Parte II — Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

8. Crianças e adolescentes em situação de violência

Ana Lúcia Ferreira
Ana Tereza Miranda Soares de Moura
Rosana Morgado
Simone Gryner
Viviane Manso Castello Branco

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FERREIRA, A.L., MOURA, A.T.M.S., MORGADO, R., GRYNER, S., and BRANCO, V.M.C. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 181-204. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0010>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

II | Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

8. Crianças e adolescentes em situação de violência

*Ana Lúcia Ferreira, Ana Tereza Miranda Soares de Moura,
Rosana Morgado, Simone Gryner e Viviane Manso Castelo Branco*

Este capítulo apresenta os diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes e pretende estimular a reflexão sobre as possibilidades de atuação do setor saúde. São apresentados cinco casos baseados em histórias e em experiências de profissionais da saúde em relação à violência contra crianças e adolescentes.

Os cinco casos têm como referencial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal n. 8.069/90 que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal, introduzindo a Doutrina da Proteção Integral, que assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 1990).

A Doutrina da Proteção Integral é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1959, que inaugura uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem seres humanos em desenvolvimento. O “menor” deixa de ser objeto de direitos e transforma-se em sujeito de direitos, tendo acesso irrestrito e privilegiado à justiça. A proteção deixa de ser obrigação exclusiva da família, e o Estado e a sociedade passam a ser igualmente responsáveis pela tutela dos direitos da criança e do adolescente (ROCHA; PEREIRA, 2003).

O ECA, no seu artigo 2º, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos; e adolescente, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos.

Leia um pouco mais sobre o ECA no Capítulo “Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral”, de Saulo de Castro Bezerra, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

Acesse o texto completo de "A cultura do terror", extraído de *O livro dos abraços*, de Eduardo Galeano (1991), no site: <http://www.analista.psc.br/a-cultura-do-terror/>

A cultura do terror

Eduardo Galeano

A extorsão,
o insulto,
a ameaça,
o cascudo,
a bofetada,
a surra,
o açoite, [...].

Fonte: Galeano (1991, p. 141).

A partir da discussão sobre os aspectos mais significativos de cada caso e os desafios para o enfrentamento das situações, propõe-se que o leitor construa, em parceria com os profissionais de seu serviço, a conduta mais adequada em relação aos casos.

Leia mais sobre o assunto no Capítulo "Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde", de Sanchez e Minayo, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

Vale ressaltar que a abordagem da violência contra a criança e o adolescente é uma tarefa desafiante. Não há um consenso em relação à maneira de abordar essa questão e cada caso requer uma avaliação específica e abrangente.

A criança e o adolescente pertencem a grupos etários especialmente vulneráveis aos desfechos negativos decorrentes da violência. Um olhar mais atento e ampliado dos profissionais que lidam com esses grupos etários poderá aumentar as chances de detecção de situações de risco, minimizando as consequências da violência.

Acesse o texto completo "Os ninguéns", extraído de *O livro dos abraços*, de Eduardo Galeano (1991), no site: <https://www.revistapazes.com/2200-2/>

Os ninguéns

Eduardo Galeano

"As pulgas sonham com comprar um cão, e os ninguéns com quem deixar a pobreza, que em algum dia mágico a sorte chova de repente, que chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca [...]" (GALEANO, 1991).

As marcas deixadas pela violência dependem da idade da criança ou do adolescente, da frequência com que ocorre, do tipo de abuso, da relação de proximidade que o indivíduo tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida.

Este capítulo trata do papel do profissional da saúde, principalmente em relação ao acolhimento, à escuta, ao atendimento e encaminhamento dos casos. O profissional, no entanto, deve pensar na promoção da saúde e na prevenção da violência.

Caso Marcela

Marcela tem 10 anos e chegou ao posto de saúde acompanhada por sua avó materna, que disse estar preocupada com as pequenas feridas nas pernas da neta, relatando que não era a primeira vez que notava esse problema. A médica que atendeu Marcela imediatamente suspeitou de impetigo (infecção bacteriana na pele). Durante a consulta, Marcela se mostrou retraída e por vezes arredia, tanto para responder às perguntas, como no próprio exame clínico, tentando evitar ao máximo o contato físico. A auxiliar de enfermagem percebeu outras marcas no corpo de Marcela quando foi aplicar a medicação prescrita e suspeitou da origem das lesões. Com discrição, mostrou-as à médica, alertando para a possibilidade de as lesões terem sido decorrentes de queimadura. A avó estava ansiosa para que a consulta terminasse logo e sempre respondia por Marcela às perguntas que lhe eram feitas. Ao fim da consulta, a médica apresentou o diagnóstico de impetigo, receitou os remédios adequados para o tratamento e marcou o retorno de Marcela para a semana seguinte.

Para refletir

Como você avalia a atitude da médica?

Com que outros profissionais a médica poderia contar para debater o caso atendido? Justifique.

O que você pensa sobre o comportamento da avó durante a consulta?

Que procedimentos a médica poderia utilizar para deixar Marcela mais confortável?

Que outros encaminhamentos a médica poderia realizar?

Você acha que ocorreu nesse caso algum tipo de violência?

Para aprofundar seus conhecimentos, leia os textos e acesse os sites indicados.

- **Prevenção da violência doméstica junto às famílias**

- livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Cláudia Araújo de Lima (2004) e publicado pelo Ministério da Saúde (2004).

