

A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: O QUE NOS MOSTRA A LITERATURA NACIONAL

INTRAFAMILY VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND TEENAGERS: A REVIEW OF THE NATIONAL LITERATURE

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: LO QUE MUESTRA LA LITERATURA NACIONAL

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira¹
Angélica Malman Thomazine²
Daniela Borges Bittar³
Fransley Lima Santos⁴
Lygia Maria Pereira da Silva⁵
Ricardo Luiz dos Reis Santos⁶
Marta Angélica Iossi Silva⁷
Maria das Graças Bomfim de Carvalho⁸

RESUMO

A violência contra a criança e o adolescente deve ser vista como uma questão prioritária para a saúde pública. Assim, com este artigo objetivou-se pesquisar na literatura nacional a produção teórica dos profissionais de saúde sobre essa temática e identificar as abordagens mais frequentes sobre o assunto. Realizou-se revisão sistemática sobre o assunto, cujos resultados foram organizados em quatro temáticas: as definições encontradas para a violência; caracterização da violência contra a criança e o adolescente: a família, o agressor e a criança agredida; legislação de proteção e notificação da violência na infância e adolescência; e medidas de enfrentamento das situações de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde têm o privilegiado papel da atenção integral no atendimento das crianças e adolescentes, sendo na maior parte das vezes os primeiros profissionais procurados pela vítima de violência ou pelos familiares, o que traz a responsabilidade de realizar o cuidado e também adotar as medidas legais estabelecidas. Para tanto, os profissionais de saúde precisam ter conhecimento e qualificação necessários para agir.

Palavras-chave: Violência; Violência Doméstica; Criança; Adolescente; Serviços de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Violence against children and teenagers must be seen as a priority question for public health. This paper aims to investigate the national literature produced by health professionals regarding theoretical production on this topic. It also aims to identify the most frequent approaches to the subject. A systematic review was performed and results were divided into four sections: (1) violence definitions; (2) characterization of violence against children and teenagers: the family, the aggressor and the attacked child; (3) protective legislation and notification of violence during childhood and adolescence; and (4) health professionals' measures of coping with violence against children and teenagers. These professionals have the privileged function of providing full attention to the patients and, in most cases, they are the first ones to be contacted by the victim or his relatives. This situation demands responsibility to assist and adopt the legal established measures. Therefore, health professionals must have an adequate qualification to act.

Key words: Violence; Domestic Violence; Child; Adolescent; Public Health; Health Services.

RESUMEN

La salud pública debe considerar como asunto de prioridad la violencia contra el niño y el adolescente. El objetivo del presente artículo fue buscar en la literatura nacional producción teórica de los profesionales de salud sobre este tema e identificar sus enfoques más frecuentes. Se realizó una revisión sistemática del asunto; los resultados fueron organizados en cuatro temáticas: las definiciones encontradas para la violencia; la caracterización de la violencia contra el niño y el adolescente: la familia, el agresor y el niño agredido; la legislación de protección y notificación de la violencia en la niñez y juventud y medidas de enfrentamiento de las situaciones de violencia contra el niño y el adolescente por los profesionales de salud. Los profesionales de salud tienen el rol privilegiado de la atención integral en el cuidado de los niños y adolescentes y, en general, son los primeros a ser llamados o buscados por la víctima de violencia o su familia. Esto muestra la responsabilidad de realizar el cuidado y también adoptar las medidas legales establecidas. Por lo tanto, los profesionales de salud deben tener conocimiento y cualificación suficientes para poder actuar.

Palabras clave: Violencia; Violencia Doméstica; Niño; Adolescente; Salud Pública; Servicios de salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela EER/USP. Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem do *Campus* de Cascavel da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: lb.toso@certto.com.br.

² Enfermeira. Especializanda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

⁴ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Bolsista da CAPES.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Docente da Universidade de Pernambuco.

⁶ Educador Físico. Mestrando do Programa de Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Bolsista da CAPES.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. Rua Mato Grosso, nº 1637, apto. 1401. Cascavel – PR. CEP: 85812-020. Fone: (45) 3222-0957.

INTRODUÇÃO

Com este trabalho, objetivamos realizar uma revisão sistemática da produção dos profissionais de saúde brasileiros sobre a violência contra a criança e o adolescente, identificando as abordagens mais frequentes sobre o assunto.

O interesse em identificar essa produção justifica-se pela importância que a temática violência vem adquirindo na esfera da saúde, principalmente a partir da aprovação da Portaria MS/GM nº 737 – *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* –, em 16 de maio de 2001¹, que ressalta a responsabilidade do setor saúde com a questão. Também em 2002 a OMS publicou o informe *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*², fazendo com que o setor saúde refletisse sobre seu papel tanto intra quanto intersetorial.

No Brasil, da mesma forma que em outras partes do mundo, nas diversas culturas e classes sociais, independentemente do sexo ou etnia, crianças e adolescentes são cotidianamente vítimas da violência, sendo esse um fenômeno universal e endêmico³, o qual vem se manifestando ora de maneira clara e explícita, ora de maneira quase invisível, tanto no ambiente privado como público. Na violência intrafamiliar, na maioria das vezes a criança e o adolescente são as vítimas mais frequentes, ou seja, pessoas com quem eles têm um vínculo afetivo são os agressores deles, o que torna esse problema grave e mais difícil de ser revelado.⁴⁻⁷

Para que o profissional de saúde possa estar instrumentalizado em suas ações, é necessário que tenha conhecimento sobre o assunto em questão; que tenha elementos teóricos que subsidiem sua ação direta contra a violência cometida à criança e o adolescente em seu cotidiano profissional; que consiga perceber sinais que revelem maus-tratos e agressões para preveni-los e proceder à notificação, para que suas ações proporcionem segurança e eficácia no atendimento.

