressões físicas, psicológicas/emocionais, negligência, sexual, *bullying*, *cyberbullying* e síndrome de Munchausen por procuração.¹ A maioria desses estudos incluiu populações pediátricas em situação de violência avaliadas predominantemente na atenção primária e secundária.⁴⁻⁶ De fato, uma revisão sistemática recente, incluindo estudos de violência contra crianças e adolescentes, realizada no Brasil, não avaliou pacientes com doenças crônicas pediátricas.⁴

Os relatos envolvendo violência em pacientes com doenças crônicas pediátricas acompanhados em serviços terciários foram geralmente restritos a séries de casos de doenças crônicas pediátricas específicas, como deficiências,⁷ vírus da imunodeficiência humana (HIV),^{8,9} diabetes mellitus,^{10,11} artrite idiopática juvenil,¹² e lúpus sistêmico com início na infância.¹³

Além disso, um relatório recente com 61 crianças e adolescentes acompanhados em um hospital pediátrico terciário na Austrália mostrou que pacientes com condições médicas crônicas tinham um alto risco de negligência, principalmente quando encaminhados pela endocrinologia.¹⁴ No entanto, até

onde sabemos, não há estudo na América Latina, incluindo tipos de violência geral e não sexual, local de referência hospitalar e subespecialidades pediátricas, especialmente comparando a população infanto-juvenil sob violência não sexual, acompanhados em um serviço terciário.

Os objetivos do presente estudo foram avaliar a violência interpessoal não sexual em crianças e adolescentes e avaliar possíveis associações de dados demográficos, tipo e autoria da violência, encaminhamento legal, exames laboratoriais e de imagem e desfechos em ambos os grupos.

MÉTODO

Realizamos um estudo transversal, com base na revisão retrospectiva de prontuários de 261 crianças e adolescentes em situação de violência não sexual acompanhados em ambulatório e em internação de nossa universidade e hospital terciário. Os pacientes acompanhados durante 15 anos consecutivos (de 1º de janeiro de 2005 a 1º de junho de 2020) foram recrutados. A violência contra crianças e adolescentes menores de 18 anos perpetrada por pais ou outros cuidadores, pares, parceiros amorosos ou estranhos foi identificada por meio dos registros do Grupo de Suporte Pediátrico Multidisciplinar e Multiprofissional Contra a Violência de nosso hospital universitário. Todos os casos de violência diagnosticados no presente serviço foram encaminhados para uma equipe multiprofissional voltada para o atendimento à violência. Um total de 21 indivíduos foram excluídos devido a dados incompletos do prontuário. Portanto, 240 crianças e adolescentes em situação de violência não sexual foram avaliados sistematicamente. O Comitê de Ética de nosso hospital aprovou este estudo (protocolo número 4.040.379).

Os tipos de violência interpessoal não sexual contra a população pediátrica, perpetrada por pais, cuidadores e outras

peças em casa ou nas escolas estudadas foram agressão física, psicológica/emocional, negligência, *bullying*, *cyberbullying* e síndrome de Munchausen por procuração. A violência física ocorre quando há uso intencional de força que causa danos.¹ A negligência ocorre quando as necessidades básicas não são atendidas.¹ A agressão emocional ou psicológica incluiu a restrição dos movimentos de uma criança ou adolescente, difamação, ridículo, ameaças e intimidação, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de comportamento hostil. *Bullying* e *cyberbullying* foram definidos como comportamento agressivo indesejado por outra criança/adolescente ou grupo de crianças/adolescentes, que não eram irmãos nem tinham um relacionamento amoroso com o paciente, envolvendo repetidos danos físicos, psicológicos ou sociais, geralmente ocorridos em escolas ou dispositivos digitais (telefones celulares, computadores e tablets), respectivamente.¹ A síndrome de Munchausen por procuração foi definida como abuso de criança ou adolescente onde pais, cuidadores e outras figuras de autoridade intencionalmente criaram um histórico médico e induziram ou fabricaram sinais ou doenças em um paciente, a fim de chamar a atenção de médicos e outros profissionais de saúde.^{15,16}