- **Proteção de nossas crianças e adolescentes**

- Cartilha *Cuidar sem violência, todo mundo pode!* disponível em: <https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Cuidar-sem-violencia-todo-mundo-pode.pdf>
- www.promundo.org.br

- **Paternidade**

- <http://institutopapai.blogspot.com> – Instituto Papai
- www.saude.rj.gov.br – Movimento pela Valorização da Paternidade

- **Instituições que trabalham com o tema da proteção na infância e adolescência**

- <https://www.sbp.com.br/>
- <http://soperj.com.br/>
- <https://www.unicef.org/brazil/>

- **Profissionais da saúde e o atendimento à violência doméstica**

- Livro *A violência começa quando a palavra perde o valor*, coordenado por Flavia Franco, Paula Mancini C. M. Ribeiro e Simone Gryner (2004).

8.1 Texto para reflexão sobre o caso Marcela

Frequentemente, quando as crianças vítimas de violência doméstica são levadas aos serviços de saúde, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato.

A implantação de um novo modelo para a assistência social, o Sistema Único de Assistência Social (Suas), prevê a estruturação de uma rede de proteção social em seu nível especial, que atua contra a violação de direitos.

“É de pequenino que se torce o pepino”, “palmada de amor não dói”, “pé de galinha não mata pinto” são ditos populares que evidenciam o grau de legitimação social ainda conferido à prática, chamada por vezes de educativa, de abusar fisicamente de nossas crianças e jovens. De fato, entende-se que há permissão social para o comportamento violento. Mais que isso, há o incentivo para que a violência contra a infância se perpetue, já que os programas públicos de prevenção e atendimento são insuficientes; faltam programas de qualificação profissional para identificação do crime; falta estímulo ao cumprimento da lei que obriga a notificação; e o relato da vítima é frequentemente tratado com descrédito.

A violência doméstica manifesta-se no âmbito das relações familiares, o que coloca em xeque valores secularmente construídos em torno do significado dessa instituição social. A existência de um modelo ideal de referência – pai, mãe e filhos – nos papéis de provedores, cuidadores e protegidos oferece um quadro de naturalização da concepção e das relações existentes na família. Nessa direção, um caminho fecundo para a compreensão do fenômeno assenta-se na perspectiva de dessacralizar a instituição família e desnaturalizar as ações de violência, pressupostos ainda não enfrentados. Como profissionais que atuam nessa área, continuamos a reproduzir as máximas naturalizantes do papel da família e de como os seus membros estariam imunes a um processo de socialização em si violento.

É nessa ótica que se inscreve a necessidade de compreendermos o fenômeno da violência doméstica. Ao culpabilizar ou patologizar a família, estamos reduzindo um problema de ordem pública à esfera do individual, negando o quanto os sujeitos se constituem e são constituídos nas e pelas relações sociais. Diversos são os fatores que desencadeiam a violência doméstica: um deles é o abuso do mais forte sobre o mais fraco.

Nesse sentido, transcender a culpabilização de indivíduos identificados/tratados como “doentes” ou “anormais” evidencia-se como um dos caminhos para que o Estado seja compelido a assumir suas responsabilidades. A patologização dos fenômenos concorre para sua manutenção e inviabiliza proposições de ordem pública.

Percebe-se, ainda hoje, que as práticas educativas na sociedade contemporânea não deixaram de incorporar castigos e punições físicas,

evidenciando que as relações familiares comportam expressões contínuas e sistemáticas de violência.

Enquanto a violência continuar a figurar como forma de socialização e for aceita como disciplina, onde só seus excessos começam a chamar a atenção, e ainda, atribuída a pessoas com “doenças”, o Estado e a sociedade em geral continuarão a partilhar o pacto do silêncio sobre a violência doméstica contra a infância, atribuindo à família, caracterizada como disfuncional, desestruturada ou patológica, a responsabilidade exclusiva pela reprodução da violência.

Com a intenção de enfrentar esse problema, vários países têm implementado leis para estabelecer o direito de crianças e adolescentes de serem educados e cuidados sem violência. Em 2014, no Brasil, a Lei Menino Bernardo acrescentou três artigos ao ECA, garantindo a crianças e adolescentes o direito de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante, por quaisquer pessoas (familiares, educadores e outros), como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto.

A violência doméstica, como fenômeno social complexo, demanda uma intervenção com base na perspectiva interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar e interinstitucional deve se pautar em uma concepção clara sobre o significado de **proteção social**, na busca de superação da fragmentação das políticas sociais. Ele deve visar à construção de uma rede de proteção que otimize o oferecimento de serviços e favoreça a qualificação e a ampliação do atendimento. Podem assim ser destacados quatro campos fundamentais nesse processo de articulação: a saúde, a educação, a assistência e o jurídico.