Propomos, com este estudo, tornar público os resultados encontrados na literatura científica nacional sobre o assunto, produzida por profissionais de saúde e, com base neles, refletir e modificar a prática de prevenção e assistência de saúde nas instituições e serviços.

Tomamos como referência etária para criança e adolescente o estabelecido no artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente⁸, em que criança é a pessoa até 11 anos, 11 meses e 29 dias e adolescente, aquela que está na faixa etária até 17 anos, 11 meses e 29 dias.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para o alcance do objetivo proposto, selecionamos como método de pesquisa a revisão sistematizada da produção nacional, sendo realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a produção de conhecimento dessa temática, seguindo os passos: identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de palavras-chave e de critérios para inclusão/exclusão de artigos); seleção dos artigos; definição das informações

a serem extraídas dos trabalhos revisados (objetivos, metodologia e principais conclusões), bem como a análise deles; a discussão e a interpretação dos resultados; e, por fim, a síntese do conhecimento.⁹

Estabelecemos a seguinte pergunta norteadora para a revisão: “Qual o conhecimento científico produzido por profissionais de saúde e publicado na literatura nacional sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?” Os critérios de inclusão que utilizamos foram: artigos publicados em periódicos nacionais, realizados com crianças e adolescentes até 18 anos; ano de publicação (período 1998 a 2008); pesquisa realizada por profissionais de saúde; ter abordado pelo menos uma das quatro temáticas iniciais esperadas nos estudos, a saber, definição de violência apresentada pelos autores, caracterização da violência contra a criança e o adolescente, legislação de proteção e notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente, medidas de enfrentamento do setor saúde para lidar com a questão, tanto no aspecto da prevenção quanto da assistência; publicação com resumo disponível e indexado nas bases de dados online acessíveis por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Excluímos as publicações que não possuíam texto completo online, aquelas publicadas em periódicos nacionais, mas produzidas fora do Brasil, e artigos produzidos por profissionais de saúde brasileiros, mas publicados em periódicos não nacionais.

Inicialmente, foram levantados todos os trabalhos indexados nas bases de dados escolhidas. Nesse momento, excluímos as publicações classificadas como comentários, resenhas, dissertações e teses, mantendo-se somente os resumos de artigos, capítulos de livros, livros, manuais e a legislação pertinente. Para a seleção das publicações, lemos cada título e resumo exaustivamente para confirmar se eles contemplavam a pergunta norteadora desta investigação e se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Quando havia dúvida nesse processo de leitura, recorriamos a uma primeira leitura do texto completo com finalidade de avaliar se ele contemplava os critérios de inclusão. Estudos que foram publicados em duplicata, ou encontrados em mais de uma base de dados, foram considerados somente uma vez. Foram, então, selecionados para análise 20 livros, capítulos de livros, manuais e documentos sobre a legislação desse assunto e 27 artigos científicos.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da internet, no site www.bireme.br – BVS –, que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline, Biblioteca Cochrane, SciELO, Adolec, BBO, BDEFN, Desastres, HISA, Homeindex, Leyes, Medcarib, Repidisca, PAHO, WHOLIS. Para o levantamento dos artigos, utilizamos como palavras-chave: criança; adolescente, maus-tratos infantis, violência, violência doméstica, violência intrafamiliar e serviço de saúde. Destaque-se que utilizamos somente as palavras-chave consideradas como descritores controlados no DECS e MESH, cruzadas entre si e em todas as suas possibilidades.

Os resultados foram organizados em quatro temáticas: as definições encontradas para a violência; caracterização da violência contra a criança e o adolescente: a família, o agressor e a criança agredida; legislação de proteção e notificação da violência na infância e adolescência; e medidas de enfrentamento das situações de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Assim, apresentamos a seguir os resultados do estudo.

AS DEFINIÇÕES ENCONTRADAS PARA VIOLÊNCIA

A violência é uma questão que permeia a condição humana. Sua visibilidade tanto pode ser relacionada às formas pelas quais se manifesta quanto à capacidade da sociedade em percebê-la efetivamente. Faz parte da chamada questão social, relacionada a formas de dominação e opressão desencadeadoras de conflitos. É considerada um fenômeno complexo, polissêmico e controverso, praticada por indivíduos contra outros indivíduos e manifesta-se de várias maneiras, assumindo formas diversas de relações pessoais, sociais, políticas ou culturais.^{2,10,11}

O conceito de violência é culturalmente construído, ou seja, está intimamente ligado a um processo histórico-cultural, o que não descaracteriza a violência do ato, mas enfoca a violência com base na cultura em que está inserida.¹² A violência possui como expressão concreta diferentes meios e métodos de coerção e dominação utilizados com a finalidade de conquistar, reter poder ou obter privilégios.¹¹

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes está conceituada pelo Ministério da Saúde, que adotou terminologias e definições oficializadas nos documentos da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*¹ e *Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes*.¹³