O diagnóstico de condição crônica pediátrica foi estabelecido como doença ao longo de 3 meses de duração, exigindo métodos válidos de diagnóstico, ferramentas padronizadas ou critérios de classificação diagnóstica.¹⁷⁻¹⁹

A análise dos dados utilizando o prontuário eletrônico incluiu dados demográficos (idade atual, sexo, local de residência, tipo de residência, número de cômodos nas residências, saneamento básico e subsídios governamentais), local de referência do hospital (ambulatório, clínica de internação, e pronto-socorro), número de medicamentos, tipo de violência (negligência, abuso físico, sexual, síndrome de Munchausen, *bullying* e agressão psicológica), autor da violência (pai, mãe e outros), encaminhamento legal (conselho protetor, crianças e tribunal de menores e promotores públicos) e resultados (lesões graves, comprometimento do desenvolvimento do sistema nervoso e morte). Exames laboratoriais e/ou de imagem foram solicitados em pacientes pediátricos com violência física, como níveis de hemoglobina, anomalias da coagulopatia, fratura óssea, hemorragia intracraniana e hemorragia retiniana.

Avaliamos também as seguintes 15 especialidades pediátricas que acompanharam pacientes em situação de violência, de acordo com nosso sistema eletrônico de dados: alergia e imunologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, genética, hematologia, hepatologia, doenças infecciosas, nefrologia/transplante renal, neurologia, nutrologia, oncologia, pneumologia, psiquiatria e reumatologia.

Uma análise posterior dividiu os pacientes em situação de violência não sexual em dois grupos de acordo com sua idade atual: crianças (0–9 anos) e adolescentes (10–18 anos).

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22. Os resultados são apresentados como mediana (variação) ou média±desvio padrão (DP) para variáveis contínuas e números (%) para variáveis categóricas, conforme recomendado. O teste U de Mann-Whitney ou teste *t* de Student comparou as variáveis contínuas, conforme apropriado. Para variáveis categóricas, as diferenças foram avaliadas pelo teste exato de Fisher. Para todos os testes estatísticos, foi considerado significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

De 1º de janeiro de 2005 a 1º de junho de 2020, 295.993 crianças e adolescentes foram atendidos em ambulatórios e salas de emergências em nosso hospital universitário. Destes, a violência não sexual contra nossa população pediátrica foi diagnosticada em 240 casos (0,1%). Destas, foram identificados diagnósticos de violência não sexual em 148 (61,7%) crianças e 92 (38,3%) adolescentes.

Os tipos de violência mais comuns em 240 crianças e adolescentes foram negligência em 156 (65,0%), agressão física em 62 (25,8%), agressão psicológica/emocional em 52 (21,7%), síndrome de Munchausen por procuração em 4 (1,7%), e *bullying/cyberbullying* em 3 (1,3%).

A Tabela 1 apresenta dados demográficos, local de referência hospitalar, tipos de especialidades pediátricas, condições crônicas pediátricas e quantidade de medicamentos em uso em crianças e adolescentes em situação de violência não sexual em um serviço terciário durante 15 anos. Em relação ao local de referência hospitalar, a frequência de pacientes sob violência encaminhados de ambulatórios foi significativamente reduzida em crianças *versus* adolescentes (27,7 *vs.* 62%), enquanto o encaminhamento por pronto-socorro foi maior no primeiro grupo (57,4 *vs.* 25%; $p < 0,01$). Os tipos de especialidades pediátricas foram uniformes em ambos os grupos. Não foram observadas diferenças nas condições crônicas pediátricas entre os dois grupos (49,3 *vs.* 54,3%, $p = 0,510$) (Tabela 1). Dos 123 casos, as condições mais crônicas foram 24 pacientes com doença renal crônica (19,5%), 14 com HIV (11,4%), 9 com prematuridade (7,3%), 8 com paralisia cerebral (6,5%) e 8 com asma (6,5%).

