

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

Lucimara Cheles da Silva Franzin - Faculdade Ingá- UNINGÁ - Maringá-Pr.

Samuel Moysés- Pontifícia Universidade Católica do Paraná- PUC-Pr.

Maria Lúcia Tozzeto Vetorazzi- Instituto Federal do Paraná.

Simone Tetu Moysés- Pontifícia Universidade Católica do Paraná- PUC-Pr.

Financiamento: Fundação Araucária

RESUMO

A violência na infância e na adolescência é considerada grave problema social e de saúde pública. **Objetivo:** Abordar o conhecimento sobre o tema violência contra a criança e o adolescente, por meio de revisão da literatura nacional e internacional, publicada em bases indexadas. **Métodos:** Realizou-se uma revisão da produção científica sobre o tema, período de 2000 a 2011, por meio de bases de dados nacionais e internacionais, BVS/ Portal Bireme (Medline LILACS, SciELO). Os descritores para busca da literatura foram violência doméstica (domestic violence), maus-tratos infantis (child abuse) e negligência (neglect). Um total de 350 artigos foi localizado, dos quais 30 foram selecionados por sua vinculação ao tema estudado, violência doméstica contra crianças e adolescentes. Somaram-se a estes 25 referências de teses, livros, legislação e sítios eletrônicos, de instituições reconhecidas na área, citados nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. **Resultados:** Os resultados foram organizados em três tópicos de revisão: 1) Violência: um problema social; 2) Violência na família; 3) A importância do cuidado. **Conclusão:** Esta revisão permite uma compreensão sobre a violência contra crianças e adolescentes, em especial a doméstica, útil para profissionais atuantes na área da saúde.

Palavras chave: Violência doméstica, maus-tratos infantis, negligência.

ABSTRACT

The violence in infancy and adolescence is considered a serious social and public health problem. **Objective:** Systemize the knowledge on the subject of violence against child and adolescent, by means of revision of national and international literature, published in indexed databases. **Methods:** A review of the scientific production about the subject was realized, from 2000 to 2011, on national and international databases BVS, Bireme (Medline LILACS, SciELO). The describers for search have been domestic violence, child abuses and neglect. A total of 350 articles had been located, of which 30 had been selected by its entailing to the studied subject, domestic violence against children and adolescents. Together with these articles, it was added 25 references of thesis, books, legislation and sites of noted institutions in the area, cited in the bibliographical references of the selected articles. **Results:** The results had been organized in three topics of review: 1) Violence a social problem; 2) Violence in the family; 3) The importance of care. **Conclusion:** This review allows understanding on the violence against children and adolescents, in special the domestic one, useful for professionals working in health.

Key words: domestic violence, child abuse, neglect.

INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida mundialmente como uma questão social e problema de saúde pública, em função da magnitude da violação aos direitos humanos, com repercussões físicas, emocionais e sociais, atingindo milhares de pessoas (1-4). Trata-se de um fenômeno complexo e multicausal (3), não havendo país ou comunidade isentos deste mal (2,5).

As injúrias e violências foram responsáveis por 950.000 mortes de crianças e adolescentes abaixo de 18 anos de idade no mundo, no ano de 2004, enquanto 10 milhões necessitaram de hospitalizações por injúrias não fatais (4).

No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) foram consideradas a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos de idade, 2006 e 2007 (6).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, por meio do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, publicado em 2002, tornou pública uma parte invisível da violência, que muitas vezes não gera sequelas graves ou mortes, mas pode resultar em danos físicos, opressão, danos psicológicos e sociais nos indivíduos submetidos aos abusos de maneira crônica, como é o caso da violência doméstica que atinge, principalmente, a população de crianças, mulheres e idosos (2).

A violência contra crianças e adolescentes tem sido considerada complexa, vinculada a conflitos familiares de um núcleo que tem papel essencial no desenvolvimento da criança, por ser o primeiro ambiente socializador, devendo atuar nas funções de proteção, transmissão de cultura, regras sociais, e relações de solidariedade, além da manutenção das diferentes necessidades do indivíduo. Entretanto, este núcleo pode-se tornar um local desprovido de respeito e proteção, tornando-se opressor, hostil, gerando violência doméstica de pais contra filhos (7,8). Neste contexto, a vítima é objetificada e seus direitos fundamentais à vida, liberdade, segurança, crescimento e desenvolvimento são desrespeitados (9,10).

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes representam um fenômeno silencioso, que acarreta reduzida mobilização social, por ser considerado problema privado, justificado como medidas educativas e disciplinares (11).

Dentre os fatores relacionados como causas da violência familiar incluem-se as desigualdades sociais, desajustes na família, iniquidades de gênero, raça ou etnia, implicando na reconstrução de conceitos de família, geração e classe social (12).

Aspectos contextuais da vida familiar, como o perfil social, econômico e cultural, além da pobreza extrema, são apontados como causas contextuais pela falta de suporte social, impedindo que famílias sejam inseridas socialmente, de forma autossuficiente, capazes de satisfazer suas necessidades básicas (13).

Embora o conhecimento sobre as diversas formas de violência tenham amplitude e gravidade conhecidas, os dados de morbidade se baseiam em casos hospitalizados (1). É importante o conhecimento dos dados populacionais, para fins de prevenção, planejamento, controle e promoção da saúde (11).

Assim, este estudo volta-se para uma revisão crítica e sistemática da literatura pertinente ao tema violência, em especial a doméstica contra a criança e o adolescente, visando analisar seu contexto de inserção como problema social, seu impacto na vinculação ao processo histórico da família e da sociedade, além da importância do cuidado, e das estratégias necessárias para a proteção familiar.

