



**Universidade Estadual Paulista**  
**“Júlio de Mesquita Filho”**  
Campus Araçatuba

Rebecca Feitosa da Fonte

*Os reflexos da infância na  
vida adulta: uma revisão de  
literatura*

Araçatuba - SP  
2017



**Universidade Estadual Paulista**  
**“Júlio de Mesquita Filho”**  
Campus Araçatuba

Rebecca Feitosa da Fonte

*Os reflexos da infância na vida  
adulta: uma revisão de literatura*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Araçatuba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

*Orientador: Prof<sup>o</sup>. Wilson Roberto Poi*

*Co-Orientador: Prof<sup>o</sup>. Daniel Galera Bernabé*

Araçatuba - SP  
2017

# Dedicatória

Dedico este trabalho,

À minha mãe Sônia.

Meus sinceros agradecimentos, por tudo que você é e representa na minha vida. A mulher que mais admiro e que amo, com a sua força, garra e sabedoria eu aprendi a ser independente e lutar pelos meus sonhos, vou finalmente me “casar com o Diploma”. Obrigada por toda bossa nova que ouvi e aprendi a cantar. Mãe te amo muito, obrigada por tudo que me ensinou e ensina. Um dia eu prometo que vou criar juízo.

Ao meu pai Alcides.

Papi você é uma pessoa maravilhosa, te admiro muito. Obrigada por tudo que faz por mim, meu paizinho. Sem você eu não teria conhecido o melhor do flashback e aprendido a cantar aquelas lindas e emocionantes canções que você canta junto. Te amo Pai, você é o melhor pai do mundo!

À minha mãe Ivone.

Uma singela homenagem em seu nome é tudo que posso fazer. Nunca te conheci, mas sempre te amei.

# Agradecimientos

## **À minha família.**

A base de tudo, meus grandes amores, muito obrigada a cada um de vocês por aturarem a minha pessoa, eu amo vocês demais.

Meu irmão Miguel, minha Irmãzinha Maria Eduarda;

Meus tios: Moraes, João, Vianey, Telmo, Elias, Antonio, Sávio, Fanquin, Toninho, Carlinho, Chico e Milton;

Minhas tias : Ione, Candida, Tereza, Marlieide, Ritinha, Salete, Lurdinha, Evely, Silvia, Cidinha e Sueli;

Meus Primos: Junior, Lucas, Maria Julia, Leandro, Rafael, Rayssa, Beto, Michaela, Nelize, Netão, Andrea, André, Flávia, Gustavo, Juliana, Gabriela, Aline, Ana Paula e Felipe.

## **Aos Amigos**

Minhas amigas de Itaí: Jaine, Taynara, Mayra e Maria Eugênia, amo vocês pra sempre minhas lindas, obrigada por tudo!

Amigos da Faculdade/ Moradia: Rodolfo, Guilherme (Drama), Larissa, Diego (idiota), Nathalia, Walter, Naira, Isabela Paiva, Tairine, Gabriela, Guti, Mariana, Vitor Hugo (Curi), Heloisa,

Amo vocês meus amores!

Amigos de Araçatuba: Carla, Brunin, Tamires, João, Gé, Fer, Betha, Anderson, Caio, Davi, Zé, Hugo, Márcio.

Meus amigos queridos, eu queria poder guardar vocês em uma caixinha e levar pra onde eu for, mas seria egoísmo da minha parte querer vocês só pra mim, quero ver todos vocês voarem, livres, lindos, dançando! Amo todos vocês, obrigada por existirem!

## **Aos meus queridos Professores e Funcionários**

Poi, Roelf, Brandini, Alaide, Casatti, Elerson, Américo, Edilson, Rogério, Karina, Aldieres, Sandra, Joao, Leda, Bedran, Francisley, Eloi, Sônia, Celso, Denise, Robson, Cris, Sandra Aguiar, Daniel e a Mestranda Bruna, Patrick, Sueli, Paulo Robeto, Jander, Ilídio, Gustavo e João. Todos vocês fizeram a diferença na minha formação, sou grata por tudo que me ensinaram. Vocês são além! Obrigada por acreditarem em mim!

**Minha eterna gratidão!**

# Epígrafe

“Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias.”

Eduardo Galeano



# Resumo

FONTE, R. F. Os reflexos da infância na vida adulta: uma revisão de literatura. Monografia (Graduação). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; Araçatuba, 2017.

Ter uma visão ampla dos nossos pacientes é fundamental para que o mesmo seja compreendido e obtenha um plano de tratamento melhor elaborado, diante das suas necessidades e comportamento, em todas as idades. Para tanto, é necessária uma base de estudos sobre o desenvolvimento humano e as circunstâncias que podem influenciar no comportamento de cada indivíduo durante a infância. O presente trabalho tem como intuito a reunião de artigos e estudos científicos publicados sobre o tema, para que se possa discutir as possíveis influências da infância no padrão de comportamento na fase adulta. Nossos cérebros são esculpidos por nossas experiências da infância. O mau-trato é um cinzel que modela o cérebro para o confronto com a adversidade às custas, porém, de feridas profundas e permanentes. O Cirurgião Dentista é ator importante na prevenção e identificação dos sinais de violência. Foi observado que pais dispostos a enfrentar lembranças dolorosas associadas às experiências traumáticas passadas, são menos propensos a reproduzir o trauma. Apesar dos direitos da criança e do adolescente existirem, eles são visivelmente violados por seus responsáveis devido a uma série de fatores, sendo alguns deles: a sociedade, a precariedade econômica, a repetição de abusos, falta de informação, falta de orientação e a cultura. Os abusos sofridos na infância podem ter grande influência no comportamento, desenvolvimento e na saúde mental e física de um indivíduo na fase adulta.

Palavras chave: Maus-Tratos Infantis, Trauma, Estresse.

# Abstract

FONTE, R. F. The reflexes of childhood in adult life: a literature review. Monography. Dentistry School of Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; Araçatuba, 2017.

Having a broader view of our patients is key to understanding and providing better treatment and care for all. To do so, a study is needed based on human development and the circumstances that may influence the behavior of each individual during childhood. The purpose of the following work is of gathering articles and scientific studies published on the subject, so that we can discuss the possible influences of childhood behavioral patterns on adult behavioral patterns. Our brains are sculpted by our childhood experiences. Mistreatment and abuse during adolescence, chisels a mental model that promotes confronting adversity. However this comes at the expense of deep and permanent wounds caused by stress. The Dentist plays an important role in the prevention and identification of signs of violence. It has been observed that parents willing to face painful memories associated with past traumatic experiences are less likely to reproduce the trauma. Although the rights of children and adolescents exist, they are often violated by their parents or guardians for various reasons. These include societal pressures, economic hardship, lack of education, and lack of orientation and culture. Child abuse can have a major influence on an adult's behavior, development, mental, and physical health.

Key words: Child Abuse, Trauma, Stress.