O Conselho Tutelar (CT) é um dos mais criativos e importantes instrumentos de atuação e afirmação dos direitos da criança e do adolescente. Seu campo de atuação demanda uma interlocução constante com outros setores da sociedade que lidam com crianças e adolescentes. O trabalho conjunto constitui-se num dos principais desafios a ser enfrentado por esse órgão. O ECA, no artigo 131, o define como um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

A assistência social vive hoje um momento propício para o fortalecimento de ações integradas. O Sistema Único de Assistência Social prevê, no seu nível de proteção especial, a atuação diante da violação de direitos por meio dos Centros de Referência Especializada de Assistência

Para saber mais, leia:

- a Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014, conhecida como Lei Menino Bernardo, no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm. Se quiser saber o porquê do nome dessa lei, visite o site <http://naobataeduque.org.br/lei-menino-bernardo/>
- o Decreto n. 9.603, de 2018, que regulamenta a Lei n. 13.431 de 2017, e estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.
- a Lei n. 12.978, de 21 de maio de 2014, que torna a violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes como crime hediondo.

Proteção social são formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros.

Você pode ler mais sobre Conselho Tutelar. O ECA é uma importante fonte de informação e de consulta. Também busque saber mais no site: <http://www.portaldocoelhhotutelar.com.br>

Seguridade Social, segundo a Constituição de 1988, artigo 194, é um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Preconizava-se um orçamento único e com diversas fontes de financiamento para os componentes da saúde, assistência e previdência social. No entanto, hoje nota-se que “é crescente a cisão entre dispositivos ainda em vigor da Constituição Brasileira, a construção da Seguridade Social, onde previdência, saúde e assistência social constituem braços integrados e articulados de uma política social abrangente” (NORONHA; SOARES, 2001).

Se você quiser aprofundar as questões referentes à proteção social e assistência social, vá aos sites:

- <http://www.desenvolvimentosocial.gov.br/>
- <https://www.rio.rj.gov.br/web/smasdh>

Para saber mais sobre as ações do setor público e sobre o trabalho em rede, consulte:

- *Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil*, de Augediva Maria Jucá Pordeus, Maria de Nazaré de Oliveira Fraga e Thaís de Paula Pessoa Facó (2003).
- *Famílias: parceiras ou usuários eventuais?*, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves Assis e Helena O. Silva (2004).

Social (Creas), enfatizando a necessidade do fortalecimento da rede de proteção social em âmbito regional. No que se refere à temática da violência doméstica, destaca-se como diretriz o aprofundamento da articulação com os Conselhos dos Direitos e os Conselhos Tutelares.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de **Seguridade Social** não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Caso Valéria

Valéria tem dois anos e esteve internada na enfermaria de pediatria por cerca de 45 dias, para tratamento de queimaduras na face, no tronco e no membro superior direito. Na ocasião, seu irmão de sete anos estava sozinho em casa com ela e, ao acender o fogão para esquentar a comida, o barraco pegou fogo. Após a alta, ocorrida há quatro meses, Valéria já foi internada por mais duas vezes, com quadro de asma e pneumonia. Hoje, Valéria foi trazida à consulta porque não está se alimentando adequadamente e sua mãe observou que ela vem comendo terra. Está desnutrida e com escabiose (doença de pele contagiosa – sarna). Seu cartão de vacinas apresenta-se desatualizado.

Para refletir

Que parcerias seriam necessárias para a melhor condução do caso?

Qual a melhor abordagem que a equipe de saúde poderia adotar para alcançar um desfecho positivo para o caso?

Que cuidados devem ser tomados em relação à notificação compulsória do caso?

8.2 Texto para reflexão sobre o caso Valéria

Segundo o Ministério da Saúde, a violência contra a criança e o adolescente é um evento de notificação compulsória em todos os serviços de saúde da rede SUS. Os objetivos principais da notificação seriam garantir a abordagem dos casos nessas unidades de saúde, encaminhá-los aos CT e desenvolver parcerias entre as instituições envolvidas em cada situação detectada. Outros dois objetivos da notificação igualmente importantes seriam: a viabilização de um sistema de registro com informações mais fidedignas sobre a ocorrência do evento nos serviços e a

possibilidade de monitoramento do atendimento destinado às vítimas e suas famílias.

Para realizar a notificação das situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos, os profissionais dispõem de uma ficha de notificação compulsória, que possui um fluxo já estabelecido. A elaboração dessa ficha foi um processo lento e cuidadoso, representando um importante marco ao incorporar um instrumento oficial à abordagem das situações de maus-tratos. Dessa forma, a notificação envolve, além do direcionamento aos conselhos tutelares, um encaminhamento às secretarias de saúde locais. Também está previsto que uma cópia da ficha fique arquivada na unidade que deu origem à notificação.

Conforme disposto pelo Ministério da Saúde, o encaminhamento aos Conselhos Tutelares tem o objetivo de ampliar a rede de apoio oferecida às vítimas e suas famílias. Mesmo que as avaliações realizadas no âmbito da saúde sejam adequadas, outros desdobramentos se fazem necessários para que as vítimas possam receber a atenção devida.

A **negligência** é o tipo mais frequentemente identificado de maus-tratos contra a criança e está associada a elevados índices de **morbimortalidade**. Lembre-se de que a discussão sobre morbimortalidade é abordada no Capítulo 5 deste livro.

Considerada por alguns autores o tipo mais grave de violência, a negligência é capaz de interferir de forma devastadora nos parâmetros que integram o conceito amplo de saúde infantil. Trata-se de uma modalidade de difícil definição por envolver aspectos sociais e culturais, regionais e situacionais, que interferem no que pode ou não ser considerado negligência. Abarca uma enorme variedade de condições, que vão desde a oferta inadequada de alimentos até a falta de carinho. Os atos envolvendo esse tipo de violência caracterizam-se por negação, abandono, ausência e omissão, inexistindo vontade ou possibilidade de cuidar da criança.