Segundo Westphal¹⁴, os tipos de violência contra a criança e o adolescente são violência estrutural, violência doméstica e violência infanto-juvenil. Elas se subdividem, caracterizando cada tipo, pois, dadas suas características variadas, a violência pode aparecer de várias formas, com várias faces que “surgem na sociedade por meio de ações que se interligam, interagem e se fortalecem, possuindo como expressão concreta os diferentes meios e métodos de coerção e dominação utilizados com a finalidade de conquistar, reter poder ou obter privilégios”.^{11:456}

A *violência estrutural* subdivide-se em três grupos e baseia-se, fundamentalmente, na estrutura social em que vivem as crianças e adolescentes: *meninos e meninas de rua*, nessa situação, dada a falta de condições da família em mantê-los e também em decorrência dos conflitos e violências em suas famílias; *meninos e meninas trabalhadoras*, segundo IBGE¹⁵, no Brasil, 7,5 milhões de adolescentes entre 10 e 17 anos trabalhavam, mantendo-se em torno dos 7 milhões em 1997 e 2008, a maioria empregada em trabalhos informais ganhando muito abaixo do ideal¹⁶; *crianças e adolescentes institucionalizados*, cujas instituições e reformatórios presentes no País voltam-se para a

formação de uma personalidade rígida e dependente. Alexandre e Vieira¹⁷ observaram o comportamento de crianças institucionalizadas e verificaram que, quando em situação de abrigo, formam relações de apego umas com as outras e que a rede de apoio social representa um importante aspecto na resiliência dessas crianças. Entretanto, para os adolescentes que se encontram em reformatórios, a própria sociedade os vê como ameaça, pois “são definidos coletivamente como desviantes, aparece uma nova categoria de problema social, encadeando um processo de intervenção empreendido para selecioná-los, identificá-los e tipificá-los”.¹⁸

Outro tipo de violência a considerar pela importância que vem adquirindo é a *violência escolar* (ou *bullying* em inglês), a qual, apesar dos poucos estudos no País, pode ser considerada como aquela em que crianças e adolescentes são vítimas de furto de pequenos objetos ou quantias, de ameaças de agressão/agressão de fato, de humilhação ou destruição de seus pertences e até mesmo agressão sexual. Ou seja, nas principais instituições de socialização – a família e a escola –, continua a existir a prática da violência, dos abusos e maus-tratos às crianças e adolescentes.¹⁹

O terceiro tipo de violência é a *violência infanto-juvenil*, assim denominada por Westphal¹⁴, também caracterizada como violência delinqüencial por Sanchez e Minayo²⁰, a qual está articulada à violência estrutural e fundamenta-se na violência praticada pelas crianças e adolescentes e as conseqüências sobre elas dessa realidade. A maioria dos infratores encontra-se em plena adolescência e grande parte deles já vivenciou desde a infância a ausência da mãe no lar, distanciamento do pai, relacionamentos familiares tensos, agressões físicas, emocionais e abandono. Numa sociedade desigual como a brasileira, essa situação precisa ser analisada atrelada à violência estrutural e à questão de classe, pois os que estão em regime de medidas socioeducativas, em sua maioria, são jovens pobres.

A *violência intrafamiliar* corresponde a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento de algum membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por membros da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e de relação de poder à outra. A *violência doméstica*, por sua vez, inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivem no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados, pessoas que convivem esporadicamente e agregados.¹⁰

A *violência doméstica* apresenta-se por meio de quatro manifestações principais: violência física, a violência psicológica, o abuso sexual e a negligência, tendo sido encontrado também o abandono como conseqüência extrema da negligência. Os conceitos dessas manifestações são abordados a seguir.

A *violência física* é cometida quando uma pessoa, que está em relação de poder a outra, causa, ou tenta causar, dano não acidental, por meio do uso da força física ou

de algum tipo de arma, que pode provocar – ou não – lesões externas, internas ou ambas²¹, impingindo-lhe desde a dor até a morte, para disciplinar ou tão-somente expressar desafeto.²² Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também é considerado violência física.¹⁰

A *violência psicológica* evidencia-se como a interferência negativa, conformando um padrão de comportamento abusivo, minando a auto-estima ou senso de realização da criança e/ou adolescente. As formas mais comuns são: rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar, corromper e criar expectativas irreais ou extremadas sobre o indivíduo.²³⁻
²⁵ Essa forma de violência causa dano no psiquismo da criança, impedindo o desenvolvimento sadio.^{5:41}

A *violência sexual* é entendida por Deslandes, apud Ribeiro *et al.*¹¹ como todo ato ou jogo sexual, seja em relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima, com o objetivo de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la como meio para alcançar satisfação sexual. Araújo^{24:6} afirma que o abuso sexual “é um fenômeno complexo e difícil de enfrentar por parte de todos os envolvidos”, pois muitas vezes os profissionais não sabem que decisão tomar diante do problema.

Ribeiro *et al.*^{11:457} evidenciam que, “nas vitimizações sexuais, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a outros tipos de violência”. Além disso, na violência sexual doméstica, as vitimizações ocorrem no território físico e simbólico da estrutura familiar, ambientes em que as crianças e adolescentes deveriam sentir-se protegidas e abrigadas das condições desfavoráveis do meio em que vivem. Ferreira e Cartana^{25:2003} consideram que a violência sexual “interrompe a maturação sexual normal da criança, desenvolvendo nela uma sexualidade prematura e falha, pois ela recebe, por meio do abuso, uma concepção errada de sexualidade”.