# Sumário

Resumo	10
Introdução	15
Proposição	18
Revisão de Literatura	19
Discussão	32
Conclusão	36
Referências	37

## 1. Introdução

Ter uma visão ampla dos nossos pacientes é fundamental para que o mesmo seja compreendido e obtenha um plano de tratamento melhor elaborado, diante das suas necessidades e comportamento, em todas as idades. Para tanto, é necessária uma base de estudos sobre o desenvolvimento humano e as circunstâncias que podem influenciar no comportamento de cada indivíduo durante a infância. Circunstâncias essas são, por exemplo: violência física, psicológica, sexual, desigualdade social, e formatação cultural.

Em conferência promovida pelo Instituto Nacional da Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano, em 1989, o painel de revisão das pesquisas até então disponíveis sobre o assunto, recomendou que o mau-trato (abuso) fosse definido como comportamento em relação a uma outra pessoa, que (a) extrapola as normas de conduta, e (b) acarreta risco substancial de causar danos físicos ou emocionais. Explica ainda que tais comportamentos podem consistir de ações ou omissões, tanto intencionais como involuntárias. O termo *mau-trato da criança* refere-se a um amplo espectro de comportamentos que oferece risco ao bem estar físico ou emocional da criança e do adolescente com menos de 18 anos de idade, classificados em quatro categorias gerais:

- 1) Abuso físico;
- 2) Abuso sexual;
- 3) Negligência;
- 4) Abuso emocional.

Abuso físico: refere-se a qualquer forma de lesão corporal, intencional ou não, decorrentes de espancamento, punição física com objetos (chicote, cintas, varas, ou ainda, atirar objetos na criança, tais como facas, garfos, pratos, panelas, etc), queimaduras (com cigarro, líquido quente ou vapor), mordidas, arranhões, unhas, estrangulamento, punição física severa (deixar a criança sem uma refeição como forma de castigo, ou em pé no frio ou na chuva, trancada em um cubículo, acorrentada ao pé de uma mesa, etc).

Abuso sexual: refere-se a incesto ou ao estupro da criança por um familiar ou um estranho, manipulação da genitália da criança, induzir a criança a fazer sexo oral, expor a criança a situações sexuais e atos pornográficos, rituais sexuais, prostituição da criança por familiar, adulto responsável ou marginal do tráfico de menores.

Negligência: esta área compreende uma vasta gama de omissões de cuidados e ocorre tanto em lares como em orfanatos e outras instituições, resultando no prejuízo físico, cognitivo e psicoemocional da criança. Exemplos de negligência incluem: omissão de cuidados de higiene e alimentação; omissão na orientação moral e ética; descaso com a frequência e desempenho escolar; omissão de tratamento e assistência médica; negligência emocional (falta de apoio, conforto, demonstrações de afeto, indiferença aos problemas da criança, descrédito das queixas da criança quanto a maus-tratos ou abusos sofridos nas mãos de babás, outros familiares, amigos ou mesmo professores); omissão de supervisão (a criança é deixada só por longos períodos, ou “solta na rua”, ou exposta a situações de risco à sua integridade física, ou em companhia de pessoas duvidosas) e, ainda, o abandono total.

Abuso emocional: O abuso emocional é uma das formas mais comuns de abuso em famílias de todas as posições socioeconômicas e se constitui em um padrão de comportamento dos adultos que compromete o desenvolvimento emocional e a autoestima da criança. A forma mais comum de abuso emocional é a humilhação e depreciação do caráter ou das qualidades da criança, por meio de comparações destrutivas, críticas e acusações constantes, insultos e agressões verbais, rejeição, provocações e brincadeiras que ridicularizam e humilham o indivíduo, ou ainda, informá-lo regularmente que será um fracassado na vida, ou amaldiçoá-lo.

Entendemos por trauma a toda aquela ferida ou lamentação, lesão que se provoca sobre o organismo ou sobre o psicológico de uma pessoa, causando alterações do funcionamento normal de certos elementos. Um trauma pode variar seguramente em termos de gravidade, embora na maioria dos casos a noção de trauma está vinculada a uma ferida ou lesão que deixa algum tipo de seqüela, seja ela, física, moral, emotiva ou mental. Os traumas psicológicos podem ser muito mais difíceis de curar que os traumas físicos, pois se existem procedimentos de terapia para serem tratados, estes podem não ser sempre iguais dos efetivos. Além disso, um



trauma psicológico pode mudar completamente a personalidade de um indivíduo e transformar sua vida em uma experiência totalmente diferente (Que Conceito, 2017).

Os desfechos de uma vivência de abuso precoce podem englobar alterações no desenvolvimento psicológico e alterações biológicas, tanto funcionais como anatômicas. (MELLO et al, 2010)

## **2. Proposição**

O presente trabalho tem como intuito a reunião de artigos e estudos científicos publicados sobre o tema, para que se possa discutir as possíveis influências da infância no padrão de comportamento na fase adulta.

### 3. Revisão de Literatura

O cérebro humano contém bilhões de neurônios e trilhões de interconexões sinápticas. Os genes ditaram a arquitetura básica, mas há informações genéticas insuficientes para detalhar a fiação específica. A forma final e os padrões de conexão são esculpidos pela experiência. Do nascimento a 5 anos de idade, o cérebro triplica em massa. Grande parte do ganho no tamanho do cérebro decorre da vigorosa mielinização de camadas de fibra. A Mielina é uma substância lipídica formada pelos oligodendrócitos no SNC e pelas células de Schwann no SNP, que rodeia algumas fibras nervosas, fazendo com que tenham uma condução de impulsos nervosos mais rápida, a condução saltatória. A mielinização aumenta consideravelmente a velocidade do intercâmbio de informações e é pelo menos parcialmente responsável pelo surgimento do nosso rico repertório comportamental (TEICHER et al, 2002).

Ramiro Veríssimo e Erik Erikson afirmam que se a figura materna reagir adequadamente aos sinais da criança e, portanto, com continuidade e coerência, seja nutrindo e conferindo tranquilidade, esta poderá estruturar o seu mundo na medida em que, ao reconhecer algo de regular e acolhedor no ambiente, este se torna previsível, caloroso, e não ameaçador. Assim se desenvolvem sentimentos de segurança: a criança cresce confiante posto que a esperança é possível. Em contrapartida se o comportamento da mãe é errático, se a mãe por qualquer razão não está atenta ou não tem sensibilidade para os sinais do seu bebê, então o mundo surge caótico e imprevisível, e a criança, despojada de afeto, cresce receosa, medrosa, assustada, sedimentando a desconfiança. E isto pode simplesmente traduzir-se em termos de estruturação psicopatológica, não sendo nunca demais realçar que, tal como em nível do desenvolvimento biológico embrionário, também em nível do desenvolvimento mental quão mais precoces se estabelecem as perturbações, mais determinantes e graves serão as respectivas consequências. No entanto, reconhece-se que nada disto é definitivo, isto é, que experiências ulteriores podem levar a uma alteração significativa dessas tendências precoces: outras pessoas, que não só os familiares próximos, podem levar ao desenvolvimento de sentimentos de confiança numa criança insegura; tal como experiências traumáticas podem pôr em causa os sentimentos de segurança e autoconfiança desenvolvidos anteriormente. No entanto, também aqui a questão da

precocidade tem uma palavra a dizer, dado que é lícito afirmar hoje com toda a convicção que ao nascimento o sistema nervoso está longe de ser “obra acabada e fechada”, antes se podendo dizer que se vai desenvolvendo paulatinamente pelo menos até à idade adulta.