Na literatura, observam-se algumas tentativas de inibir as várias modalidades de negligência em dois subtipos: psicológico e físico. No primeiro tipo, estariam contempladas as formas de negligência que abrangem as ausências de cuidado, suporte, reforço positivo, além da limitação de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento da criança. A negligência física seria caracterizada pela falta de moradia adequada, de segurança, limpeza, e pelo aporte inadequado de alimentos e vestimentas. Por fim, alguns autores sugerem outra modalidade, na qual as necessidades cognitivas da criança não seriam supridas adequadamente

Para ampliar seus conhecimentos sobre alguns temas, leia:

• **Sobre atendimento**

- *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*, da Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenado por Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer (2018). Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Crianças_e_Adolescentes_Vítimas_de_Violência-compressed.pdf

• **Sobre trabalho em rede**

- *Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica*, de Hebe Signorini Gonçalves, Ana L. Ferreira e Mario J.V. Marques (1999).

• **Sobre detecção de casos por profissionais da saúde**

- *Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? – a experiência de um serviço público no Rio de Janeiro*, de Anna Tereza M. S. de Moura e Michael E. Reichenheim (2005).

Para aprofundar as questões relativas à notificação compulsória leia o seguinte texto, que pode ser acessado no site indicado: “Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto”, de Ana Lúcia Donda Pires (2005), <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-23573>

devido à ausência de oportunidades no âmbito da educação. Essa é classificada como negligência educacional.

Uma questão a ser considerada é: quem seria o responsável por prover os cuidados necessários ao bem-estar da criança? Essa pergunta acaba por ampliar os possíveis perpetradores dessa modalidade de violência, já que frequentemente existem múltiplos atores envolvidos nos cuidados com a criança. A incapacidade dos membros de uma família ou comunidade em desenvolver relações positivas, vínculos e cuidados pode levar a importantes alterações no desenvolvimento emocional da criança.

Existem algumas dificuldades em abordar casos de negligência que estão relacionadas à avaliação dos aspectos sociais e econômicos da família. É importante analisar os recursos que cada família possui para prover as necessidades de suas crianças. Essa forma de abordar não se refere apenas aos aspectos financeiros da família, mas também às suas condições emocionais para criar vínculos entre seus membros. A precária inserção na sociedade, vizinhanças violentas e a baixa autoestima dos pais ou responsáveis são apenas algumas das dificuldades ou dos fatores que podem contribuir para o pouco cuidado.

Vale ressaltar que situações críticas, em que exista risco à vida, devem ser prontamente referidas ou encaminhadas. Nessas ocasiões, a internação hospitalar pode ser indicada por constituir o único local seguro para a criança, até que se resolvam as questões mais graves referentes ao cuidado da mesma.

A negligência é o tipo de maus-tratos mais frequentemente notificado pelos profissionais da saúde. Existem muitas dificuldades na abordagem de casos de negligência em unidades de saúde, diante da diversidade de recursos necessários à condução dos casos.

Em situações suspeitas ou confirmadas de negligência, cabe à equipe de saúde ampliar e humanizar seu olhar diante do problema. Mais ainda: aspectos culturais e sociais devem ser respeitados, evitando-se julgamentos preconceituosos. Frequentemente as equipes se deparam com situações em que são necessários recursos para além do âmbito da saúde, em que o trabalho em rede e em parceria torna-se fundamental para o controle das situações identificadas. Assim como outras formas de maus-tratos, a negligência tem muitas raízes. Necessita de profunda avaliação quanto a sua gravidade, cronicidade e frequência.

Para refletir

Na ausência de cuidados adequados dos familiares ou cuidadores, quem é o responsável por assegurar os direitos da criança?

Como identificar se estamos diante de um caso de negligência ou carência socioeconômica e cultural?

Como na maioria das vezes é a mãe que leva a criança à consulta, ela frequentemente é reconhecida como autora do ato de negligência identificado (a “agressora”). Qual o sentimento da equipe de saúde diante dessa maior culpabilização da mãe diante de tais situações?

Caso Rafael e Leandro

Rafael tem seis anos de idade. Ao voltar para casa com a mãe, após uma festa na casa de vizinhos, caminhava com dificuldade. Rafael dizia que estava “com dor no bumbum”. A mãe resolveu olhar o local da dor e verificou que a região em torno do ânus estava vermelha. Havia raias de sangue na cueca da criança. Ela levou Rafael ao serviço de saúde, onde a criança foi entrevistada e contou que um vizinho, Leandro, de 15 anos, havia tentado fazer sexo anal com ele. O médico verificou que havia fissura anal recente.

Para refletir

Esse tipo de contato ocorrido entre uma criança e um adolescente se configura como abuso sexual ou podemos considerar que houve apenas um jogo sexual entre eles?

A conduta do profissional da saúde, perguntando à própria criança o que aconteceu, é sempre indicada?

Como deve ser conduzido esse caso, em relação à criança e ao adolescente?

8.3 Texto para reflexão sobre o caso Rafael e Leandro

O abuso sexual tem sido mais frequentemente identificado em meninas, embora cada vez mais seja notificado esse tipo de violência em meninos. Se, por um lado, as vítimas do sexo masculino não revelam suas experiências (por negarem que elas tenham sido abusivas, por vergonha ou por medo das consequências negativas), por outro, os profissionais da saúde identificam menos o abuso sexual em homens, apesar de os efeitos se mostrarem semelhantes em ambos os sexos.