A *negligência* é explicada como a omissão da família em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Manifesta-se quando os pais ou responsáveis falham em alimentar, vestir adequadamente, medicar ou educar os filhos em circunstâncias em que poderiam fazê-lo.²⁵ Os acidentes também podem ser classificados como um dos tipos de negligência, uma vez que são passíveis de prevenção e resultantes do descuido dos responsáveis, da falta de investimento público e da omissão do controle do trânsito, por exemplo.²⁶

Ainda, menos freqüente, mas também presente na literatura, encontra-se descrita a Síndrome de Munchausen por Procuração, definida por Souza e Jorge²⁷ como a situação na qual a criança é conduzida para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados pelos pais ou responsáveis.

Em relação à violência contra a criança e o adolescente, acredita-se que há um ciclo geracional de violência, ou seja, uma vez constantemente submetidos à violência,

aprendem que somente por meio de tal forma há resolução de conflitos.²²

Assim, força, coerção e dano, em relação ao outro – ato de excesso presente nas relações de poder, tanto nas estratégias de dominação em nível macro quanto nas redes de micropoder entre os grupos sociais –, caracterizam a violência social contemporânea, e é com base na determinação social que buscamos demonstrar a violência nos estudos analisados.

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: A FAMÍLIA, O AGRESSOR E A CRIANÇA AGREDIDA

De acordo com Minayo *et al.*²⁸, a família é o microcosmo da sociedade. É nela que se dá o aprendizado inicial de uma criança e ao mesmo tempo se vivem as relações primárias, se constroem os processos identificatórios, se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases de poder. É um espaço tanto de afeto quanto de manifestação de conflitos e contradições.

Quanto à prevalência de violência em relação à classe social e etnia, há divergência entre os diversos estudos e também quanto ao tipo de violência praticada contra a criança e o adolescente. Até recentemente os maus-tratos contra crianças e adolescentes eram noticiados como mais comuns em classes menos favorecidas. Entretanto, alguns autores afirmam que esse é um fenômeno que atinge todas as classes sociais e, preponderantemente, as classes mais pobres. Isso se explica, sobretudo, dado o contexto social em que vivem, no qual geralmente possuem união civil mais cedo, têm menor grau de instrução e, assim, usam a violência em detrimento do diálogo para resolver questões familiares.¹¹

Para a Abrapia²⁹, inúmeros fatores contribuem para precipitar a violência de pais contra filhos: o alcoolismo e o uso de outras drogas, a miséria, o desemprego, a baixa auto-estima, problemas psicológicos e psiquiátricos. Entende-se que pais que maltratam seus filhos devem ser tratados, sempre, e punidos, se necessário.

Parker e Campbell³⁰ acreditam que a violência é transmitida a gerações futuras num ciclo múltiplo baseado na teoria da aprendizagem social “segundo a qual a violência é vista como um comportamento aprendido”, em que a criança espelhará no genitor o seu comportamento e modelo de identificação social. Entretanto, afirmam que a violência não determinará de fato o futuro comportamento violento da criança, pois muitos deles tendem a não expressar comportamentos violentos com os filhos.

Araújo²⁴ afirma que, quando há violência intrafamiliar, instaura-se uma confusão, pois a criança hesita entre denunciar o agressor ou calar-se, pois este deveria cuidar dela e protegê-la. Mais especificamente, quando ocorre violência sexual, é possível observar a lei do silêncio, e para Parker e Campbell³⁰ esse segredo familiar, com freqüência, prolonga-se por muitas gerações.

Brito *et al.*³¹, em pesquisa realizada, afirma que a mãe é a agressora na maioria dos casos. Observa-se que a negligência sem associação de outras violências prevalece quando a mãe é a agressora, e a violência sexual associada ou não prevalece quando o pai é o agressor. Ribeiro *et al.*¹¹ em estudo sobre a violência sexual, mencionam que um maior número de casos envolveu crianças do sexo feminino, sendo mais vitimizadas aquelas com idade entre 10 anos e um mês e 12 anos.

Monteiro *et al.*^{32:165} em pesquisa realizada com 60 adolescentes, estes “consideraram que as atitudes agressivas contra as crianças e os adolescentes são tomadas, em 42%, pelos pais, em 32%, pelas mães; em 26% os agressores são irmãos, avós, padrastos ou outros parentes”. Nesse sentido, Moura e Reichenheim³³ afirmam que a mãe apresenta maior prevalência de agressão psicológica, enquanto a coerção sexual e injúria corporal têm como perpetradores mais frequentes os pais ou padrastos.

Em relação à caracterização da criança vítima de violência, Brito *et al.*³¹ afirmam que, em relação à idade e ao sexo da criança, é possível perceber uma variação. “Até os sete anos de idade é o sexo masculino quem sofre mais violência”. Após os sete anos, percebe-se uma inversão, sendo, portanto, a criança do sexo feminino a mais vitimizada. Veronese³⁴ e Collet e Oliveira⁵ acrescentam que os menores de 5 anos correm mais riscos de sofrer maus-tratos, pois são indefesos e não podem se expressar, e as crianças prematuras correm maior risco, pois o vínculo familiar cria-se tardiamente dadas as internações nos primeiros meses de vida.