A Tabela 2 ilustra o tipo de violência, a autoria da violência, o encaminhamento legal, exames e desfechos em crianças *versus* adolescentes em situação de violência não sexual em um serviço terciário por 15 anos. Os tipos de violência foram semelhantes nos dois grupos ($p > 0,05$) (Tabela 2). Destaca-se que 156 (65,0%) dos 240 casos tiveram negligência e 72% deles apresentavam doenças crônicas pediátricas.

Três pacientes em situação de violência não sexual apresentaram lesão grave (n=3/240 [1,2%]) com comprometimento progressivo do desenvolvimento do sistema nervoso. Dois bebês tinham síndrome do bebê sacudido com déficit cognitivo-comportamental e sem hemorragias retinianas. Uma adolescente apresentou neuropatia crônica, demandando uma traqueostomia após grave violência física e doméstica.

Outra paciente do sexo feminino tinha paralisia cerebral prévia, necessitando de gastrostomia, válvula de derivação ventricular-peritoneal e anticonvulsivantes (fenobarbital e clonazepam). Aos 4 anos, foi internada devido a sangramento de gastrostomia e desidratação, agravada por negligência. Após 1 semana, ela morreu devido a complicações de choque séptico.

Tabela 1 Comparação de dados demográficos, local de encaminhamento hospitalar, tipos de especialidades pediátricas, condições crônicas pediátricas e quantidade de medicamentos em uso entre crianças e adolescentes em situação de violência em um serviço terciário durante 15 anos.

	Criança (n=148)	Adolescente (n=92)	p-valor
Dados demográficos			
Sexo feminino	81 (54,7)	51 (55,4)	1,000
Residência no estado de São Paulo	146 (98,6)	88 (95,7)	0,250
Tipo de residência			
Acomodação alugada	28/73 (38,4)	14/39 (35,9)	0,082
Imóvel próprio	22/73 (30,1)	19/39 (48,7)	
Habitação de baixo custo	23/73 (31,5)	6/39 (15,4)	
Número de quartos na residência			
≤5	43/44 (97,7)	20/21 (95,2)	0,540
>5	1/44 (2,3)	1/21 (4,8)	
Saneamento básico	19/24 (79,2)	10/11 (90,9)	0,640
Subsídios governamentais	19/81 (23,5)	7/49 (14,3)	0,260
Local de encaminhamento			
Ambulatório	41 (27,7)	57 (62,0)	<0,001
Internação	22 (14,9)	12 (13,0)	
Serviço de emergência	85 (57,4)	23 (25,0)	
Tipos de especialidades pediátricas			
Hematologia e oncologia	5 (3,4)	4 (4,3)	NA
Gastroenterologia, hepatologia e nutrição	14 (9,5)	4 (4,3)	
Reumatologia, alergia e imunologia	3 (2,0)	7 (7,6)	
Nefrologia e transplante renal	20 (13,5)	10 (10,9)	
Neurologia e psiquiatria	13 (8,8)	9 (9,8)	
Endocrinologia	6 (4,0)	7 (7,6)	
Pneumologia	11 (7,4)	4 (4,3)	
Cardiologia	2 (1,4)	2 (2,2)	
Infectologia	8 (5,4)	9 (9,8)	
Condições crônicas pediátricas	73 (49,3)	50 (54,3)	0,510
Número de medicamentos atuais			
≤3	88/124 (71,0)	53/76 (69,7)	0,870
>3	36/124 (29,0)	23/76 (30,3)	

Os resultados são apresentados como n (%), mediana (valores mínimo-máximo), média±desvio padrão. NA: não aplicável. Variáveis com estatística de significância em negrito (p <0,05).