MÉTODOS

Para a revisão da literatura realizou-se uma busca nas bases de dados BVS/ portal Bireme (Medline – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO – Scientific Electronic Library Online). Utilizou-se um conjunto de descritores, e seus similares, em inglês e espanhol, que pudessem incluir o maior número de pesquisas referentes ao tema. Os termos de busca foram violência doméstica - domestic violence – violencia domestica, maus-tratos infantis - child abuse – abuso infantil e negligência – neglect – negligencia. Os artigos foram selecionados com base na leitura dos resumos identificados com o tema violência familiar. Encontrou-se 350 artigos referentes ao tema, selecionou-se 60 para leitura completa. Deste total, 30 foram selecionados. Como critério de inclusão considerou-se que abordassem especificamente o tema violência doméstica contra crianças e adolescentes, e fossem publicados no período de 2000 a 2011. Seguiu-se o mesmo critério para a inclusão de 25 referências de livros, teses, documentos oficiais, legislação e sítios eletrônicos de instituições reconhecidas na área.

RESULTADOS

Violência: um problema social

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2) define violência como o uso da força física, ou do poder real, ou em ameaça contra si próprio, ou outro indivíduo, grupo ou comunidade, resultando em lesões, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Para Minayo (3), por efeitos práticos, os termos violência, abuso e maus-tratos, são utilizados como sinônimos, mas não tem o mesmo significado, pois apresentam cargas ideológicas e históricas específicas. O Ministério da Saúde utiliza estes termos para se referir a qualquer natureza da violência, seja física, sexual, psicológica, negligência, ou abandono (14).

De acordo com a literatura (3,5,10,15), maus-tratos contra crianças e adolescentes são traumas não acidentais, como ações ou omissões contra menores de idade, que sofrem rotineira ou esporadicamente os diversos tipos de violência. Os agressores geralmente são os pais, familiares próximos, tutores, amigos, ou responsáveis.

Classificam-se em pré-natais, relacionados a circunstâncias não acidentais ocorridas com a vida da mãe, que podem interferir de forma negativa, no desenvolvimento da gestação (feto), e pós-natais, causando-lhe prejuízos, configurados como violência física, psicológica, sexual e negligência (13).

Uma possível etiologia ou fatores de risco, para os diferentes tipos de maus-tratos podem se referir à personalidade dos pais, como patologias (dependência de álcool, drogas ilícitas ou necessidades especiais), distúrbios psicológicos parentais (doença mental, ansiedade, raiva, depressão), violência sexual, conflitos com a lei, ou testemunho de violência conjugal transgeracional (pais/filhos) (5,16,17,18). Ainda, abuso da mãe, maternidade ou paternidade na adolescência, parto prematuro, gravidez indesejada ou não planejada, cuidados pré-natais inadequados desencadeando a negligência (5,16,17,18).

As características da própria criança também podem estar associadas à sua vulnerabilidade à violência, como a pouca idade, hiperatividade, deficiência física ou mental, comportamento difícil, anormalidades congênitas, dificuldades de aprendizagem, ser epilética, ou filho adotivo (5,16,17,18).

Além disso, incluem-se como fatores de risco, o ambiente familiar, quando o pai ou a mãe são jovens, solteiros ou há presença de conflitos conjugais, novos relacionamentos, desestruturação familiar, pobreza e desemprego do chefe da família (5,19).

No contexto do abandono familiar, a mãe que assume sozinha a família pode ter que se sujeitar a emprego com baixa renda, deixando os filhos sem supervisão. Estes podem se envolver em atos infracionais, uso de substâncias ilícitas e bebidas alcoólicas, promiscuidade e prostituição, delinquência, homicídios, além da criação de novas famílias, cujos membros ficarão com a educação e suporte emocional deficiente, perpetuando o problema, com a revitimização dos filhos (5,18).

Os efeitos nocivos promovidos pelos maus-tratos ficam na dependência do tipo da violência, severidade da mesma, frequência, sexo e idade da criança e/ou adolescente, além do grau de relacionamento entre a vítima e o agressor (20).

São comuns os problemas sociais, psicológicos, cognitivos e emocionais. A violência doméstica pode promover lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais, ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou estresse pós-traumático, impulsividade, agressão, delinquência, uso de substâncias químicas, comportamento sexual de risco, hiperatividade, alterações de conduta na escola e na comunidade, fobias, insônia e baixa autoestima (3,18,21,22,23).

Além disso, a disciplina baseada unicamente na punição corporal pode induzir a formação de adultos que se adaptam melhor a ocupações nas quais a obediência estrita é priorizada, no lugar da iniciativa e da criatividade, deixando-os despreparados para uma sociedade pós-industrial que requer indivíduos independentes, criativos e hábeis, e não somente pessoas a serem comandadas (10).

Os impactos dos maus-tratos físicos como espancamentos, podem ser orgânicos como as lesões abdominais, oculares, fratura do crânio, dos membros superiores e inferiores, queimaduras causadoras de invalidez permanente ou temporária ou a morte, além de prejuízo em seu crescimento; e psicológicos como sentimentos de raiva, agressividade, medo do agressor, dificuldades de aprendizagem na escola, perda de confiança nas pessoas, apatia; possibilidade de reproduzir o comportamento agressivo nas várias fases da vida (3,10).