A entrevista é uma oportunidade não apenas de obter dados para orientar o exame físico, os exames complementares e outras medidas gerais, como também de estabelecer relação com os responsáveis e a criança. Toda a literatura é unânime em relação à importância da entrevista (anamnese), por ser ela, na maioria das vezes, o único dado positivo sobre a ocorrência do abuso sexual. Acrescenta-se a isso o fato de os dados colhidos por meio de uma entrevista profissional serem considerados, no processo legal, de maior peso que os relatos de familiares, por exemplo.

Propõe-se que o profissional prepare a família e a criança no início do atendimento, advertindo que a entrevista será em conjunto inicialmente e, em seguida, cada qual será atendido separadamente. Assim, sempre que o profissional perceber qualquer situação da qual a criança precise ser protegida, a sugestão de seu afastamento do ambiente transcorrerá de forma mais fácil e natural. A entrevista da vítima é importante para esclarecimento do abuso sexual e deve ser realizada caso o profissional considere que a criança está apta para o procedimento (inclusive emocionalmente). Antes de proceder à entrevista com a criança, deve-se conhecê-la, verificar seu nível de desenvolvimento cognitivo e identificar os nomes pelos quais conhece as partes de seu corpo. As perguntas devem ser abertas e tentar esclarecer as experiências vivenciadas de forma apropriada ao seu nível de desenvolvimento, evitando acusações a qualquer pessoa em particular.

Alguns tipos de violência sexual

- Abuso sexual doméstico ou intrafamiliar incestuoso
Quando existe um laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.
- Abuso sexual extrafamiliar
Geralmente o abusador é alguém em quem a vítima confia como educadores, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos. Há também casos de abusos por desconhecidos.
- Abuso sexual sem contato físico
Assédio, ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo, pornografia.
- Abuso sexual com contato físico
Carícias nos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral, penetração vaginal e anal.

- **Pedofilia**
Atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.
- **Exploração sexual comercial ou prostituição**
Relação sexual em troca de favores e dinheiro.
- **Pornografia**
Uso e exposição de imagens eróticas, partes do corpo ou práticas sexuais entre adultos e crianças, com outros adultos ou com animais, em revistas, livros, filmes, internet. Esse crime diz respeito a quem fotografa e a quem mostra as imagens.
- **Turismo sexual**
Caracterizado por excursões com fins velados ou explícitos de propiciar prazer e sexo a turistas.
- **Tráfico para fins de exploração sexual**
Envolve sedução, aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência, hospedagem para posterior atuação das vítimas.

Cerca de 20% dos casos de abuso sexual de crianças são praticados por adolescentes. O abuso sexual praticado por esses jovens pode representar uma expressão de agressividade, apontando para a necessidade de intervenção que identifique possíveis fatores que os levaram a condutas desse tipo. É comum, no entanto, que os pais do adolescente que cometeu o abuso tentem poupá-lo de responder por seus atos. Cabe ao profissional, então, conscientizá-los sobre a importância da responsabilização e do tratamento para que o adolescente, uma pessoa ainda em formação, tenha a possibilidade de aprender a assumir responsabilidades e de reverter atitudes danosas à saúde e à vida.

A abordagem terapêutica do abuso sexual contra a criança, em suas várias formas, é principalmente baseada na tentativa de combinar cuidados e proteção para a vítima com o tratamento para todo o grupo familiar no qual ocorreu o abuso.

Na maioria das vezes, as crianças não estão mentindo quando relatam participação em práticas sexuais.

Ações precipitadas por parte dos profissionais podem prejudicar todo o processo de esclarecimento e a condução das situações de abuso sexual.

Se você quiser aprofundar as questões relativas a abuso sexual, consulte a *Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres (2015). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

Caso Francileide

Francileide é uma adolescente de 15 anos que foi abusada sexualmente desde os nove, pelo pai. Algumas vezes, ela tentou falar com sua mãe, que não conseguia escutá-la e desconversava quando ela mencionava o assunto. Francileide foi encaminhada para tratamento psicoterapêutico por sua professora, que percebeu mudanças extremas em seu comportamento: falta de interesse e queda nas atividades escolares, retraimento e agressividade nos contatos com os colegas de classe.

Francileide só estabeleceu uma relação de confiança com o terapeuta depois de vários meses. Quando isso aconteceu, começou a falar dos seus sentimentos e dos comportamentos ambíguos que viveu. Em alguns momentos, falava com horror das situações de contato sexual com seu pai. Dos sentimentos de angústia e impotência, principalmente nas ocasiões em que pensava pedir ajuda, uma vez que a pessoa que mais a ajudava nas situações difíceis, a pessoa a quem normalmente ela recorria para ajudá-la, era o próprio pai. “Eu olhava pra ele e via que aquele a quem eu queria pedir ajuda era a pessoa que estava fazendo aquilo comigo”, dizia. Em outros momentos, dizia que muitas vezes, sem saber bem por que, era ela que se aproximava do pai, que se sentia a “escolhida”, a “preferida” e que chegava a colocar uma camisola provocante para chamar sua atenção. Mostrava ter muita vergonha dessa sua atitude e, no fundo, não entendia o que sentia.