Teicher et al. nos fornece um modelo básico do que acontece com o cérebro frente a situações de estresse e trauma contínuo na infância. O modelo em cascata é construído em cinco premissas fundamentais. Primeiro, a exposição ao estresse no início da vida ativa sistemas de resposta ao estresse e altera fundamentalmente sua organização molecular para modificar sua sensibilidade e viés de resposta. Em segundo lugar, a exposição do cérebro em desenvolvimento aos hormônios do estresse afeta a mielinização, a morfologia neural, a neurogênese e a sinaptogênese. Em terceiro lugar, diferentes regiões do cérebro diferem em sua sensibilidade, o que depende, em parte, da genética, gênero, tempo, taxa de desenvolvimento e densidade de receptores de glicocorticóides. Em quarto lugar, existem consequências funcionais duradouras que incluem desenvolvimento atenuado do hemisfério esquerdo, diminuição da integração do hemisfério direito/esquerdo, aumento da irritabilidade elétrica nos circuitos do sistema límbico e diminuição da atividade funcional do vermis cerebelar. Em quinto lugar, existem consequências e vulnerabilidades neuropsiquiátricas associadas, que levam a um risco aumentado para o desenvolvimento de TEPT (Transtorno de Estresse Pós-traumático), depressão, transtorno de personalidade limítrofe, distúrbio de identidade dissociativa e abuso de substâncias.

Algumas investigações sugerem que a intensidade dos efeitos depende da conjunção de vários fatores, tais como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança; o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima; a representação do abuso para a criança e a duração dele; a natureza da agressão ou, ainda, as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras (JESPERSEN ET AL, 2009; REICHENHEIM ET AL, 1999).

Pesquisas recentes ressaltam a importância da noção da alostase, termo utilizado para descrever processos adaptativos ativos (mantenedores da estabilidade do organismo). Desta feita, quando a resposta a um trauma é excessiva ou ineficiente,

o organismo desenvolve uma carga alostática (quando uma pessoa ou animal é submetido a estresse repetido, não aliviado ou contínuo). Isso não significa um mau funcionamento. Porém uma reação ao estresse mesmo bem ajustada, quando acionada por muito tempo e repetidas vezes pode ser danosa. Portanto, estresse crônico pode causar doenças, porque força o coração, compromete a eficiência do sistema imunológico e pode desencadear processos que levem a outras doenças, como por exemplo, o diabetes (GOSLING, 2011).

Exames de ressonância magnética mostraram diminuição do volume da amígdala em mulheres que passaram por experiência de abuso na infância e que desenvolveram doenças psiquiátricas posteriores, tais como transtorno de personalidade borderline (Grassi, 2008).

Também foi encontrada associação entre história de abuso sexual na infância e alterações no desenvolvimento da personalidade (Bierer, 2003). Assim, as consequências neurobiológicas podem estar diretamente relacionadas ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos posteriores. Menor tamanho intracraniano e cerebral foi observado em vítimas de abuso na infância quando comparadas ao grupo controle, sendo sugerido que essa alteração estaria intimamente ligada à precocidade e à duração da exposição ao trauma (MAES, 2001). Também foi evidenciado que a violência na infância modifica profundamente o desenvolvimento cerebral, especialmente o sistema límbico (De Bellis, 2002). Especificamente em pedófilos ocorrem alterações na amígdala e nas estruturas correlatas (Schiltz, 2007). Essa linha de pesquisa poderá ser útil na compreensão da gênese biológica do quadro pedofílico. Alterações do lobo temporal foram identificadas com maior frequência em parafilicos, sobretudo em pedófilos (Mendez, 2012). Também foi relatada a coexistência de um quadro de pedofilia e história de tumor periorbitário (Burns, 2003). Por sua vez, ressonância magnética funcional mostrou aumento da ativação na área orbitofrontal direita em pedófilos, o que corrobora a ideia de comprometimento predominante do lado direito do cérebro entre os parafilicos (Dressing, 2001). Foram também identificadas diminuição do volume da massa cinzenta do núcleo estriado ventral, do córtex orbitofrontal e do cerebelo, indicando associação entre anormalidades do córtex frontoestriatal e do cerebelo (Schiffer, 2007). Ainda em

estudos de neuroimagem funcional, foi encontrada reduzida ativação do hipotálamo e do córtex lateral pré-frontal durante a estimulação visual (Walter, 2007).

Das estruturas familiares, segundo Lévi-Strauss, em *Las estructuras elementales del parentesco*, definem-se como relações de parentesco elementares: a sanguínea, que acontece entre irmãos; a de filiação, entre pais e filhos; e a de aliança, como a dos genros, noras, padrastos e madrastas.

Segundo Freud, em *Totem y Tabú*, para as duas primeiras relações parentais as normas legais de cuidados existem desde as mais remotas eras, antes mesmo das leis, onde dois princípios fundamentais sempre regeram a convivência entre as pessoas – a proibição do canibalismo e a proibição do incesto.

Esses princípios são transmitidos de diversas formas, como pela educação, pela religião ou cultura, e nenhum ser humano que viva em sociedade pode afirmar desconhecer essa lei, que é passada de geração a geração. É essa regra maior que deveria ser respeitada também nas relações de aliança, onde o que determina o comportamento de um frente ao outro seria uma questão de formação.

Sabe-se que existe um conjunto de necessidades básicas, que a criança na realidade deveria receber para crescer saudável e feliz tornando-se um adulto forte e equilibrado, mas se olharmos a maioria das nossas famílias, verificaremos o quanto estão carentes, despreparadas e desmotivadas para cumprir esta árdua missão, tanto dentro da família como fora dela. O Sistema sócio cultural contribui para que essas necessidades básicas não sejam supridas dentro das famílias. Se examinarmos a palavra *maus tratos*, verificaremos que ela se caracteriza por certo grau de agressividade, crueldade, humilhação, desonra e esta é a maneira mais comum de certos adultos tratarem as crianças e adolescentes. Esta falta de proteção, a irresponsabilidade e o desrespeito, acontecem em todos os setores: família, escola e sociedade e são os que mais contribuem para a desestruturação psicossocial do indivíduo. (FLORES, 2008)

Quando o indivíduo sofre forte impacto emocional, quando não existe a harmonia, entre ele e o seu contexto familiar, econômico e social, os arquétipos (segundo JUNG arquétipos são possibilidades herdadas para representar imagens similares e formas instintivas de imaginar) não servem de motivação e inspiração para

satisfazer o seu próprio ego, sente-se massificado, explorado e sem energia, tornando-se cada vez mais ansioso, menos produtivo e infeliz. Os impactos emocionais sofridos pelas pessoas também sofrem influência pelos valores e cultura da sociedade em que vivem. O comportamento de certa forma torna-se padronizado e robotizado pelo poder de manipulação da informação ressaltado através da mídia e desencadeiam no indivíduo desejos de novas conquistas, novos empregos, novas aquisições e empreendimentos, status e a busca incessante de querer sempre mais. Porém, poucas são as pessoas que conseguem corresponder e se adaptar ao condicionamento das mudanças impostas pelo Sistema (SILVEIRA, 2006).