Dentre as sequelas da violência sexual observa-se nas crianças e adolescentes um sentimento de culpa, baixa autoestima, podendo apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento físico-emocional, e vulnerabilidade a idéias e tentativas de suicídios. Muitas meninas saem de casa, quando o agressor é o pai ou o padrasto, passando a viver nas ruas, ficando expostas a agressões e delinquência. Podem ainda, sofrer doenças psicossomáticas e sexualmente transmissíveis (3).

Perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes

O tema abuso e negligência contra crianças e adolescentes, é um problema social que não se limita às áreas jurídicas, da saúde, educação, ou da assistência social, mas sim de toda uma sociedade, cujos profissionais e a comunidade devem estar aptos a identificar e a denunciá-los (3,24,25).

Alguns estudos internacionais, como os desenvolvidos nos Estados Unidos da América, revelaram acima de 900.000 vítimas anuais de maus-tratos infantis com mais de 1.400 mortes, no ano de 2006. Estimou-se gastos de 9 bilhões de dólares com os maus-tratos infantis naquele país (26,27). No entanto, somente uma fração destas crianças recebe os

serviços de atenção adequados (28). No mesmo país em 2007, 794.000 crianças foram abusadas e negligenciadas, e um grande número de casos apresentou violência física (10,8%). Estimou-se que 1.760 destas crianças foram a óbito (29). Estudo no Novo México identificou 45 mortes relacionadas a maus-tratos de crianças, em um período de seis anos. Cerca de 68,9% eram do sexo masculino, latino-americanos brancos (53,3%). Entre as causas de morte estavam os traumatismos (44,4%) e a síndrome do bebê sacudido (15,6%). Os agressores foram os pais em 80% dos casos, e a maioria das lesões resultantes em mortes (88,9%), ocorreram na residência da vítima (19).

No México, Ayala et al. (30), estudando 1.730 estudantes de 12 a 24 anos, quanto à violência doméstica sexual (2004-2005), encontrou uma prevalência de 4,7% de intenção de violência e 2,9% de violência sexual consumada. Tanto na intenção (11,85%) quanto na consumação do ato (12,02%), as mulheres foram as vítimas com maior prevalência. A média de idade foi de 12 anos para ambos os sexos (30).

Na Europa, estudo em Portugal avaliou 1000 pais quanto ao sofrimento de violência física e sexual na infância, encontrando prevalência de 73% para ambos os sexos, com 9,5% com sequelas/injúrias. A média de idade foi de 13 anos e a violência sexual foi observada em 2,6% da amostra, sem diferença de gênero ou idade (31).

No Brasil, a violência tem promovido o aumento da morbimortalidade na população e elevados custos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 2003, o Ministério da Saúde destinou R\$ 351 milhões para internações decorrentes de acidentes e violências (9). Em 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou que 20% das crianças brasileiras sofriam violência física (3).

A caracterização da violência contra crianças (0 a 9 anos de idade) no Brasil, registradas pelo Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes - VIVA (2006 a 2007), verificou que em 1.939 casos, 43,6% se referiram a violência sexual, 38% eram psicológico-moral, 33% negligência-abandono e a física ficou em última posição, com 28,5%. Quanto ao vínculo da vítima com o agressor, a mãe foi a principal responsável (24%), seguida do pai (19%), e amigos-conhecidos (14%) (32).

Considerando os adolescentes (10 a 19 anos), foram registrados 2.370 casos: 50% destas violências aconteceram dentro das residências, com prevalência de vítimas do sexo feminino (78%). Também, 56% dos casos eram de violência sexual, 50% psicológica-moral, 48% violência física, e negligência-abandono 13%. Entre os agressores, 21% eram desconhecidos, 20% amigos e/ou conhecidos e 12% o pai (32).

Há controvérsias na literatura quanto à prevalência de violência por sexo, dependendo do local onde é feito o estudo. Para a violência física, segundo Guerra (10), ambos os sexos são atingidos, com predominância na adolescência para as meninas, devido às restrições dos pais, com receio de sua sexualidade, e menor nos meninos, porque nesta idade estes podem superar os pais em força física, e um confronto poderia ser desvantajoso (10).

Os resultados do VIVA-Contínuo (2006 e 2007) demonstraram que os adolescentes do sexo masculino sofreram mais a violência física, enquanto que no sexo feminino foi mais prevalente a sexual (6). Em concordância, Carvalho et al., (33) em Salvador – BA, encontrou uma predominância significativa de violência física para o sexo masculino (52,30%) em relação ao feminino (47,70%).

Contrastando, Carvalho (34), avaliando 343 crianças e adolescentes de Fortaleza - CE observou uma prevalência para a violência física de vítimas do sexo feminino (68,5%), na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo o principal agressor o pai.

Para a violência sexual, os principais agressores, para ambos os sexos, geralmente são homens (14,33,35), companheiros das mães, pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança (14). Embora vitimize os dois sexos, a “mulher-criança” é a vítima mais prevalente (10,30,33,35), e quanto maior o número de pessoas residentes na mesma casa, maior o índice de violência sexual (35).

Conforme reportado, o agressor da violência doméstica pode ser tanto os pais biológicos (70%) ou mesmo padrastos, madrastas ou pais adotivos (30). Nos achados de Webber et al. (36) avaliando o uso de palmada e surras como método disciplinar em 472 crianças e adolescentes (8 e 16 anos) de Curitiba – PR., a mãe utilizou a violência física com maior frequência (86,1%), seguida pelo pai (58,6%) e parentes (30%). A justificativa para maior uso da punição corporal pela mãe, é que estas eram as responsáveis pela disciplina das crianças e adolescentes, além de algumas serem famílias monoparentais maternas (14,%).