Francileide falou inúmeras vezes de como desejava e, ao mesmo tempo, temia que essa situação fosse descoberta.

Para refletir

Quais os sentimentos da equipe após escutar o caso?

O fato de Francileide dizer que, em alguns momentos, provocava o contato com o pai traz que tipos de mudanças na forma de ver o caso?

Como deve ser a abordagem com Francileide? E com sua mãe? E com seu pai?

As instâncias da justiça, da saúde e da assistência devem estar presentes nesse caso? Para quem encaminhar e em qual momento?

8.4 Texto para reflexão sobre o caso Francileide

A violência sexual doméstica acontece de forma mais frequente dentro da própria família e raramente se manifesta num episódio isolado, único. Faz diferença tanto para a criança quanto para a família, a violência ter sido realizada por alguém a quem se atribuía certo tipo de confiança. Na maior parte das vezes, o autor é o próprio pai ou alguém que ocupa o lugar de uma referência paterna.

Frequentemente, a violência é somente uma das diversas formas de relação entre essas pessoas, o que significa que estão intensamente presentes sentimentos contraditórios de amor e ódio, respeito e desprezo, confiança e medo.

Faz diferença se a criança ou o adolescente viveu um ato isolado ou uma situação continuada, se o autor era alguém de referência deles ou não. Os cuidados que se seguiram após a revelação (se acreditaram, se protegeram, se desconsideraram) também influenciam, retroativamente, o que foi vivido na época do abuso. A gravidade subjetiva de uma situação de violência só pode ser aferida a partir das consequências que surgem. Uma situação aparentemente grave pode não ter consequências tão graves para determinada criança, e outra aparentemente menos grave pode ter efeitos de maior desorganização.

Sinais físicos e/ou psicológicos podem indicar que uma criança ou um adolescente estejam sendo abusados sexualmente. No entanto, é muito importante saber que não é apenas um sinal, mas um conjunto deles que pode apontar quando uma criança ou um adolescente não está bem. Mas esses sinais não revelam necessariamente que eles estejam sendo abusados. Uma adolescente que esteja sendo abusada pode passar a ter um comportamento agressivo ou retraído, mas sabe-se também que a irrupção dessa atitude não é incomum no período da adolescência. O profissional deve estar atento para não ser negligente, mas também é muito importante que os sinais não sejam precipitadamente transformados em certeza.

Toda criança e todo adolescente devem ser bem acolhidos quando chegam a um serviço de saúde. Uma situação de suspeita de violência sexual requer cuidados e traz consequências, independentemente de ter acontecido ou não. É necessário que a criança e o adolescente possam estabelecer uma relação mínima de confiança com o profissional para poderem falar sobre o que lhes aconteceu. A confiança que pode ser estabelecida de imediato muitas vezes também demora a acontecer, pois cada criança tem um tempo e um modo singular para poder falar

sobre o que viveu. O profissional não deve deixar que sua vontade de ajudar acabe atropelando o paciente, pois a forma como ele irá abordar a questão pode permitir ou impedir que a criança venha a falar sobre o que lhe aconteceu. Se ela se sentir forçada a falar, isso pode levá-la a se retrair. Também é importante que os pais sejam bem acolhidos, mesmo no caso de ele(s) ser(em) o(s) autor(es) da violência.

Sabemos que uma criança ou um adolescente pode viver em uma situação de violência doméstica durante um longo período sem conseguir pedir ajuda. Quando algum pedido é sinalizado, é muito importante que esse apelo seja escutado e tenha, como consequência, desdobramentos em cuidados ligados à saúde, à instância jurídica e/ou à educação.

No caso de Francileide, percebe-se que durante anos sua mãe não pôde ocupar, em relação à situação do abuso, um lugar de garantia de cuidados para com a filha. Dessa forma, torna-se necessária uma intervenção jurídica – para interromper a situação violenta e que introduza também a importância de a mãe e o pai virem a se responsabilizar juridicamente por seus atos; e uma intervenção no campo da saúde mental – que possibilite a construção de uma nova forma de funcionamento em que eles possam vir a ocupar suas funções de mãe e de pai.

Pode-se dizer que faz diferença um caso de violência doméstica chegar para atendimento tendo passado ou não por uma instância jurídica. Não é simples para o profissional da saúde perceber a melhor forma e o melhor momento de fazer uma notificação. Um profissional que se depara com a constatação ou suspeita de que uma criança ou um adolescente esteja sofrendo uma situação de violência, muitas vezes precisa de uma rede com a qual ele não conta de saída. É importante que isso não faça com que ele caia em uma situação de impotência – pensando que não há nada a fazer – ou de onipotência – como se ele pudesse resolver sozinho toda a situação.

Se, como foi dito, é importante que o profissional possa contar com uma rede de apoio – tanto para encaminhar para outras instâncias quanto para dividir as dificuldades em relação a sua intervenção –, a criança, o adolescente e seus familiares também podem necessitar de ajuda para sair de uma situação de isolamento, fato comum em casos de abuso sexual.

Como no caso de Francileide, é fundamental que o paciente possa encontrar um lugar de escuta, em que possa falar da ambiguidade de seus sentimentos – odiar, mas também amar o pai –; e do lugar que ocupou na situação de violência – sentir-se “vítima”, mas também “culpado”. O tratamento psicoterapêutico, se bem-sucedido, possibilitará que a criança ou

o adolescente possa se descolar desses lugares estanques de vítimas ou de culpados – ou seja, supervalorizar algum tipo de participação –, para que possa construir relações que não estejam necessariamente baseadas nessa polaridade que muito facilmente se coloca em uma situação de violência.