A tecnologia e o rápido crescimento da população estão nos levando a um mundo onde o tempo e a distância não podem nos separar. Ao mesmo tempo, confrontamos graves ameaças a nós mesmos e ao planeta. Vivemos com a guerra, com o terrorismo, com a possibilidade de aniquilação por “super armas”, com uma distância crescente entre os que tem, e os que não tem, e com a destruição ambiental. As coisas parecem mais horríveis quando consideramos o assustador potencial de violência presente numa geração de crianças nascidas com dependência de droga, e que logo estarão adultas. (LEVINE, 1999).

Essas influências levam a massificação, discriminação e exclusão das pessoas, quando não conseguem satisfazer os seus desejos e suas necessidades básicas. As insatisfações geram sentimentos de não pertencimento, de pouca valia dentro do seu contexto familiar e social, pois não conseguem atingir as exigências impostas pela sociedade de consumo. As pessoas, de uma maneira geral, conseguem adquirir seus bens de consumo através do mercado de trabalho. Este cada vez mais exige profissionais com um grau de qualificação diferenciada e a maioria da população permanece excluída dessa realidade socioeconômica. Depara-se com o desemprego, por sua baixa ou nenhuma qualificação e essa realidade acarreta a fome, drogas, crimes, destruição familiar e toda espécie de marginalização. O poder econômico, o mercado e as vantagens de alguns diante dos outros se sobrepõem ao bem da maioria e acarretam doenças pela má adaptação das pessoas ao meio cultural, social ou econômico. Observa-se uma sociedade que oprime e aliena as pessoas ressaltando seus valores negativos. O ter sobrepõe-se ao ser (FLORES, 2008).

Uma pesquisa realizada em 2012, com 372 adolescentes matriculados em uma instituição de formação profissional de Araçatuba-SP, mostrou que setenta e três por cento dos adolescentes relataram ter sofrido pelo menos algum tipo de violência durante a infância, ou seja, 272 dos 372. A violência emocional foi a mais prevalente nos graus leve (28,7%) e moderado (9,2%). Foram encontradas associações entre: violência física e emocional; física e sexual; física e negligência emocional; sexual e emocional; emocional e negligência emocional (GARBIN, 2012).

Na amostra em questão, a classe social não esteve associada à ocorrência de violência na infância. Questiona-se a ideia de que a violência contra a criança é mais prevalente entre os menos favorecidos economicamente. O que se sabe é que, nas classes de baixa renda, de uma forma geral, o jovem precisa trabalhar e cuidar de seus irmãos; as famílias são basicamente geridas por mulheres; as meninas têm filhos cedo e, na mesma casa, convivem as três gerações que cuidam e trabalham para o autossustento. Eventos traumáticos ocorrem com frequência: pobreza, muito estresse relacionado à sobrevivência, rupturas de vínculos, uso abusivo de drogas, comunidades que convivem com a violência do tráfico de drogas e armas, entre outros (Mascarenhas et al, 2006; Cavalcante & Schenker, 2007).

GRABER (2013) examina a consistência dos efeitos do tempo puberal (passando pela puberdade mais cedo, mais tarde ou ao mesmo tempo, a coorte de pares) sobre o desenvolvimento da psicopatologia durante a adolescência, bem como a persistência dos efeitos na idade adulta. Argumenta-se que as garotas amadurecidas precocemente tem risco único de psicopatologia não apenas em termos de sintomas e distúrbios elevados de internalização e externalização durante adolescência, mas também persistência de risco elevado de transtornos depressivos e outros sintomas na idade adulta. Evidências emergentes apoiam vias bio-psicossociais para esses efeitos. Além disso, evidências recentes indicam que a maturação tardia em machos também pode ser uma via de psicopatologia tipificada por sintomas elevados de psicopatologia durante o início e meio da adolescência e o surgimento de desordem no adolescente tardio. Embora menos bem estabelecidos, os caminhos potenciais para esta associação também são discutidos.



A depressão materna é um fator de risco para desfechos adversos na criança, incluindo dificuldades emocionais e comportamentais. Há evidências de que a assistência à infância durante os anos pré-escolares pode moderar as associações entre fatores de risco familiares e desfecho infantil. No entanto, a possibilidade de cuidados infantis de alta qualidade proporcionar proteção para crianças expostas à depressão materna ou que cuidados infantis de baixa qualidade ofereçam riscos adicionais não foram investigados. Estudou-se que a qualidade da assistência à infância modera a associação entre o histórico provável de depressão materna (PMD) e os resultados comportamentais e emocionais da criança durante o período pré-escolar. Em um estudo longitudinal, foram examinados PMD (sem depressão, PMD clínico antes do nascimento da criança, PMD subclínico de 0 a 5 anos, PMD clínico de 0 a 5 anos), qualidade da assistência à criança e dificuldades emocionais e comportamentais da criança nas idades de 2, 3 e 4 anos. A qualidade da assistência à infância foi avaliada em configurações e as trajetórias foram calculadas para refletir (a) qualidade global e (b) dois subfactores de qualidade: "Ensino e interações" e "Provisão para aprendizagem". Os dados foram analisados para 264 famílias. No contexto do PMD clínico, as crianças atendidas em cuidados infantis de alta qualidade apresentaram menos dificuldades do que as atendidas em cuidados de baixa qualidade. A qualidade da assistência à infância não foi associada a resultados para crianças cujas mães não relataram PMD ou PMD antes do nascimento. No contexto do PMD, cuidados infantis de alta qualidade foram associados com menos problemas comportamentais e, portanto, podem constituir um fator protetor. (CHARROIS, 2017).

Reuter et al. (1999), em uma pesquisa prospectiva com 303 adolescentes, de ambos os sexos, entre 12 e 13 anos, avaliados anualmente por quatro anos, testaram a relação entre desavenças entre pais e filhos como evento de vida estressor, sintomas prodrômicos de ansiedade e depressão e o surgimento de transtornos de ansiedade e depressão aos 19 e 20 anos. Entre os adolescentes, a presença persistente ou crescente de desavenças com os pais foi preditiva de sintomas de ansiedade e depressão. A presença de sintomas crônicos ou crescentes de ansiedade ou depressão foi preditiva de transtornos de ansiedade ou depressão. As taxas de transtornos de ansiedade foram de 6,9% entre as meninas e 5,6% entre os meninos.

Este estudo é uma rara demonstração da relação causal entre os eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão, reforçando a associação entre estresse, sob a forma de desavenças interpessoais, e sintomas de ansiedade e depressão. Foi demonstrada uma associação positiva entre a mudança no padrão de estresse relacionada à mudança no padrão dos sintomas, ou seja, quanto maior a exposição ao estressor mais intensa a sintomatologia. Os eventos estressores estiveram indiretamente relacionados ao surgimento dos transtornos de ansiedade e depressivos.