A mesma pesquisa mostrou que 88,1% das crianças e adolescentes avaliados já haviam recebido algum tipo de punição corporal. Destas, 63,4% consideraram a palmada relevante para um bom comportamento e, 51,2% pretendiam bater em seus filhos no futuro, sugerindo uma tendência das crianças de seguirem o modelo de educação oferecido por seus pais ou responsáveis (36).

Estudo realizado com adolescentes de 14 anos de idade ou mais, em várias regiões do Brasil (2005/2006), verificou que dos 3.007 indivíduos entrevistados, 44,1% relataram histórico de violência física na infância (bater, bater com alguma coisa, queimar/escaldar, ameaçar/ usar faca ou arma) e 26,1% relataram exposição à violência parental (testemunhou ameaça e/ou agressão física parental), situações citadas como sendo comuns nos lares brasileiros. A punição física moderada foi observada em 33,8% casos, a grave e ou severa foi observada em 10,3%, promovida pelas mães e/ou maridos, parceiros (37).

Estudo descritivo avaliando negligência contra crianças de 0 a 12 anos de idade, registrada pelo Conselho Tutelar do município de Alfenas – Minas Gerais (1999-2001) observou uma frequência de 54,41% para a negligência à educação, alimentação, higiene e vestuário, medicação e abandono. A mãe foi o principal agente agressor com 86,49% (38).

Violência na família

Nas sociedades modernas, a família tem um papel socializador fundamental para a sobrevivência dos indivíduos, por meio da proteção e manutenção das suas necessidades (7), transmitindo-lhe valores éticos e humanitários, hábitos e costumes, que ajudarão a compor sua personalidade, vínculos de solidariedade, amor e confiança, além de influenciar o desenvolvimento da criança para a construção e dimensionamento dos seus limites, valores, educação, sentimento de pertencimento e significado (39).

O grupo familiar tem passado por diversas transformações ao longo das últimas décadas, famílias, de baixa renda, geralmente matrifocais, têm aumentado na sociedade brasileira. Segundo o censo de 2010, em 38,7% das famílias brasileiras a mãe era a líder (40), este modelo, geralmente associado à baixa renda, sobrecarrega ainda mais a figura feminina (41).

Considerando as possíveis violências que podem ocorrer no seio da família, destaca-se a doméstica, que submete a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor, ou deixam crianças e adolescentes sob o domínio dos adultos e não sob sua proteção (3). Assim, conflitos familiares são transformados em intolerância, abusos e opressão (3,15). Estes locais acabam se tornando inseguros ao desenvolvimento das crianças, desprovidos de qualquer forma de respeito e proteção (8). Apesar da família, conforme preconizado no artigo 4º da Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (42), ser almejada como um ambiente, onde deveriam ser efetivados os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, profissionalização, cultura, dignidade e respeito à criança e ao adolescente (8,42).

Das várias formas de manifestação da violência à criança e adolescente dentro do ambiente familiar, incluindo a agressão física, violência sexual, psicológica, negligência, abandono (3,5,15,10), não se sabe qual é a mais danosa (20).

A violência física caracteriza-se como todo ato violento, com uso da força física, para a produção de lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outra pessoa de forma intencional, não acidental. Ocorre em todos os segmentos da sociedade (5,10,14,43).

Também se refere às Síndromes de Munchausen ou da Criança Espancada (menores de 2 anos de idade), Síndrome da Criança Sacudida (lactentes menores de 6 meses) e a Síndrome de Munchausen por Procuração, cujo responsável pelos cuidados da criança simula ou cria sinais ou sintomas que caracterizem doença nos seus filhos (5,14).

A punição corporal é um método disciplinar que existe há milênios, está vinculada à disciplina. É transmitida às gerações como modelos a serem seguidos pelos pais na educação de seus filhos, sendo muitas vezes considerada pelas famílias como verdades inquestionáveis (36).

No Brasil, a cultura do bater para educar teve influência religiosa da época da colonização, introduzida pelos padres jesuítas, pois os índios não utilizavam castigos físicos como método de disciplina para seus filhos. Já as primeiras escolas brasileiras usavam este método para manutenção da ordem, que permaneceu como alternativa de educação até os nossos dias (8,37,44).

No entanto, em dezembro de 2011, a Comissão Especial da Câmara dos deputados – Brasil aprovou projeto de lei que proíbe os pais de aplicarem castigos físicos nos filhos, conhecida como “Lei da Palmada”. Este projeto altera o artigo 18º do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao citar que a criança e o adolescente têm direito à educação e cuidados, sem que seja utilizado o castigo corporal ou tratamento cruel ou degradante, como formas de corrigir, disciplinar, educar, tanto pelos pais, como pelos integrantes da família ampliada, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer outro indivíduo encarregado por cuidar, tratar ou protegê-la (45).

A pessoa que usa da violência física pode não percebê-la como tal, devido à sua difusão e aceitação social. Mesmo em meios intelectuais, o uso desta prática é considerado normal e rotineiro, além da cobrança feita pela sociedade a pais e familiares, por medidas punitivas à criança, devido a transgressões de normas de convivência vigentes (37,46,47). Este comportamento parental geralmente é utilizado quando os pais sentem raiva pelo comportamento da criança e não tem repertório para exercer autocontrole (36).