Tabela 2 Comparação do tipo de violência, autor da violência, encaminhamento legal, exames e desfechos entre crianças e adolescentes em situação de violência em um serviço terciário durante 15 anos

	Criança (n=148)	Adolescente (n=92)	p-valor
Tipo de violência			
Negligência	95 (64,2)	61 (66,3)	0,780
Física	41 (27,7)	21/91 (23,0)	0,450
Síndrome de Munchausen	3 (2,0)	1 (1,0)	1,000
<i>Bullying/cyberbullying</i>	0 (0)	3 (3,3)	–
Agressão psicológica/emocional	27 (18,2)	25 (27,2)	0,110
Autor da violência			
Pai	54/142 (38,0)	29/91 (31,9)	0,510
Mão	20/142 (14,1)	17/91 (18,7)	
Outros	68/142 (47,9)	45/91 (49,4)	
Encaminhamento legal			
Conselho de Proteção	100 (67,6)	57 (61,9)	0,400
Juizado de menores	70 (47,3)	45 (48,9)	0,890
Procuradores Públicos	3 (2,0)	0	–
Exames laboratoriais e de imagem			
Hemoglobina, g/dL (n=67)	11,5±2,3*	10,9±3,5**	0,500
Anormalidades de coagulopatias	0/10	1/2 (50)	–
Fratura óssea	5/14 (35,7)	0/4	–
Hemorragia intracraniana	8/16 (50,0)	1/5 (20,0)	0,340
Hemorragia retiniana	0/6	0/6	–
Desfechos			
Ferimento grave			
Comprometimento do desenvolvimento do sistema nervoso	2 (1,4)	1 (1,1)	1,000
Morte	1 (0,7)	0 (0)	–

Os resultados são apresentados como n (%), mediana (valores mínimo-máximo), média±desvio padrão. IST: infecção sexualmente transmissível. * n=45, ** n=22.

DISCUSSÃO

Nossos achados mostram que a violência não sexual contra nossa população pediátrica raramente foi diagnosticada em um hospital terciário, embora tenha havido algumas ocorrências, principalmente negligência, agressão física e psicológica/emocional.

Aproximadamente dois terços dos diagnósticos de violência não sexual ocorreram em crianças encaminhadas pelo pronto-socorro. Em contraste, aproximadamente um terço dos diagnósticos de violência não sexual ocorreram em adolescentes encaminhados por ambulatórios.

Os pontos fortes do presente estudo são a inclusão de pacientes acompanhados por longo período em um serviço universitário da América Latina, sendo a metade deles portadores de

condições crônicas pediátricas acompanhados por diferentes especialidades pediátricas.¹⁷ Além disso, nosso centro terciário também possui o Grupo de Suporte Pediátrico Multidisciplinar e Multiprofissional Contra a Violência. Os principais objetivos desse grupo de apoio são o diagnóstico precoce da violência em todas as clínicas ambulatoriais e em internações; minimizar os resultados da violência; tratamentos gerais e específicos para crianças e adolescentes em situação de violência; apoio à saúde mental do agressor, vítima e família; e suporte de referência legal.

Verificamos que a negligência foi o tipo de violência mais importante, observada em dois terços dos nossos pacientes, e 72% deles apresentam doenças crônicas pediátricas, conforme relatado também por outros autores.²⁰ A alta frequência de

situação de violência por negligência tanto em crianças quanto em grupos de adolescentes com doenças crônicas pode estar relacionada ao uso de vários medicamentos, alta frequência de consultas da equipe multidisciplinar, diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos, disfunção cognitiva e restrições de mobilidade que podem impactar os cuidadores.¹⁴ Além disso, um estudo recente de meta-análise mostrou que problemas físicos e/ou comportamentais eram um fator de risco independente para negligência.²¹

Um quarto das crianças e adolescentes estudados foram vítimas de violência física. Esse achado foi observado em outros relatos, de 7,9 a 44,7%, principalmente entre os jovens.^{2,22} As crianças são predominantemente vítimas de violência doméstica, e suas mães foram as principais agressoras.²² Adolescentes, no entanto, geralmente são vítimas de violência comunitária.²³

Aproximadamente dois terços dos diagnósticos de violência não sexual ocorreram em crianças encaminhadas pelo pronto-socorro. De fato, nossos pacientes vítimas de violência física foram avaliados inicialmente no pronto-socorro para excluir danos a órgãos e sistemas, como fratura óssea, hemorragia intracraniana e hemorragia retiniana, como observado no presente estudo.