Quando a vítima é adolescente, aumentam as agressões mais graves e intensas. Por já ter mais condições de reagir, tendem a impedir as repetições de castigos corporais, no entanto, são mais vulneráveis a ações severas e traumáticas, o que pode provocar a morte ou severas conseqüências físicas.¹⁹

De acordo com Azevedo e Guerra³⁵, a prática de bater em crianças e adolescentes é muito comum em nosso país e faz parte da cultura da sociedade, trazendo a noção de disciplina e castigo. A primeira, com o intuito de ensinar e prevenir novos erros e a segunda, com a idéia de punição por erros cometidos. É contra esse ideário que os profissionais de saúde devem se insurgir cotidianamente na árdua tarefa para prevenir a violência contra a criança e o adolescente.

LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A partir da Constituição de 1988, originaram-se, em 13 de julho de 1990, os 267 artigos que garantem os direitos e deveres de cidadania da criança e do adolescente, prevendo a co-responsabilidade de proteção integral da família, da sociedade, da comunidade e do Estado. E, ainda, define um sistema participativo de formulação, controle e fiscalização das políticas públicas entre Estado e sociedade civil.³⁶

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê a criação de uma rede de atendimento, caracterizada por ações integradas e da qual fazem parte: organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais, comunidades locais, grupos religiosos, entidades nacionais e internacionais, categorias de trabalhadores e a própria população.¹⁰ Para garantir a criação dessa rede, o Estatuto estipula a implantação, em cada município, de órgãos que têm a responsabilidade de assegurar o cumprimento das políticas públicas voltadas para a criança e para o adolescente: Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares e as Delegacias Especializadas. Com atribuições diferentes, todos atuam de acordo com suas competências e em consonância com o Juizado da Infância e da Juventude e com o Ministério Público^{34,36:27-28}.

A proteção integral garantida pelo ECA “baseia-se nos princípios da universalidade e da indivisibilidade dos direitos da criança e do adolescente, significando que nenhum deles está excluído de qualquer dos direitos consagrados na legislação.”^{36:31} Preconiza-se que a criança e o adolescente não sejam objetos de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo dever de todos prevenir a violação dos direitos da criança e do adolescente.^{6,34,37}

Quanto às políticas públicas, “são deveres do Poder público e da sociedade civil organizada, por meio do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente”, pensar em “programas para a população infanto-juvenil e participar de todo o processo de implantação (proposta, análise, discussão sobre fonte de recursos e outras questões).”^{36:31}

Por meio da Constituição e do ECA (art. 13), tornou-se obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar, pertencente à respectiva localidade de moradia da criança ou do adolescente vitimizados, de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e/ou adolescentes por parte dos profissionais, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação. É prevista, também, a punição para aqueles que deixarem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245, ECA). Porém, mesmo com essas determinações legais, ainda existe grande subnotificação.^{3,13,36,38-40}

A notificação é parte integrante e fundamental do atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência. Sabe-se que casos não identificados tornam-se casos não notificados e, assim, dão continuidade ao sofrimento da criança ou do adolescente vitimizados.

Gonçalves e Ferreira³⁹ chamam a atenção para o fato de a notificação ser um instrumento importante no combate à violência de duas maneiras, a saber: produz benefícios para os casos notificados e é instrumento de controle epidemiológico da violência contra a criança e o adolescente, além de ser instrumento de política pública que possibilita dimensionar a violência familiar, determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, além de permitir

o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica dessa violência.

Noguchi *et al.*⁴⁰ afirmam que a notificação não deve ser um simples cumprimento de uma obrigação que possui um fim em si mesmo. O profissional da saúde e o Conselho Tutelar devem trabalhar em parceria, permitindo compartilhar a decisão tomada para melhor encaminhamento dos casos atendidos.

No Brasil, a Notificação Compulsória para os profissionais das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) quando este publicou, no *Diário Oficial da União*, a Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, a qual apresenta a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos contra Criança e Adolescente, fundamentada nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente.^{1,31}

Gonçalves e Ferreira³⁹ chamam a atenção para o fato de que, no Brasil, a decisão de notificar por parte do profissional de saúde está mais ligada à peculiaridade de cada caso e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pela especificidade do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes, do que à orientação da legislação brasileira.

Pires *et al.*⁴¹, Ferreira e Schramm⁴ e Deslandes⁴² afirmam que os profissionais de saúde demonstram grande relutância em assumir uma notificação de maus-tratos. Atribui-se a fundamentação dessa resistência a

experiências negativas anteriores a vivida ou relatadas (em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares ou teve que prestar depoimento um número incontável de vezes); receio de que a criança seja enviada para [...] qualquer instituição pública, causando-lhe maiores danos; visão de que se trata de um problema de família, não sendo de responsabilidade de uma instituição de saúde; temor de estar enganado e notificar uma suspeita infundada; crença de que sua ação deve se restringir ao cuidado das lesões e descrença quanto às reais possibilidades de intervenção nestes casos.^{42:91}

Para que seja revertida essa dificuldade por parte dos profissionais de saúde com relação à notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente, é necessário dar alguns passos. O primeiro, fundamental, é a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se, por um lado, é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legal), por outro, é a instituição que deve garantir essa conduta profissional, protegendo o indivíduo e compartilhando a responsabilidade pelo caso.^{42:91}

Deslandes^{42:91-2} ressalta a necessidade de criar mecanismos sociais e exigir a atuação dos já existentes para que a notificação não assuma caráter de denúncia “no sentido repressivo e policesco do termo”. Para a autora, “notificação precisa significar, na prática, uma garantia de que a criança e o adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes”.