Uma punição leve é uma porta aberta para uma violência mais grave, se observando palmadas coexistindo com espancamentos (10,47). Entre os meios da aplicação encontra-se a palmada, a surra, punição corporal e o espancamento (36), ou ainda tapas, beliscões, chutes, arremessos de objetos (14).

Webber et al. (36), avaliando a reação da criança espancada, encontrou sentimentos de tristeza (55,9%), raiva (49,3%) e choro em 61,2% delas. Concluiu que os pais necessitam ter acesso a outras práticas educativas, eficazes com comprometimento e afeto, utilizando regras consistentes e lógicas, supervisão constante, modelos positivos, incentivo à autonomia da criança e fortalecimento de sua autoestima.

A instituição de leis que proíbem a violência física, associada a programas educativos intensos, estimulando o diálogo, parece ser uma estratégia importante para coibir a violência doméstica dentro da família (10).

A violência sexual, conhecida desde a antiguidade e bastante discutida na literatura (3,10,30,33,35), tem sofrido pouco impacto de estratégias de prevenção e amenização de suas sequelas, provavelmente devido às divergências culturais, legais e de protocolos (20). Nomeia o jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais, com o objetivo de estimular a vítima, ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, contra sua vontade, por meio da imposição de aliciamento, força física ou influência psicológica, por meio de ameaças, uso de armas ou drogas (3).

Pode caracterizar-se como assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, exploração sexual comercial, pedofilia e incesto, manipulação de genitália, mamas e ânus, ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas como o “voyeurismo” (prazer sexual por meio da observação), podendo evoluir de “carinhos especiais” até a morte (3,28,32,48,49).

A violência psicológica refere-se às ações que põe em risco, ou causam dano ao desenvolvimento da criança ou do adolescente (14). Manifesta-se em forma de agressões verbais (50) ou gestuais, visando aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo-lhe a liberdade, ou ainda isolá-la do convívio social (3). Também indica a rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada (48). Tem efeito devastador sobre a autoestima, principalmente quando não há o afeto dos pais ou responsáveis, podendo gerar personalidades vingativas, depressivas, com tentativas ou execução de suicídios (30).

Pesquisa comparativa com dois grupos de famílias violentas e não violentas, e seus filhos de 6 a 12 anos de idade, vítimas de violência psicológica por agressão verbal, concluiu que insultos frequentes crônicos, provenientes das mães de famílias violentas, geraram na criança/adolescente insegurança emocional (50).

A negligência, abandono e privação de cuidados, caracteriza-se pela ausência, omissão, recusa ou a deserção de atenção necessária a alguém que deveria receber atendimento e cuidados (3). É praticada por adultos, pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive instituições, ao deixarem de prover a atenção básica para o desenvolvimento físico, emocional, social, moral e espiritual desta faixa etária (48). A negligência, embora com alta prevalência, tem recebido pouca atenção, em contraste com o abuso físico (5). Este fenômeno deixa crianças e adolescentes expostos à desnutrição (oferta inadequada de alimentos), atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida como atropelamentos, queimaduras, ingestão de produtos de limpeza,

enfermidades frequentes, riscos de abusos sexuais, escabiose, pediculose (3,5), além de privação de medicamentos, falta de atenção à saúde e educação, descuido com a higiene, falta de estímulos, de proteção às condições climáticas (calor, frio) (48). O abandono e a privação de cuidados são as formas mais graves da negligência (3,15). Seu reconhecimento como forma de violência pode diferir nas diferentes classes sociais (8).

Em Curitiba, de acordo com os registros da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a Violência (RPCAV), as modalidades mais frequentes de negligência são as de proteção, saúde, educação e estrutural (15).

Na literatura (10), ainda são descritas a negligência afetiva ou emocional, que se caracteriza pela falta de suporte emocional, afetivo, atenção, responsabilidades para com a criança, além do desinteresse pelas suas necessidades e a não intervenção ao uso de álcool e drogas ilícitas, permissão ou encorajamento à delinquência.

A negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer também onde há recursos razoáveis para a família ou para o responsável (14). Saffioth (51), alerta que, embora os dados estatísticos de abandono material de crianças de famílias de classe média ou abastadas sejam pouco significativos, este é muitas vezes justificado pelos muitos compromissos de caráter social, ou atividades profissionais parentais, o que não os exclui do abandono afetivo de seus filhos.

Minayo (3) critica a mentalidade de criminalização dos pobres, sem a problematização política da miséria, quando se aponta como fator causal das crianças estarem vivendo, mendigando ou aprendendo a roubar e delinquir nas ruas, a exploração do trabalho infantil, além da exploração sexual, a miséria material e moral que é submetida grande parte da população do Brasil.

A importância do cuidado

Apesar da violência existir desde a Antiguidade, relatada em documentos históricos como a bíblia e livros greco-romanos, a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância passou a ser discutida e estudada pela área da saúde a partir da década de 1960 (10).

Um dos primeiros relatos de violência física contra crianças é de 1860, pelo médico francês Ambroise Tardieu, que apresentou 32 casos, com 18 mortes (metade das vítimas tinha menos de 5 anos), descrevendo as características das lesões e discordâncias das informações fornecidas pelos agressores (8,10).