VÉZINA et al (2015) documentaram a prevalência de padrões repetidos de vitimização de namoro e examinaram, dentro dos quadros de um modelo ecológico e teorias de atividades de estilo de vida/rotina, associações entre esses padrões e fatores familiares, pares e individuais. A vitimização de encontros na adolescência (15 anos) e início da idade adulta (21 anos) foi avaliada em 443 participantes do sexo feminino. As análises de regressão logística multinacional revelaram que a história da violência familiar, dos problemas de comportamento da infância e dos comportamentos de alto risco de adolescentes foi associada a um risco aumentado para as mulheres serem vítimas (psicologicamente e/ou fisicamente/sexualmente) em suas relações de namoro, na adolescência ou no início da idade adulta, ou em ambos os períodos de desenvolvimento.

“Nossos cérebros são esculpido por nossas experiências da infância. O mau-trato é um cinzel que modela o cérebro para o confronto com a adversidade às custas, porém,  
de feridas profundas e permanentes”

“A sociedade colhe o que semeia pela forma como trata suas crianças. O stress esculpe o cérebro para exibir uma gama de comportamentos antissociais de natureza adaptativa....o stress desencadeia uma cascata de alterações hormonais que programa permanentemente o cérebro da criança a lidar com um mundo malévolo. Através desta cadeia de eventos, violência e abuso passam de uma geração à outra,  
bem como de uma sociedade à seguinte.”

*Martin Teicher, MD., PhD.*

- **O Papel do Cirurgião dentista**

O Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência informa que o odontólogo, em especial os odontopediatras, podem integrar a equipe multidisciplinar nas situações de reabilitação de crianças com traumas na face, além de ser ator importante na prevenção e identificação dos sinais de violência, seja no exercício de sua profissão em consultório ou por meio da atuação no Programa Saúde da Família. Dentre os fatores de identificação que o cirurgião-dentista/odontopediatra deve observar, estão: contusões na face, pescoço, estruturas periorais, palato, lábios e assoalho da boca, lacerações em face, mucosas, freios labial e lingual, queimaduras em face e mucosas, traumas em olhos e orelhas; além de fraturas, perda de dentes e escurecimento em dente anterior como possíveis indicadores de maus-tratos em crianças (GUZZO, 2012). Com base nas aulas de odontopediatria ministradas na faculdade de odontologia de Araçatuba, um sinal bastante característico em uma criança que está sofrendo algum tipo de violência é a mudança de comportamento e, também, usar roupas que não condizem com o clima, hematomas pelo corpo, higiene insatisfatória e grande perda de estruturas dentárias devido à carie.

O Cirurgião Dentista possui um papel fundamental no que se refere à violência infantil, portanto é seu dever saber avaliar sinais e sintomas que indiquem um caso de maus-tratos. Entretanto, existe uma abordagem insuficiente deste assunto nas Faculdades de Odontologia. Em um estudo foi aplicado um questionário em alunos do 4º. ano de graduação para avaliar o conhecimento sobre o tema. Os resultados obtidos demonstram que 98,4% sabem da importância da anamnese e exame clínico, mas 67,7% ao examinar o paciente preocupam-se apenas com a cavidade bucal. Somente 20,9% possuem conhecimento que a região do corpo mais atingida são cabeça e pescoço, 62,9% não identificaram manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis e 88,7% denunciariam um caso de violência. Deste modo, uma abordagem mais específica deve ser realizada na formação do aluno para que esteja apto a conduzir corretamente casos de suspeitas de maus-tratos (JOSGRILBERG,2008).

Uma pesquisa realizada por FRACON et al.(2011) verificou se os cirurgiões-dentistas da cidade de Cravinhos (SP) receberam orientações, se estavam treinados a identificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes e se sabiam como

proceder diante de tal circunstância. Dezenove cirurgiões-dentistas do citado município, os quais trabalham em consultórios particulares e/ou na rede pública de saúde, responderam a um questionário objetivo. Com relação à suspeita de que algum paciente (criança ou adolescente) tenha sido vítima de violência doméstica ou psíquica, 26,31% dos sujeitos da pesquisa disseram que sim. Quanto ao que fariam se constatassem casos de agressão doméstica, 42,10% recorreriam à notificação ao Conselho Tutelar. Ainda, 73,7% informaram que nunca tiveram nenhum tipo de orientação a respeito do assunto. Conclusão: Os profissionais entrevistados são capazes de identificar maus-tratos em crianças e adolescentes e sabem o que fazer nessa situação, porém ainda há necessidade de mais informação ou treinamento no tocante ao reconhecimento de violência contra crianças e adolescentes (FRACON,2011).

- **Resiliência**

A resiliência é a capacidade de o indivíduo lidar com problemas, adaptar-se a mudanças, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas - choque, estresse etc. - sem entrar em surto psicológico, emocional ou físico, por encontrar soluções estratégicas para enfrentar e superar as adversidades (SOUTHWICK et al.,2014).

Fraiberg, Adelson e Shapiro (1975) foram os primeiros a chamar atenção para as dificuldades dos pais em superar psicologicamente experiências traumáticas vividas na própria infância. Observaram principalmente que pais dispostos a enfrentar lembranças dolorosas associadas às experiências traumáticas passadas, e conscientes de sua fragilidade em se deixarem levar para comportamentos inadequados, como levantar a mão para seu filho, são menos propensos a reproduzir o trauma. Nesse sentido, Fonagy e seus colaboradores propuseram a mentalização como um fator importante de resiliência (Fonagy et al., 1994).

A resiliência (mais estudada na infância) tenta entender como crianças, adolescentes e adultos são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de viverem, em condições de pobreza, violência intrafamiliar, doença mental dos pais ou

apesar das consequências de uma catástrofe natural, entre outras (Luthar et al, 2000). Na área de intervenção psicossocial, a resiliência tenta promover processos que envolvam o indivíduo e seu ambiente social, ajudando-o a superar a adversidade (e o risco), adaptar-se à sociedade e ter melhor qualidade de vida. O enfoque da resiliência surge a partir dos esforços para entender as causas e a evolução da psicopatologia. Esses estudos demonstraram que existia um grupo de crianças que não desenvolvia problemas psicológicos ou de adaptação social, apesar das predições dos pesquisadores (Masten, 1999 e 2001; Grotberg, 1999). O primeiro passo foi assumir que essas crianças se adaptavam positivamente porque eram “invulneráveis” (Koupernik, A., em Rutter, 1991), ou seja, podiam “resistir” ao estresse e à adversidade. Postular a resiliência como conceito no lugar da “invulnerabilidade” se deve ao fato de a resiliência implicar que o indivíduo é afetado pelo estresse ou pela adversidade e é capaz de superá-lo e sair fortalecido; além disso, a resiliência implica um processo que pode ser desenvolvido e promovido, enquanto a invulnerabilidade é um traço intrínseco do indivíduo (Rutter, 1991).