Curiosamente, adolescentes com diagnóstico de violência não sexual foram encaminhados predominantemente por especialidades de reumatologia e alergia e imunologia. Na verdade, a maioria dos pacientes acompanhados por essas especialidades são adolescentes com doenças complexas, necessitando múltiplas consultas e diversas terapias imunossupressoras e imunomoduladoras.¹⁷⁻¹⁹

Além disso, o encaminhamento da psiquiatria foi observado apenas em adolescentes com diagnóstico de violência não sexual. Na verdade, o impacto na saúde mental pode estar relacionado à violência nas populações de adolescentes, particularmente naqueles com condições psiquiátricas anteriores. Uma revisão sistemática e um estudo de meta-análise mostraram uma relação causal entre maus-tratos pediátricos não sexuais e uma gama de transtornos mentais, uso de drogas, tentativas de suicídio, infecções sexualmente transmissíveis e comportamento sexual de risco.²⁴

É importante ressaltar que todos os nossos pacientes vítimas de violência foram prontamente encaminhados aos setores jurídicos responsáveis pelas assistentes sociais, principalmente ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância e da Juventude. Assim, a interdisciplinaridade com todos os setores sociais é relevante para o enfrentamento da violência na população pediátrica. Esse fato reforça a cultura de vigilância contra todos os tipos de situações de violência para pacientes pediátricos, envolvendo todos os profissionais, subespecialidades pediátricas e diferentes locais do hospital.

A principal limitação do presente estudo é o seu caráter transversal, com base na revisão retrospectiva dos prontuários. Além disso, excluímos a análise importante da violência sexual, uma vez que esse abuso não é seguido em nosso hospital pediátrico. Os pacientes são encaminhados imediatamente para outra divisão do mesmo hospital terciário e acadêmico.

A violência não sexual contra nossa população pediátrica raramente foi diagnosticada em um hospital terciário, principalmente negligência, agressão física e psicológica/emocional. Aproximadamente dois terços dos diagnósticos de violência ocorreram em crianças, encaminhadas principalmente pelo pronto-socorro. Em contrapartida, cerca de um terço dos diagnósticos de violência ocorreram em adolescentes, encaminhados principalmente por ambulatórios.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os médicos de especialidades pediátricas, à equipe multiprofissional e ao time de Informática de nosso hospital universitário.

Financiamento

Este estudo recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 304984/2020-5 to CAS), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP 2015/03756-4 to CAS), e do Núcleo de Apoio à Pesquisa “Saúde da Criança e do Adolescente” da USP (NAP-CriAd) to CAS.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Desenho do estudo: Campos RT, Martiniano LVM, Rose N, Dias JMM, Cardoso ACA, Silva CA. *Coleta de dados:* Campos RT, Martiniano LVM, Lirio AKS, Souza KEA, Rose N, Dias JMM, Cardoso ACA, Farhat SC, Silva CA. *Redação do manuscrito:* Campos RT, Martiniano LVM, Lirio AKS, Souza KEA, Rose N, Dias JMM, Cardoso ACA, Farhat SC, Silva CA. *Revisão do manuscrito:* Campos RT, Martiniano LVM, Lirio AKS, Souza KEA, Rose N, Dias JMM, Cardoso ACA, Farhat SC, Silva CA. *Análise de dados:* Campos RT, Martiniano LVM, Lirio AKS, Souza KEA, Rose N, Dias JMM, Farhat SC, Silva CA. *Supervisão do estudo:* Campos RT, Martiniano LVM, Rose N, Cardoso ACA, Farhat SC, Silva CA.