Nos Estados Unidos da América do Norte, em 1874, Mary Ellen Wilson com 8 anos de idade, foi maltratada fisicamente e negligenciada pela madrasta. A criança foi encaminhada à Sociedade Norte Americana de Prevenção de Crueldade contra Animais, por não existir na época um órgão competente relativo à criança (8). Após, em 1946, Caffey citou casos de crianças com fraturas múltiplas nos ossos longos e hematomas subdurais, que chamou de Síndrome de Caffey. Em 1962, Silverman e Kempe estudando 749 casos desta síndrome com 78 mortes, denominaram-na de Síndrome da Criança Espancada, citando a frequência em crianças abaixo de 3 anos de idade, sequelas e a discordância entre o relato dos pais e os achados clínicos (8,10).

Com o passar do tempo, a ação dos organismos internacionais, fez com que a violência se tornasse pública. No Brasil, pediatras iniciaram estudos e diagnósticos da síndrome de criança maltratada (3). As primeiras denúncias de maus-tratos infantis são da década de 1970.

Porém, em meados de 1980, surgem os primeiros programas específicos para atendimento da violência contra crianças e adolescentes, por meio dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI) em São Paulo (1985) e São José do Rio Preto (1988), e a criação da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro em 1988 (1).

Ainda, em 1988, o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira assegurou proteção e garantia de direitos à criança e ao adolescente (10). Esta mobilização social culminou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, Lei Federal n. 8.069/90 (3,42), com o intuito de oferecer proteção e direito à vida a esta parcela da população, tendo como órgão responsável o Conselho Tutelar.

Considerando o ECA e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 16/05/01, a Portaria MS nº 1968 dispõe sobre a notificação compulsória às autoridades competentes, de casos de suspeita, ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (14,43,52)

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS (2002), conclamou os cientistas e profissionais da área da saúde, aliados a outros setores da sociedade, à intervenção e combate à violência, e não somente a lidar com suas consequências (2,12).

Considerando os fatores de proteção à violência, a literatura (16,30,53) cita como relevantes a atuação das redes de apoio social e o fortalecimento dos vínculos afetivos formados por locais/instituições e pessoas, atuando por meio de apoio emocional, moral ou financeiro, com foco no estímulo a autoestima e enfrentamento do problema.

O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências foi implantado e implementado no ano de 2005, pela Portaria nº 936 do Ministério da Saúde, formulando ações e a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, além da Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (3). Estes programas atuam com ações de atendimento integral, multiprofissional às crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual (35), tanto no diagnóstico do problema, como na promoção da assessoria aos gestores destas políticas públicas (3).

Em Curitiba – Paraná, no ano de 2000 foi implantada a RPCAV (15), permitindo a descentralização quanto à tomada de decisões, concretização das ações de forma dinâmica, possibilitando melhorias para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (48). O trabalho das Redes de Proteção têm sido um importante indicador de impacto positivo das propostas de proteção, promoção e intervenção para o enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde, por meio das práticas integradas em nível comunitário, com conscientização e mobilização social, voltadas à proteção e cuidados à criança e adolescente junto às famílias (48).

Em 2006 foi implantada em municípios brasileiros a Rede de Serviços Sentinela de Acidentes e Violências, proposto pela Portaria nº 1356 do Ministério da Saúde (3). Neste mesmo ano estruturou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, a fim de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no país, constituído pela vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-

Sentinela). Por meio destes dados, pretendia-se planejar ações preventivas a esses agravos e dar atenção integral às vítimas de acidentes e violências no território brasileiro (14).

Dando sequência a estas ações, foi lançada pelo governo a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência – Orientações para gestores e profissionais de saúde”, a fim de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente de atenção integral a esta faixa etária e suas famílias, caracterizada como um dos princípios do SUS (14).

Importância de estratégias de proteção familiar

Para Minayo (3), o pensamento comum é que violência seja pertinente ao outro. Cita que estudos psicanalíticos e filosóficos mostram que, para a construção da não violência, deve-se ter ação social e pessoal. Do ponto de vista social, é a capacidade da sociedade de incluir, ampliar e universalizar os direitos e deveres do cidadão. No âmbito pessoal, esta ação volta-se para a não violência, o reconhecimento da humanidade e cidadania do outro, ainda o desenvolvimento de valores de paz, convivência, tolerância, solidariedade, capacidade de negociação e solução das divergências por meio do diálogo e da discussão (3).

É reconhecida a importância da criação de estratégias intersetoriais de enfrentamento a este fenômeno e suas implicações. Dependendo das situações, há necessidade de ações coletivas de coesão das áreas da educação, justiça, serviços sociais, segurança pública, Ministério Público, Poder Legislativo, sempre com a adesão dos movimentos sociais, com o objetivo final da promoção da vida (3).

Para Brito et al. (1), o conhecimento das notificações obrigatórias nos municípios, por meio de ações federais e estaduais, tem sido instrumento fundamental para o conhecimento e visibilidade da extensão do fenômeno, permitindo melhoria na qualidade dos programas de intervenção.

Um destes programas, o Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) de São José do Rio Preto, através de psicólogos e assistentes sociais com o objetivo de fortalecer os laços afetivos familiares, a fim de melhorar as condições de cuidado dos adultos responsáveis pela criança, verificou que após a intervenção, a maioria das 50 famílias avaliadas citou ter interrompido (60%) ou diminuído (20%) a intensidade da violência doméstica. A visita domiciliar foi o método de acompanhamento que teve maior adesão por parte dos adultos da família, e para as crianças e adolescentes vitimizados, a forma que prevaleceu foi o acompanhamento psicoterápico (1).