Para além da obrigatoriedade legal da notificação, é importante destacar, ainda, que as profissões, particularmente as da área da saúde, são regidas por códigos de ética que determinam a conduta de cada profissional, relacionada a situações extremas como a violência contra as crianças e adolescentes, por exemplo. Também o código penal brasileiro trata dessa temática. Mas como o objetivo deste estudo é retratar o encontrado em artigos produzidos por profissionais de saúde, essa abordagem não será enfocada, haja vista não ter sido encontrada nos documentos pesquisados.

MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Para lidar com essa questão, antes de qualquer coisa, é preciso que os profissionais de saúde tenham conhecimento do tema, bem como da legislação específica, para cumprir o seu papel diante de um caso suspeito ou confirmado de violência contra a criança e/ou adolescente. Todas as medidas devem ter como objetivo proteger a criança e o adolescente em situação de violência, assim como prevenir novos eventos violentos.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, elaborada pelo MS¹, conclama a ações intersetoriais para a prevenção dos acidentes e violências e assistência aos cidadãos vitimados.

Gomes *et al.*^{43:282-3} entendem que “a complexidade dos casos de violência demanda articulações entre diferentes perspectivas disciplinares, bem como diferentes ações institucionais”. Fazem-se necessárias, portanto, ações interligadas entre o atendimento prestado internamente na instituição de saúde e o conjunto de ações públicas.

Deve-se considerar a suspeita como o primeiro aspecto no atendimento às vítimas de maus-tratos. O grau de suspeita vai de um leve indício de que tenha havido violência até o relato explícito da criança ou do adulto acompanhante. Nenhuma dúvida, porém, deve impedir a notificação imediata dos casos de maior gravidade, suspeitos ou confirmados, que impliquem grave risco para a criança.³⁹

Gomes *et al.*^{43:277} relatam que “a atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano”. Os autores salientam, ainda, que é necessário que o profissional de saúde faça uso de uma escuta e tenha o olhar ampliado no momento do atendimento.

No momento do atendimento, os profissionais devem estar atentos à história contada pelos pais para explicar os comportamentos da criança e as lesões que a criança apresenta, pois pode haver “discrepância nos relatos de ambos os pais ou entre a história que eles contam e o achado no exame físico”.^{5:39} Deve-se proporcionar um ambiente que propicie oportunidades para romper o muro do silêncio de forma segura.³³ Não se deve

confrontar diretamente o suposto perpetrador, pois o confronto quebra a relação de confiança da vítima com o profissional e pode expor a criança a represálias.

Dentro da unidade de saúde, os casos devem seguir um caminho preestabelecido, de preferência pelos próprios profissionais que atuam nos atendimentos. Redes de proteção interna são descritas por vários autores, as quais dão suporte aos profissionais quando em dificuldades nas situações de atendimento.

Para que as ações sejam efetivas, os serviços de saúde devem estabelecer contato direto com as instituições que formam a rede de proteção, para que se possa trabalhar em parceria e conhecer melhor o trabalho desenvolvido por cada instituição.⁴²

Tendo em vista uma assistência de qualidade e que contemple a integralidade, devem-se elaborar protocolos de atendimento.^{43:282} Em estudo realizado por Wiist e McFarlane, apud Moura e Reichenheim,³³ demonstrou-se que, com o desenvolvimento e a aplicação de um protocolo voltado para a violência familiar, a detecção de casos aumentou em torno de oito vezes. Tendo isso em vista, ao se discutir tais normas e rotinas, cabe salientar que “a rotina de cada serviço só pode ser pensada por aqueles profissionais que irão realizá-la”.^{42:92}

Os atendimentos nos hospitais são situações privilegiadas para os casos mais graves, porém os profissionais, ao atenderem casos cujo relato não faz referência à violência, também têm oportunidade de identificar situações de violência. Para que haja um atendimento de emergência de qualidade às vítimas de violência e o início de uma intervenção de prevenção, faz-se necessário modificar quatro aspectos intrínsecos:

- a) sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência [...] para a importância do reconhecimento e da atuação diante destas situações; b) criação de rotinas institucionais diante dos casos de [...] violência doméstica contra a criança e o adolescente [...], atribuindo responsabilidades e ações para os profissionais das equipes médica, de saúde mental, de enfermagem, de serviço social, a fim de que os devidos encaminhamentos sejam realizados; c) articulação de ‘listas de referência’ de instituições, serviços, organizações governamentais e não-governamentais que possam receber os encaminhamentos para os casos atendidos na emergência, integrando uma rede de prevenção; e, d) melhoria do registro hospitalar dos casos de violências a fim de poder subsidiar o planejamento de ações futuras.^{42:91}

Contudo, a iniciativa de melhoria no serviço de saúde só terá viabilidade se houver compromisso dos gestores com as ações que serão executadas pelos profissionais que atuam nos atendimentos. Para a efetivação das ações de proteção à criança e ao adolescente, faz-se necessário que a gestão assuma o problema das violências contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública de grande magnitude.

O enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, em todos os níveis, deve levar em conta

o contexto, no qual podemos encontrar fatores de risco e proteção. Os fatores de proteção são também promotores de resiliência, a qual pode possibilitar a ressignificação do trauma sofrido pela criança ou adolescente e fazê-lo em distintas fases da vida, na própria infância, na adolescência ou mesmo na idade adulta.⁴⁴ As ações institucionais só são entendidas como promotoras de resiliência quando são efetivadas por meio de vínculo com a criança e o adolescente, e propõem uma práxis pautada em ações personalizadas, nas quais a interação entre sujeitos se estabeleça como vínculo de confiança, num espaço de acolhida e escuta.

A prevenção da violência contra crianças e adolescentes é um dos objetivos das ações de enfrentamento desse problema. Deslandes^{42:93} ressalta que “prevenir a violência demanda, invariavelmente, construir alianças, articulações, estabelecer diálogo exercitar a escuta profissional”. Pordeus *et al.*⁴⁵ enfatizam a importância da criação de políticas de saúde para a prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Os autores valorizam intervenções com ações educativas com as famílias, no sentido de alcançar mudanças no padrão de comportamento do grupo familiar e uma convivência mais harmoniosa. Ferreira *et al.*⁴⁶ e Brito *et al.*³¹, abordando ações de prevenção da violência doméstica contra crianças realizadas em unidades de saúde, relatam experiências exitosas, como a interrupção ou a diminuição na intensidade da violência.

Devemos nos lembrar de que não simplesmente o meio familiar os torna mais vulneráveis a sofrer ou provocar abuso, mas também o ambiente comunitário, as relações sociais na escola, a cultura educacional praticada na sociedade, a história de vida da família, as condições econômicas e sociais dos sujeitos.²¹ Por tudo isso, o enfrentamento da violência requer uma amplitude que não diz respeito unicamente aos serviços de saúde.

Desse modo, entendemos que se faz necessária a atuação em uma rede organizada e previamente estabelecida que otimize as ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em cada serviço e permita uma assistência de melhor qualidade ao usuário, seja a criança, seja o adolescente, seja sua família.

O foco de atuação, portanto, deve se dar nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.²¹ Na atenção primária, com estratégias dirigidas ao conjunto da população no intuito de reduzir a incidência e a prevalência dos casos de violência, incluindo: a abordagem familiar nos programas de pré-natal; o alojamento conjunto nas maternidades e unidades de pediatria hospitalares; o parto humanizado e o incentivo ao pai à participação no nascimento até a permanência da família em unidades de terapia intensiva neonatal quando for o caso; ou seja, fortalecendo o vínculo primário, o apego da família para com a criança. Esse processo pode ocorrer nas unidades básicas de saúde ou saúde da família, conduzindo grupos de debates com as famílias, nas escolas, centros de educação infantil (a nova denominação para as creches), realizando visitas domiciliares ou participando das redes de proteção

para crianças e adolescentes, dentre outros. A atenção primária prioriza programas que buscam aumentar a resistência das crianças e dos adolescentes em caso de agressão, por meio de reforço do conhecimento do problema e da competência deles, com o objetivo de obter uma resposta adequada às situações de risco. É preciso reforçar o diálogo e a tolerância no interior da família, reafirmando a importância da auto-estima das crianças e dos adolescentes, da divulgação de seus direitos e do respeito ao corpo delas. A prevenção baseia-se na escuta da criança. Ouvi-la e acreditar nela auxilia na recuperação do trauma e na prevenção do aumento da gravidade de novos abusos.⁴⁴

Na atenção secundária, famílias nas quais são percebidos comportamentos abusivos durante situações de atendimento, com risco potencial para violência, devem ser identificadas, para que se adotem estratégias de prevenção de agravos ou minimização das exacerbações diagnosticadas, a exemplo de dependentes químicos, encaminhando-os para tratamento adequado e suporte familiar.

Na atenção terciária, presumidamente, já ocorreu a situação de violência; nesse caso, a atuação ocorrerá para resolver os problemas físicos e/ou psicológicos decorrentes de tal agravo e também para evitar a recorrência dos maus-tratos contra a criança e o adolescente. Nesse momento, assume importância a busca de estratégias alternativas para a solução de dificuldades no relacionamento familiar.

Em qualquer das etapas, é importante o trabalho interdisciplinar, de preferência fazendo uso das experiências de redes de proteção já desenvolvidas em locais como Curitiba-PR e Goiânia-GO, em que diversos setores são envolvidos na tentativa de minimizar ou resolver o problema da violência contra a criança e o adolescente.

Vendrusculo *et al.*⁴⁷ afirmam que, ao atuar na questão social da criança e do adolescente, aí incluída a violência, os trabalhadores sociais – e o mesmo se aplica aos demais trabalhadores na área da saúde – devem encaminhar seu trabalho para o exercício da cidadania e da democracia; ou seja, essa é uma luta de todos os sujeitos que compõem as políticas sociais. Essa atuação deve estar pautada na rede que conecta atores da saúde, educação, assistência social, ONGs, operadores do Judiciário e todos os que forem necessários para a prevenção desse problema e a solução dos casos já instalados de violência, numa ação intersetorial e interdisciplinar, não perdendo o foco do contexto histórico-social e as particularidades locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de produção bibliográfica que integra a produção dos profissionais da área da saúde, este estudo revelou que não somente se faz necessário maior investimento na produção do conhecimento sobre o assunto, como também é preciso que uma abordagem interdisciplinar e intersetorial sejam implementadas no enfrentamento dessa problemática.