Declaração

O banco de dados que deu origem ao artigo está disponível com o autor correspondente.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Violence against children [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.
- Santos TM, Pitangui AC, Bendo CB, Paiva SM, Cardoso MD, Melo JP, et al. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. *Child Abuse Negl.* 2017;67:216-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.006>
- Brazil - Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Ministério de Saúde: DATASUS; 2020 [cited 21 Jan 21]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>
- Macedo DM, Foschiera LN, Bordini TC, Habigzang LF, Koller SH. Systematic review of studies on reports of violence against children and adolescents in Brazil. *Cienc Saude Colet.* 2019;24:487-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.34132016>
- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics.* 2016;137:e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Corboz J, Hemat O, Siddiq W, Jewkes R. Children's peer violence perpetration and victimization: prevalence and associated factors among school children in Afghanistan. *PLoS One.* 2018;13:e0192768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192768>
- Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012;38:899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Skeen S, Macedo A, Tomlinson M, Hensels IS, Sherr L. Exposure to violence and psychological well-being over time in children affected by HIV/AIDS in South Africa and Malawi. *AIDS Care.* 2016;28:16-25. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146219>
- Cluver L, Meinck F, Toska E, Orkin FM, Hodes R, Sherr L. Multitype violence exposures and adolescent antiretroviral nonadherence in South Africa. *AIDS.* 2018;32:975-83. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001795>
- Andrade CJ, Alves CA. Relationship between bullying and type 1 diabetes mellitus in children and adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95:509-18. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.10.003>
- Iqbal AM, Kumar S, Hansen J, Heyrman M, Spee R, Lteif A. Association of adverse childhood experiences with glycemic control and lipids in children with type 1 diabetes. *Children (Basel).* 2020;7:8. <https://doi.org/10.3390/children7010008>
- van Weelden M, Lourenço B, Viola GR, Aikawa NE, Queiroz LB, Silva CA. Substance use and sexual function in juvenile idiopathic arthritis. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2016;56:323-9. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.02.007>
- van Weelden M, Queiroz LB, Lourenço DM, Kozu K, Lourenço B, Silva CA. Alcohol, smoking and illicit drug use in pediatric systemic lupus erythematosus patients. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2016;56:228-34. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.02.001>
- Parmeter J, Tzioumi D, Woolfenden S. Medical neglect at a tertiary paediatric hospital. *Child Abuse Negl.* 2018;77:134-43. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.004>
- Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15:516-21. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017MD3746>
- Kuhne AC, Pitta AC, Galassi SC, Gonçalves AM, Cardoso AC, Paz JA, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2019;28:249-52. <https://doi.org/10.1177/0961203318821156>
- Alveno RA, Miranda CV, Passone CG, Waetge AR, Hojo ES, Farhat SC, et al. Pediatric chronic patients at outpatient clinics: a study in a Latin American University Hospital. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94:539-45. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.014>
- Passone CG, Grisi SJ, Farhat SC, Manna TD, Pastorino AC, Alveno RA, et al. Complexity of pediatric chronic disease: cross-sectional study with 16,237 patients followed by multiple medical specialties. *Rev Paul Pediatr.* 2019;38:e2018101. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018101>
- Ramos GF, Ribeiro VP, Mercadante MP, Ribeiro MP, Delgado AF, Farhat SCL, et al. Mortality in adolescents and young adults with chronic diseases during 16 years: a study in a Latin American tertiary hospital. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95:667-73. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.06.006>
- Flaherty EG, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report — the pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics.* 2010;126:833-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2087>
- Mulder TM, Kuiper KC, Put CE, Stams GJ, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* 2018;77:198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Franzin LC, Olandovski M, Vettorazzi ML, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl.* 2014;38:1706-14. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.003>
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377:1962-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9:e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>