De acordo com o Ministério da Saúde (14), a prevenção da violência contra a criança e o adolescente é possível, e as estratégias de prevenção devem ser iniciadas o quanto antes, a fim de aumentar as possibilidades de proteção dos membros familiares, interrompendo este ciclo de reprodução e transmissão da violência por meio das gerações. A identificação destas situações familiares, geradoras de vulnerabilidade às práticas violentas, pode favorecer uma atenção redobrada à família, para que ela possa lidar com suas adversidades e minimizar a instalação de violências (14).

O diagnóstico de maus-tratos tem como base o reconhecimento de indicadores físicos e comportamentais, comuns às crianças abusadas e negligenciadas (17).

A atuação do setor saúde é relevante na atuação preventiva de diagnóstico e denúncia das diferentes formas de violência praticadas ou sofridas por esse grupo, embora haja dificuldades dos profissionais na intervenção, seja por despreparo ou desconhecimento na

identificação, atendimento e encaminhamento das vítimas, ou na dificuldade da notificação dos casos confirmados, além da inabilidade em lidar com as famílias e os agressores (39).

No entanto, a notificação e assistência do profissional são direitos da criança e do adolescente, garantidas pela legislação brasileira no artigo 245º do ECA, onde se lê que o profissional da Saúde ou Educação deve, obrigatoriamente, comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, sob pena de multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (5,42).

Faz-se necessário, portanto, a familiarização dos profissionais quanto aos sinais de alerta que apontam para uma situação de risco à violência doméstica, evidenciando a necessidade do acompanhamento familiar, com medidas de prevenção e proteção precoces (15), a fim de despertá-los para a construção de vínculos e práticas necessárias ao convívio, como a solidariedade, respeito, cooperação, gentileza, carinho e amor, rompendo com o ciclo da violência (14).

Entre estes profissionais destaca-se o cirurgião-dentista, que muitas vezes é o primeiro da área da saúde a ter contato inicial com a criança ou adolescente, uma vez que um elevado percentual de lesões se localiza na região da cabeça e pescoço (33,53).

Os diversos tipos de violências também podem ser trabalhados preventivamente pelos profissionais da saúde e educação, principalmente com o apoio e acompanhamento às famílias, para a construção de novos métodos educativos às crianças e adolescentes e a orientação para a resignificação das relações familiares (14).

Como estratégias territoriais têm-se as organizações em redes e a mobilização da comunidade (Centros Comunitários) e pessoas (vizinhos, amigos, familiares), com o objetivo de fortalecimento comunitário, ainda a atribuição de mentores (orientadores) das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e atividades de recreação (14).

Outras ações incluem o afastamento de crianças e adolescentes de possíveis locais de venda de drogas, álcool, jogos e armas. Estudo com jovens no México, registrou que, nesta faixa etária, há um risco maior do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, com a adolescência se tornando um momento crítico para a implementação de medidas preventivas, por meio de estratégias conjuntas para pais e adolescentes (54).

Em casos de suspeita de vitimização doméstica, a população deve notificar o Conselho Tutelar que tomará as Medidas de Proteção, como o afastamento da vítima do ambiente hostil, através de hospitalização caso se faça necessária, ou do convívio do agressor, em casos de risco de morte, real ou simbólica. Assim, por meio da análise da gravidade do caso a vítima poderá permanecer com a família, ou ficará sob a guarda de um parente ou amigo, ou mesmo de uma instituição, enquanto é realizado o atendimento ao agressor (55).

Para o sucesso de cada uma das intervenções apontadas, é preciso compreender a complexidade da violência na família, em seus aspectos cultural, econômico e social, além, de fatores relacionais e educativos, capazes de modificar o contexto das relações afetivas familiares.

CONCLUSÕES

Com base na literatura revisada, explicita-se a necessidade de considerar a multicomplexidade e a relevância do impacto provocado pela violência na grande maioria das

vítimas, tanto na infância e adolescência, quanto na vida adulta, para a formulação de estratégias de prevenção e controle.

Nesta revisão sistemática, percebeu-se uma grande variedade de termos e tipologias de violência, por vezes sendo imprecisa sua delimitação, o que pode gerar confusão quando da classificação dos casos. Sugere-se a implantação de um protocolo nacional facilitando as notificações e classificações dos diversos tipos de maus-tratos.

Devido ao grande número de agravos decorrentes da violência doméstica, é imprescindível o estabelecimento de estratégias de intervenção para sua atenção e enfrentamento pelas diversas instâncias municipais, estaduais e federais (saúde, educação, assistência social e sociedade em geral) visando direcionar as ações, a fim de se obter maior êxito, por meio do monitoramento das famílias mais vulneráveis, estimulando-as ao diálogo com seus filhos, prestação de amor e carinho, conscientizando-as de seu papel social de proteção às crianças e adolescentes e manutenção de seus direitos, garantidos por lei por meio do ECA.

A ocorrência da violência na sociedade brasileira e seu impacto podem aflorar a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde, trazendo novos problemas para a atenção médica e evidenciando a necessidade de uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, que atenda as necessidades do cidadão. A atenção básica de saúde tem a possibilidade de detectar e atuar por meio da educação e informações sobre a violência doméstica.

Para a viabilização desta prática é fundamental a qualificação de equipes multidisciplinares treinadas, busca e uso de recursos externos multisetoriais, promovendo a integração de conhecimentos das diversas áreas envolvidas, a fim de que os direitos e cuidados com as crianças e adolescentes se cumpram, conforme o preconizado pelo ECA.