É também fundamental que o profissional possa ouvir aquele que cometeu uma violência. Para que esse sujeito possa estabelecer uma relação de confiança, podendo falar tanto do ato de violência quanto de seus medos, inseguranças e dificuldades, é necessário que o fato não seja reduzido ao ato violento cometido. É dessa forma que se dá ao autor da agressão a oportunidade de criar outros tipos de relações que não passem pela violência. Independentemente de um espaço de escuta, muitas vezes é necessário afastar, da criança e/ou do adolescente, o autor do ato violento. Isso vai depender de cada caso, principalmente da estrutura familiar em que a criança ou o adolescente esteja inserido. Existem situações extremas nas quais não há nem mesmo condição de a criança encontrar esporadicamente o autor. Em outras, o fato de aquela situação ter-se tornado pública possibilita mudanças na posição dos envolvidos, podendo ocasionar o resgate de uma relação de confiança e afeto.

Para refletir

Considerando a ausência de uma rede de apoio, que possibilidades você teria, como profissional, para atuar nesse caso?

E as possibilidades de abordagem no seu serviço?

Como você e seu serviço poderiam estabelecer comunicação com outras instituições para trabalharem o atendimento em rede?

- Poucos serviços de atenção a vítimas de violência atendem familiares agressores, especialmente, quando são homens e estão envolvidos em abuso sexual.
- Separar o autor da agressão do convívio familiar pode contribuir para uma rotulação desse sujeito, fazendo-o crer que falhou irreversivelmente no seu papel de cuidador. O estigma de “agressor” pode se transformar num desígnio a ser cumprido, num comportamento que será reproduzido em atos futuros.
- A responsabilização judicial desse indivíduo pela violência praticada interrompe a “licença para maltratar”. Entretanto, sem o efetivo acompanhamento terapêutico, essa ação não será (re)significada, ficando apenas no âmbito da punição legal.

Para saber mais sobre o tema crianças e adolescentes vítimas de violência, leia:

- *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica contra crianças e adolescentes*, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves de Assis e Helena O. Silva (2004).
- *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*, do Ministério da Saúde (2002).
- *Ficha de notificação/ investigação individual (violência doméstica, sexual e/ou outras violências)*, do Ministério da Saúde (2006). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/combate_violencia/ficha/ficha_notificacao_violencia_domestica_sexual_interpessoal_ms_2010.pdf
- *Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência*, escrito por Milica Satake Noguchi, Simone Gonçalves de Assis e Nilton Cesar dos Santos (2004).

Notificar significa iniciar um processo cujo objetivo principal é o de interromper a violência no âmbito da família (BRASIL, 2002). Essa notificação, no entanto, não é e nem vale como denúncia policial. Ela indica que o profissional da saúde está dizendo ao Conselho Tutelar: “esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!” A notificação não deve ser vista como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. É importante que o profissional da saúde acompanhe o trabalho do Conselho Tutelar, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos (NOGUCHI; ASSIS; SANTOS, 2004).

- Para a maioria da sociedade, a responsabilização judicial do autor da violência significa apenas fazer com que ele “pague” por seus atos, deixando de lado qualquer visão mais ampla e compreensiva sobre a atenção a esse indivíduo.
- Atualmente, todo profissional que atua no campo da saúde, da educação e/ou da justiça, se estiver atento, vai se deparar com situações de violência em seu cotidiano de trabalho.
- Em um caso de abuso sexual, a violência psicológica habitualmente está presente. Mas nem sempre isso ocorre: um bebê violentado, por exemplo, pode nem se dar conta do que aconteceu. É importante distinguir o trauma emocional que ocorre após a maioria dos abusos sexuais (muitas vezes decorrente de reações dos próprios familiares) do abuso psicológico concomitante ao abuso sexual (por meio de ameaças, segredos, pressões etc.). Ambas as situações devem ser alvo da atenção dos profissionais da saúde.
- Se a **notificação** não perder o seu caráter de proteção, ela será realizada de forma mais precisa pelos profissionais e será mais bem acolhida pelos envolvidos na situação de violência.

Caso Dayvson

Dayvson, 14 anos, negro, cursando a 6ª série, foi ao posto de saúde levado pela mãe, que reclamava do fato de ele andar triste, isolado, sempre trancado no quarto. Relatou que sempre foi bom aluno, mas, no último ano, começou a ter dor de barriga diariamente antes de ir para a escola, passando a chegar atrasado e a faltar – quase repetiu o ano. Durante a consulta com o clínico, Dayvson falou pouco, mas ao ser perguntado pelo Dr. João sobre o problema da acne, o adolescente se abriu, mostrando-se preocupado, perguntando ao médico se existe um tratamento para esse problema. Sem mais demora, Dr. João conclui o exame físico sem observar outras anormalidades, solicitou o exame parasitológico de fezes (EPF) e encaminhou Dayvson ao dermatologista.

Para refletir

Como você avalia o atendimento prestado a Dayvson? Que outras questões poderiam ter sido investigadas durante a consulta?