Ao analisarmos, discutirmos e refletirmos sobre os aspectos aqui apresentados, percebemos que, além das marcas emocionais e físicas deixadas nessas vítimas, uma abordagem familiar, com base sociocultural, aliada a uma postura proativa do Estado e da sociedade civil se faz necessária como fator de proteção à criança e ao adolescente.

Por fim, ressaltamos que é fundamental, de acordo com a produção estudada, que a equipe de saúde esteja preparada, com treinamento apropriado para a atenção à saúde da criança e do adolescente nas esferas de prevenção primária, secundária e terciária, no que diz respeito à violência, conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, rotinas de atuação de serviços, rotinas para a realização da notificação dos casos suspeitos e confirmados, boas condições de trabalho, estímulo profissional, articulação com instituições, serviços, organizações governamentais e não governamentais para que se possa construir uma rede de prevenção, dentre outras ações.

Os profissionais de saúde, no exercício de sua função, têm o privilegiado papel da atenção diária, constante e integral no seu atendimento. Na maior parte das vezes, são os primeiros profissionais a serem procurados pela vítima de violência, quando o adolescente ou a criança é capaz de se comunicar, ou até um parente próximo, para relatar os maus-tratos direcionados a esse grupo. Nos casos de crianças pequenas, muitas vezes é o profissional que percebe os agravos físicos e as mudanças de comportamento apresentados por esse grupo. Esse privilégio traz consigo a responsabilidade de realizar a notificação. Portanto, faz-se imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento e qualificação necessários para perceber o pedido de socorro e tomar as medidas legais apropriadas para o caso.

Nesse sentido, com a divulgação do resultado deste estudo, não tivemos a pretensão de esgotar o assunto, mas esperamos que subsidie os profissionais em questão para que atuem eficazmente, tanto na assistência imediata de um caso de violência contra a criança e o adolescente quanto na prevenção desse tipo de agravo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. DOU, Brasília, nº 96, Seção 1E de 18 de maio de 2001.
2. Organização Mundial da Saúde, Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington : OPAS; 2002.
3. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev Psiquiatr. 2003; 25(1): 9-21.

4. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6): 659-65.
5. Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB; 2002.
6. Lopes CLS, Carvalho ECA. Violência contra a criança e o adolescente: subsídios técnicos para interpretação dos conceitos. Curitiba: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná (CEDCA/PR); 2003.
7. Lima CA, coordenadora. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
9. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2): 456-64.
12. Gomes R, Deslandes SF, Veiga MM; Motta M, Bhering C, Carlos JFC. Por que as crianças são maltratadas? explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3): 707-14.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra a criança e adolescente pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo: EDUSP; 2002.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2000/2007.
16. Castro MG, Abramovay M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cad Pesquisa*. 2002; 116: 143-76.
17. Alexandre DT, Vieira ML. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicol em Est*. 2004; 9(2):207-17.
18. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21:1-5.
19. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: Lima CA, coordenadora. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Lima CA, coordenadora. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006; 14(4):625-31.
22. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):323-32.
23. Camargo CL, Buralli KO. Violência familiar contra crianças e adolescentes. Salvador (BA): Ultragraph; 1998.
24. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol Est*. 2002 jul/dez; 7(2): 3-11.
25. Ferreira CLL, Cartana MHF. A enfermagem e o cuidado de crianças vítimas de abuso e exploração sexual. *Texto Contexto Enferm*. 2003; 12(2): 230-7.
26. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(1):43-51.
27. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, coordenadora. Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Minayo MCS, Assis SG; Souza ER; Njaine K, Deslandes SF, Silva CMFP, et al. Fala galera: juventude, violência e cidadania na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garammond; 1999.
29. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência ABRAPIA. FAQs [Citado em: 2005 ago. 29]. Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/homepage/faqs/faqs.html>
30. Parker B, Campbell A. Atendimento a sobreviventes de abuso e de violência In: Stuart GW, Laraia M. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
31. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZ, Andrade et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):143-59.
32. Monteiro MCN, Cabral MAA, Jodelet D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(1):160-70.
33. Moura ATMSE, Reichenheim MLE. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(4): 1124-1133.
34. Veronese JRP. Criança, família e violência: a necessária formulação de políticas públicas. *Texto Contexto Enferm*. 1999; 8(2): 115-124.
35. Azevedo MA, Guerra VN. Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu; 2001.
36. Azevedo AEBI. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). In: Lopez FA, Campos Júnior D. (Orgs.). Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri (SP): Manole, 2007.
37. De Antoni C, Koller SH. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estud Psicol*. 2000; 5(2): 347-81.
38. Brêtas JRS Silva CV; Quirino MD; Ribeiro CA; Kurashima AY; Meira AOS. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paul Enf*. 1999; 7(1): 03-10.
39. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1): 315-19.
40. Noguchi MS, Assis SG, Santos NC. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciênc*

Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 963-73.

41. Pires JM, Zubaran GM, Vieira EM, Nava Tiago R, Letícia Feldens, Castilhos Kelly et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005; 5(1):103-8.

42. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(1): 81-94

43. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. Abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(2):275-83.

44. Junqueira MDFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. Cad Saúde Pública. 2003; 19(1): 227-35.

45. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Facó TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(4): 1201-4.

46. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4:123-130.

47. Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15 (nº especial): 812-9.

Data de submissão: 12/9/2008

Data de aprovação: 3/12/2008