Muitos pesquisadores do desenvolvimento humano estudam os padrões de adaptação individual da criança associados ao ajustamento apresentado na idade adulta, ou seja, “procuram compreender como adaptações prévias deixam a criança protegida ou sem defesa quando exposta a eventos estressores” (Hawley e DeHann, 1996), e estudam também como os “padrões particulares de adaptação, em diferentes fases de desenvolvimento, interagem com mudanças ambientais externas” (Sroufer & Rutter, 1984, p. 27). Entre as publicações mais citadas estão as primeiras no assunto, intituladas *Vulnerable but Invincible* (Vulneráveis, porém invencíveis), *Overcoming the Odds* (Superando as adversidades), ambos de Werner e Smith (1982, 1992) e *The Invulnerable Child* (A criança invulnerável) de Anthony e Cohler (1987). A importância destes estudos está na característica long-term, ou seja, são estudos longitudinais que acompanham o desenvolvimento do indivíduo desde a infância até a adolescência ou idade adulta. Segundo Werner e Smith (1992), poucos investigadores têm acompanhado populações de “alto risco” desde a infância e adolescência até a idade adulta com o objetivo de monitorar efeitos dos fatores de risco e os fatores de proteção que operam durante os anos de desenvolvimento do indivíduo. O estudo longitudinal

realizado por Werner (1986, 1993), Werner e Smith (1982, 1989, 1992) e outros colaboradores durou cerca de 40 anos, tendo se iniciado em 1955. De acordo com Martineau (1999), esse estudo não tinha como proposta inicial estudar a questão da resiliência, mas investigar os efeitos cumulativos da pobreza, do estresse perinatal e dos “cuidados familiares deficientes” no desenvolvimento físico, social e emocional das crianças. A pesquisa acompanhou 698 crianças nascidas em Kauai, uma ilha do Havaí. As crianças foram avaliadas com um ano de idade (incluindo entrevistas com os pais) e acompanhadas até as idades de 2, 10, 18 e 32 anos. O foco da pesquisa relatada no livro *Vulnerable but invincible* foram 72 crianças (42 meninas e 30 meninos) com uma história de quatro ou mais fatores de risco, a saber: pobreza, baixa escolaridade dos pais, estresse perinatal ou baixo peso no nascimento, ou ainda a presença de deficiências físicas. Uma proporção significativa dessas crianças era proveniente de famílias cujos pais eram alcoólatras ou apresentavam distúrbios mentais. Para surpresa dos pesquisadores, nenhuma destas crianças desenvolveu problemas de aprendizagem ou de comportamento (Werner & Smith, 1982), o que foi considerado então como “sinal de adaptação ou ajustamento”. Diante desses indicativos, as crianças foram denominadas “resilientes” pelas pesquisadoras, pois nesse período já se discutia muito sobre o que haveria de diferente nas crianças que eram criadas em circunstâncias adversas e não eram atingidas (embora não fique bem claro o que significa ser ou não atingido). Outra amostra estudada por Werner (1986) foi um subgrupo de 49 jovens da mesma ilha, cujos pais tiveram sérios problemas devido ao abuso do álcool e sofreram conflitos familiares desde cedo, além de viver em condições de pobreza. Por volta dos 18 anos, 41% desse grupo apresentaram problemas de aprendizagem, ao contrário dos restantes 59%. Esse último grupo foi denominado grupo “resiliente”, e diferia do primeiro por um número de medidas obtidas através de entrevistas com pais e entrevistas retrospectivas com os próprios jovens. Os fatores que discriminaram o grupo “resiliente”, tanto nas pesquisas de 1982 como na de 1986, incluíam: temperamento das crianças/jovens (percebidos como afetivos e receptivos); melhor desenvolvimento intelectual; maior nível de auto-estima; maior grau de autocontrole; famílias menos numerosas; menor incidência de conflitos nas famílias. Como se pode notar, as autoras atribuíram as diferenças às características

constitucionais das crianças e ao ambiente criado pelos cuidadores da infância. Na última etapa dessa ambiciosa pesquisa, Werner e Smith (1992, p. 192) concluíram que “um terço dos indivíduos considerados de alto risco tornaram-se adultos competentes capazes de amar, trabalhar, brincar/divertir-se e ter expectativas”. Conforme afirma Martineau (1999), a “resiliência” a que as autoras se referem foi identificada nas pesquisas iniciais como “invulnerabilidade às adversidades”, conceituação reformulada e mais tarde definida como “habilidade de superar as adversidades”. Werner (1993) notou que o componente chave do efetivo coping dessas pessoas é o sentimento de confiança que o indivíduo apresenta de que os obstáculos podem ser superados, o que confirma a ênfase colocada nos componentes psicológicos individuais, de um “algo interno”, apesar das inúmeras referências feitas pelas autoras aos aspectos protetores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de apoio social na vizinhança, escola e comunidade.

Ao longo da história do conceito de resiliência houve várias definições. Entre elas, a que melhor representa a segunda geração de pesquisadores é a adotada por Luthar et al (2000), que definem resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (p. 543). Essa definição, como outras características, distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência:

1. A noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano;
2. A adaptação positiva ou superação da adversidade;
3. O processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

Ao definir cada um desses componentes do conceito, é possível criar um modelo para pesquisas e elaboração de programas de promoção de resiliência.

## 4. Discussão

A literatura apresentada nos mostra que os abusos que ocorrem na infância são de grande relevância para o desenvolvimento e conseqüentemente para o comportamento na fase adulta. Infelizmente, esses abusos são muito comuns em nossa sociedade e deixam cicatrizes ou feridas abertas no sistema nervoso central. Essas feridas são as possíveis causas de doenças psicológicas e que na maioria das vezes não são tratadas, e por não serem tratadas, os indivíduos acabam repetindo as agressões sofridas, o que não é uma regra, mas tem sido um padrão de comportamento nos artigos apresentados. Apesar dos direitos da criança e do adolescente existirem, eles são visivelmente violados por seus responsáveis devido a uma série de fatores, sendo alguns deles: a sociedade, a precariedade econômica, a repetição de abusos, falta de informação, falta de orientação e a cultura. Os transtornos psicológicos, doenças que podem aparecer na fase adulta e outros transtornos, possivelmente, por causa dos abusos sofridos na infância são:

- Delírio, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos;
- Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;
- Transtornos do humor;
- Transtornos de ansiedade;
- Transtornos dissociativos;
- Transtornos sexuais e da identidade de gênero;
- Transtornos da alimentação;
- Transtornos do sono;
- Transtornos do controle do impulso;
- Transtornos de adaptação;
- Transtornos de personalidade (borderline);
- Problemas Cardiovasculares;
- Infecções causadas por baixa imunidade;
- Contração muscular crônica;
- Enxaqueca;
- Gastrite;



- Obesidade;
- Alguns tipos de câncer;
- Diabetes;
- Abuso de álcool e outros tipos de entorpecentes.