REFERÊNCIAS

1. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça R de CV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-9.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21- 42.
4. WHO - World report on child injury prevention. UNICEF. 2008. Acesso em: 07 out. 2009. Disponível em :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf
5. Cavalcanti AL. Abuso Infantil protocolo de atendimento odontológico. *RBO* 2001 Nov/Dez; 58(6): 378-340.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 154 p.
7. Baptista MN. Suporte familiar e violência. In: Romaro RA, Capitão CG. As faces da violência. São Paulo: Vetor; 2007. 69-100.
8. Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais da camada média e popular. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14: 38-46.
9. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2001; 1: 91-102.
10. Guerra VND de. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez Editora; 2008. 262 p.
11. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a violência e saúde: uma síntese. Genebra: WHO; 2002.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N.esp): 112-20.
13. Bringiotti MI. As famílias em “situação de risco” nos casos de violência familiar e maus-tratos infantil. *Texto contexto Enferm.* 2005; 14(Nesp), 38-46.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Versão preliminar. Brasília, DF; 2010. 91 p.
15. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência. 3ª ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008. 160 p.
16. De Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007 Abr/Jun; 23(2): 125-32.
17. Vargas NIT, Zago MMF. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2011 Dec 06]; 13(spe): 806-812. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700007>.
18. Cuevas CA, Finkelhor D, Clifford C, Ormrod RK, Turner HA. Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse Negl.* 2010 Apr; 34(4): 235-43.
19. Lee CK, Lathrop SL. Child abuse-related homicides in New Mexico: a 6-year retrospective review. *J. Forensic Sci.* 2010 Jan; 55(1): 100-3.
20. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006; 33(4):

21. Kayris SW, Johnson CF, and the American Academy of Pediatrics. The psychological maltreatment of children-technical report. Pediatrics. 2002; 109: 68-70.
22. Arcos EG, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica em la salud infantil. Rev. Med. 2003; 131(12): 325-38.
23. Moscatello R. A neurobiologia do abuso infantil. [acesso em: dez. 2003]. Disponível em: www.amputadosvencedores.com.br/a_neurobiologa_do_abuso.htm. Acesso em Dez. 2003.
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Proteção da criança: manual para parlamentares, n.7. Suíça: União Inter parlamentar; 2004. 105 p.
25. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Blancard FT, Araújo JR, Rodrigues PFS. Ocorrência de maus-tratos na cidade de Caruaru –PE. Pesq Bras Odontoped Clín Integr. 2006 Jan/Abr; 6(1): 65-70.
26. Finkelhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child victimization declined? Journal of Social Issues 2006; 62: 685-716.
27. Department of Health and Human Services (US). (2008). Administration for children and families, Administration on children, Youth and Families, Children's Bureau (2008). Child maltreatment 2006. Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System US. Washington, DC: Government Printing Office; 2008.
28. Shipman K, Taussig H. Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. Pediatr. Clin. North Am. 2009 Apr; 56(2): 417-28.
29. Department of Health and Human Services (US). Child maltreatment 2007. Washington, DC: Government Printing Office; 2009.
30. Ayala RC, Rivera LR, Llerenas AA, Cerón ED, Leigh BA, Ponce EL. Factors for sexual abuse during childhood and adolescence in students of Morelos, Mexico. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(3): 506-14.
31. Figueiredo B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R. History of childhood abuse in Portuguese parentes. Child Abuse & Neglect 2004; 28: 669-82.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 60 p. (Painel de Indicadores do SUS, 5).
33. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(2): 539-46.
34. Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2010. 247 p.
35. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito RS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificados em um Programa Sentinela. Acta Paul Enferm 2008; 21(4): 602-8.
36. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. Estudos de Psicol. 2004; 9(2): 227-37.

37. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinski I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11).
38. Terra FS, Santos LES dos. A violência doméstica e a criança. *REME – Rev. Min. Enf.* 2006 Jul/Set; 10(3): 271-76.
39. Cavalcante FG, Schenker M. Violência, família e sociedade. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 57-77.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [online]. 2011 [acesso em: 10 jan. 2012]. Disponível em:
http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
41. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e crítica* 2007; 20(3): 444-53.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. 2001a.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Diário Oficial da União* 2001b Maio 18; Seção 1e (96).
44. Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2009; 12 (3): 325-37.
45. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. 14 de dezembro de 2011. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>
46. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [periódico online]. 2008 [acesso em: 7 out. 2011]. 16(1). Disponível em: www.eerp.usp.br/riae.
47. Donoso MTV, Ricas J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. *Rev. Saúde Pública* 2009; 1(43): 78-84.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
49. Paluci VC, Fisher H. *Child Abuse and Neglect: a diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers*. London: Manson Publishing Ltda; 2011.
50. Moore TE, Pepler DJ. Wounding words: Maternal Verbal Aggression and Children's Adjustment. *Journal of Family Violence* 2006 Jan; 21(1): 89- 93.

51. Saffioti HIB. Exploração sexual de crianças. In: Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. 2 ed. São Paulo: Iglu; 2007. p. 49- 95.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde – Um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília, DF; 2002. Série A. (Normas e Manuais Técnicos, n. 167)
53. Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to Domestic Violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. Journal of Interpersonal Violence 2011; 26(1): 111-36.
54. Caballero MA, Ramos L, Gonzalez C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. Child Abuse Negl 2010 Aug; 34(8): 576-84.
55. Santoro M Jr. Vitimização física: a conduta médica. In: Azevedo MA, Guerra VN. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 2007. p. 115- 122.