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos da Criança, todas as crianças tem o direito à vida e à liberdade, devem ser protegidas da violência doméstica, são iguais e tem os mesmos direitos, não importa sua cor, raça, sexo, religião, origem social ou nacionalidade, devem ser protegidas pela família e pela sociedade, tem direito a alimentação e ao atendimento médico. As crianças portadoras de dificuldades especiais, físicas ou mentais têm o direito a educação e cuidados especiais. Toda criança tem direito ao amor e à compreensão dos pais e da sociedade, tem direito à educação e tem direito de não serem violentadas verbalmente ou serem agredidas pela sociedade (REVISTA DO CB, 2016). Mas, infelizmente, muitas crianças tem seus direitos corrompidos pela sociedade, por seus cuidadores, familiares, e na maioria das vezes pelos pais.

Por que isso acontece?

A cultura adultocêntrica e a força sobre o mais fraco ainda prevalece em nossa sociedade. A violência é um ciclo que muitas vezes se repete. Alguns artigos que são aqui citados nos permitem dizer que quem sofreu algum tipo de violência contínua na infância ou adolescência, futuramente irá violentar, procurará viver em situações de vitimização ou terá algum transtorno psicológico, mas isto está longe de ser uma regra, pois, afinal, a personalidade é formada por uma tríade de interação entre os fatores biológicos, socioculturais e psicológicos de cada um. Essa tríade constitui a base que determina os nossos padrões de pensar, agir e sentir e, deste modo, necessita de ressoar, de se fazer ouvir, algo que é feito através do meio social, onde todos nós coexistimos, possibilitando assim, a interação entre os indivíduos. A formação da personalidade é um processo gradual, complexo e único a cada indivíduo, moldado através das experiências (MARTINS, 2014).

Para que esses casos de abuso infantil diminuam e não se repitam, causando suas inúmeras consequências, são necessárias medidas entre os profissionais da saúde. Saber diagnosticar esses casos não é uma tarefa fácil, pois a maioria é

cometida pela família e a criança tem receio de falar por sofrer ameaças. O Cirurgião Dentista, como profissional de saúde, necessita ter uma base de conhecimento sobre o tema apresentado para que ele possa diagnosticar os casos, denunciar quando diagnosticado, orientar e acolher esses pacientes. Realizar um tratamento mais humanizado faz a diferença. É preciso lembrar que existe uma pessoa ao redor do dente.

Em conversas com colegas formados e também colegas da faculdade, houve muitos relatos de que os pacientes “desabafam” com seus dentistas. Uma hipótese do porquê disso acontecer é que nós dentistas temos um contato muito íntimo com os pacientes fazendo com que os mesmos se sintam à vontade para conversar sobre o que sentem. Muitas vezes isso pode auxiliar no diagnóstico de algumas doenças ou dores bucais, mas alguns cirurgiões dentistas não estão preparados para lidar com essas situações. Uma psicóloga do núcleo da A.T.M. (Articulação Temporomandibular) da faculdade de Odontologia de Araçatuba, que tem a função de tratar casos de D.T.M. (Disfunção temporomandibular), relatou que os pacientes se sentem mais à vontade para conversar com os dentistas do que com os psicólogos da faculdade.

Os estudos apresentados mostram que nossos cirurgiões dentistas estão despreparados para lidar com situações de violência na infância. Uma solução para isso seria a distribuição do Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência, nos consultórios odontológicos para promover um melhor acolhimento e orientação dos casos. O Cirurgião Dentista, como profissional da saúde, deve ser capaz de diagnosticar, denunciar e orientar pacientes que sofrem ou sofreram algum tipo de abuso. O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei federal brasileira nº 8.069, artigo 13, prevê que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. Também o capítulo das Infrações Administrativas, artigo 245, afirma que “deixar o médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente pode acarretar uma pena de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência”.

Promover resiliência é uma forma de ajudar a superar e fazer com que o indivíduo tenha uma melhor qualidade de vida apesar das adversidades sofridas. A criança que fomos sempre irá ressoar no decorrer da nossa vida. O que ela nos diz? Ela pode nos ajudar a visualizar a causa de muitos de nossos problemas e atitudes. A história pode se repetir caso não enxerguemos as portas ao redor. É preciso reconhecer o reflexo para que o mesmo torne-se real.

## **5. Conclusão**

- Os fatos ocorridos na infância têm grande influência no comportamento, desenvolvimento e na saúde mental e física de um indivíduo na fase adulta.

## 6. Referencias Bibliográficas

1. Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987) **The invulnerable child**. New York: Guilford.
2. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, et al. **Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses**. CNS Spectr. 2003;8(10): 737-54.
3. Burns JM, Swerdlow RH. **Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign**. Arch Neurol. 2003;60(3):437-40.
4. CAVALCANTE, F. A. & SCHENKER, M. (2007). **Violência, família e sociedade**. In E. R. Souza (Ed.). Curso impactos da violência na saúde: bases conceituais e históricas da violência e setor de saúde: Unidade I. (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.
5. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, et al. **Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study**. Biol Psychiatry. 2002;52(11): 1066-78.
6. De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer S, Hall J. **N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD**. Am J Psychiatry. 2000;157(7):1175-7.
7. Dressing H, Obergriesser T, Tost H, et al. **Homosexuelle Pädophilie und funktionelle Netzwerke - fMRI-Fallstudie [Homosexual pedophilia and functional networks – An fMRI case report and literature review]**. Fortschr Neurol Psychiatr. 2001;69(11):539-44.
8. ENSINK, K. et al. **O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: implicações quando da entrada na parentalidade**. Estilos da Clinica, v. 20, n. 1, p. 76-91, 2015.
9. FLORES, V.S. **Traumas da infância e suas consequências nas várias etapas da existência humana**. Monografia apresentada ao Curso de pós-graduação em Terapia Transpessoal do Grupo Ômega de Estudos Holísticos Transpessoais e junto ao INCISA. Salvador, 2008.

10. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). **The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x
11. FRACON, E. T; SILVA, ALVES. H. R; BREGAGNOLO, J. C.. **Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP)**. RSBO (Online), Joinville , v. 8, n. 2, jun. 2011 . Disponível em <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-56852011000200006&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852011000200006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 set. 2017.
12. Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). **Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
13. Freud, S. **Totem y tabu**. In: **Obras completas de S. Freud**. Tomo XIII. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1980. p. 11-26.
14. Galeotti, S. **A suprema covardia : abuso e negligênciada criança(e seu impacto no cérebro em desenvolvimento)**. 1ª Edição, p. 11-13, 2004.
15. GARBIN, A. S., Cléa et al. **A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes**. *Psicologia em Revista*, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2012.
16. GOSLING, F. J.; Abdo, C.H.N. **Abuso sexual na infância e desenvolvimento da pedofilia: revisão narrativa da literatura**. *Rev Diagnóstico e Tratamento*, v. 16, n. 3, p. 128-31, 2011.
17. GOSLING, F.J.; Abdo C.H.N.. **Abuso sexual na infância e desenvolvimento da pedofilia: revisão narrativa da literatura**. *Rev Diagnóstico e Tratamento*, v. 16, n. 3, p. 128-31, 2011.
18. GRABER, Julia A. **Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond**. *Hormones and behavior*, v. 64, n. 2, p. 262-269, 2013.

19. Grassi-Oliveira R, Ashy M, Stein LM. **Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load?** Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):60-8.
20. GUZZO A. A.; CABRAL C. A.; SILVA V. J. C.; et al. **Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência- uma abordagem interdisciplinar na Saúde.** 1ª Edição, p. 54, 2012.
21. Hawley, D. R. & DeHann, L. (1996) **Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives.** Family Process, 35, 283-298.
22. INFANTE, F. **A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente.** Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas, p. 23-38, 2005.
23. Jespersen, A. F., Lalumière, M. L. & Setob, M. C. (2009). **Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sexoffenders: a meta-analysis.** Child Abuse & Neglect, 33 (3), 179–192.
24. JOSGRILBERG, E. B. et al. **Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia.** Odontol. clín.-cient, v. 7, n. 1, p. 35-38, 2008.
25. JUNG, C. G. **O Desenvolvimento da Personalidade**, Vol. XVII, Rio De Janeiro Editora Vozes, 1981.
26. Kuisqa, W. (no prelo): **Una descripción del programa. Espacio para la infancia. Fundacion Bernard van Leer.** Luna, Sergio (2001): Methodological possibilities and limitations of four programs in latin america working with a resilience framework, La Haya, Bernard van Leer Foundation.
27. Kuisqa, W.. **Applying a resilience framework. Staff's training on resilience,** documento interno, Lima, Promudeh, 1999.
28. Kuisqa, W.. **Project description for Bernard van Leer grant application,** documento interno, Lima, Promudeh, 1997.
29. LEVINE, A. P., FREDERICK, A.. **O Despertar do Tigre.** Vol.57 São Paulo, Summer Editorial, 1999
30. Luthar, S. **Poverty and Children's Adjustment,** Newbury Park, CA, Sage Publications, 1999.
31. Luthar, S. **Sugerencias al documento escrito por Infante,** inédito. 2001.
32. Luthar, S.; Cicchetti, D. (no prelo): **"The construct of resilience: Implications for interventions and social policy"**, Development and Psychopathology.

33. Luthar, S.; Cicchetti, D.; Becker, B. (2000): **“The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work”**, Child Development, 71 (3), p. 543-558.
34. Luthar, S.; Cushing, G. (1999): **“Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview”**, en Glantz, M.; Johnson, J. (eds), Resilience and Development: Positive Life Adaptations, New York, Plenum Publishers, p. 129-160.
35. Maes M, De Vos N, Van Hunsel F, et al. **Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine**. Psychiatr Res. 2001;103(1):43-9.
36. MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.
37. Martineau, S. (1999) **Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”**. Tese de Doutorado, The University of British Columbia.
38. Martins, M. L. C. **Reflexos criminais das experiências traumáticas na infância** (Master's thesis, Universidade de Aveiro). (2014)
39. MASCARENHAS, L. B., CARDOSO, F. L., ROCHA, G., & MACHADO, M. N. M. (2006). **Violência e medo permeando a exploração sexual de crianças e adolescentes**. Psicologia em Revista, 12 (20), 193-213.
40. Masten, A. **“Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity”**, en Wang, M.; Gordon, E. (eds.), Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects, New Jersey, Lawrence Erlbaum, p. 3-27. (1994)
41. Mello MF, Schoedl AF, Pupo MC, et al. **Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI) [Early Trauma Inventory (ETI): cross-cultural adaptation and internal consistency]**. Cad Saude Publica. 2010;26(4):713-24.
42. Mendez MF, Chow T, Ringman J, Twitcell G, Hinkin CH. **Pedophilia and temporal lobe disturbances**. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(1):71-6.



43. PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. **Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 81, n. 5, supl. p. s197-s204, Nov. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700010&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 30 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>.
44. Reichenheim, M. E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). **Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação.** Ciência e Saúde Coletiva, 4 (1), 109-121
45. Revista do CB. **O direito de ser criança nem sempre foi algo simples, 2016.** Disponível em: <<http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2016/10/12/noticias-saude,195372/o-direito-de-ser-crianca-nem-sempre-foi-algo-simples.shtml>>. Acesso em: 20 de jun. 2017.
46. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. **First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parentadolescent disagreements.** Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 726-732.
47. Rutter, M. **Resilience: Some Conceptual Considerations**, trabalho apresentado em Initiatives Conference on Fostering Resilience, Washington D.C. 1991.
48. Schiffer B, Peschel T, Paul T, et al. **Structural brain abnormalities in the frontoestriatal system and cerebellum in pedophilia.** J Psychiatr Res. 2007;41(9):753-62.
49. Schiltz K, Witzel J, Northoff G, et al. **Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures.** Arch Gen Psychiatry. 2007;64(6): 737-46.
50. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Douglas Bremner J. **Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder.** Psychiatr Res. 2003;122(1):193-8.

51. Silberg J.; Rutter M.; Neale M.; Eaves L.. **Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls.** British J Psychiatry 2001, 179: 116-121.
52. SILVEIRA, N. **Jung Vida e Obra.** 20ª Ed. São Paulo, Paz e Terra, 2006
53. SOUTHWICK, S. M., BONANNO, G. A., MASTEN, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). **Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives.** European Journal of Psychotraumatology, 5, 1-14.
54. Teicher M. **Scars that Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse.** Scientific American, 2002; 286(3),p. 68-75
55. TEICHER, M. H. et al. **Developmental neurobiology of childhood stress and trauma.** Psychiatric Clinics of North America, v. 25, n. 2, p. 397-426, 2002.
56. Trauma, Que Conceito. Sao Paulo.  
Disponível em: < <http://queconceito.com.br/trauma> >. Acesso em: 13/09/2017
57. Understanding Child Abuse and Neglect. **Panel on Research on Child Abuse and Neglect. Commission of Behavioral and Social Sciences and Education.** National Research Council. National Academy Press, Washington, D.C. 1993; p. 59.
58. VÉZINA, J., et al. **History of family violence, childhood behavior problems, and adolescent high-risk behaviors as predictors of girls' repeated patterns of dating victimization in two developmental periods.** Violence against women, v. 21, n. 4, p. 435-459, 2015.
59. Walter M, Witzel J, Wiebking C, et al. **Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation.** Biol Psychiatry. 2007;62(6):698-701.
60. Werner E. E. & Smith, R. S. (1982) **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth.** New York: McGraw-Hill,
61. Werner E. E. & Smith, R. S. (1989) **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth.** New York: Adams-Banaster-Cox.
62. Werner E. E. & Smith, R. S. (1992) **Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood.** Ithaca/London: Cornell University Press

63. Werner, E. E. (1986) **The concept of risk from a developmental perspective.**  
Em: Keogh, B. K. (Ed.). Advances in special education, developmental problems in infancy and preschool years, V.4 (pp. 1-23) Greenwich, Conn.: JAI Press.
64. Werner, E. E. (1993) **Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study.** Development and Psychopathology, 5, 503-515.
65. Winnicott, D. W. **Mirror-role of the mother and family in child development.**  
In P. Lomas (Ed.), The predicament of the family: A psycho-analytical symposium (pp. 26-33). London, United Kingdom: Hogarth. (1967)
66. YUNES, Maria Angela Mattar. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** 2003.