Dayvson volta à consulta

Dayvson voltou à consulta um mês depois, acompanhado da mãe, com o resultado do EPF: negativo. A consulta na dermatologia estava marcada para dali a dois meses. Enquanto esperava a consulta, foi convidado a participar de um grupo na sala de espera, onde uma assistente social falava sobre os serviços da unidade, tirava dúvidas e convidava as pessoas a participarem dos grupos de reflexão.

Chegado o dia da consulta, foi então recebido pela Dra. Clara, que pediu gentilmente à mãe para esperar do lado de fora, de modo que ela pudesse conversar melhor com Dayvson. Incentivou o rapaz a falar sobre sua vida, sua relação com a família, a escola e os amigos, sobre seus desejos e como se percebia como pessoa. Dayvson revelou sentir-se feio, dizendo ter poucos amigos e que foi apelidado, na escola, de “pé-de-moleque”, o que chama atenção para o seu problema de pele e o deixa muito infeliz, a ponto de não querer ir às aulas. Vive passando pomadas, mas, como não melhora, os colegas ficam “zoando”. Diz ter vontade de se aproximar das meninas, mas fica sem coragem.

Para saber mais sobre raça/etnia, consulte os textos:

- *Onde você guarda seu racismo?*, de Maurício Santoro (2004). Disponível em: <https://pt.slideshare.net/guest7e113/onde-voce-guarda-o-seu-racismo-mauricio-santoro>
- *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*, de Fátima Oliveira (2002). Disponível em: www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=68
- *Discriminação racial nas escolas: entre a lei e as práticas sociais*, de Hédio Silva Junior (2002). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Discriminacao_racial.pdf

Para refletir

Que fatores estão causando a solidão de Dayvson?

Qual a diferença na abordagem do caso pela doutora Clara e pelo doutor João?

Que ações a equipe de saúde e a escola podem desenvolver em relação a esse caso?

8.5 Texto para reflexão sobre o caso Dayvson

8.5.1 Violência entre estudantes – *bullying*

A violência entre estudantes, também chamada de *bullying*, é motivo de grande preocupação quando acontece de forma repetida e envolve desequilíbrio de poder. Embora gere grande angústia para as vítimas, essa situação costuma ser pouco valorizada pelos adultos, que muitas vezes só se mobilizam quando as consequências são trágicas. É um problema mundial, que perpassa todas as classes sociais, e acontece em praticamente todas as escolas. Os meninos têm maior chance de se envolver do que as meninas.

Para saber mais sobre atividades de grupo e protagonismo juvenil, leia:

- *Saúde do adolescente: adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação*, do Ministério da Saúde (2000). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_adolescentes.pdf
- *Protagonismo juvenil: caderno de atividades*, do Ministério da Saúde, em 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protagonismo_juvenil.pdf

Torna-se importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente, pois o *bullying* pode comprometer o futuro de todos os envolvidos, sejam eles autores, alvos ou testemunhas.

O *bullying* se expressa de diferentes maneiras: implicar, colocar apelidos, excluir do grupo, intimidar, assediar, humilhar, difamar, agredir fisicamente são algumas das formas. Alguns sinais podem indicar que a criança ou o adolescente está sendo alvo de *bullying*: aparecer em casa com as roupas rasgadas, com feridas sem explicação, não querer ir para a escola ou participar de atividades com os colegas, chegar da escola triste ou de mau humor. Os alvos do *bullying* são pessoas inseguras, com pouca habilidade para fazer cessar a violência. Sua baixa autoestima é agravada pelas críticas que recebe e pela indiferença dos adultos. Têm maiores chances de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e ideias suicidas.

Alguns fatores comumente estão associados aos agressores: impulsividade, dificuldade de seguir regras e de lidar com a frustração, pouca empatia. Frequentemente pertencem a famílias com pouca afetividade, onde se usa a violência como solução de conflitos. Os autores de agressão têm maior chance de repetir o ano ou sair da escola, de fumar, beber, se envolver em conflitos ou delinquência. E as testemunhas também sofrem com o ambiente de violência, demonstram insegurança sobre o que fazer e têm medo de se tornar a próxima vítima.

Para lidar com os alvos de *bullying*, a primeira providência é sempre valorizar a queixa e o sofrimento, demonstrando desejo de ajudar. O atendimento, sempre que possível, deve envolver a criança ou o adolescente, a família e a comunidade escolar. É fundamental que a escola promova discussões sobre o fenômeno, tornando os professores mais atentos e buscando estratégias para melhorar o relacionamento entre os alunos. Os autores de agressão, assim como os alvos, também merecem especial atenção.

Para refletir

Você já vivenciou ou tomou conhecimento de algum caso de *bullying*?
Que encaminhamentos foram dados ao caso?

8.5.2 O atendimento do adolescente

A consulta com o adolescente deve possibilitar um momento de privacidade, de maneira a favorecer a expressão de sentimentos. O adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. Isso só deve ser rompido nas situações previstas por lei (notificação de situações de maus-tratos ao Conselho Tutelar) ou de risco à vida.

A entrevista precisa respeitar a singularidade de cada jovem, evitando formatos rígidos. Para que se possa conhecer o adolescente na sua integralidade é fundamental criar um ambiente acolhedor, no qual o jovem se sinta à vontade para falar sobre sua vida, seus sonhos, seus projetos para o futuro, sua relação com a família, com amigos, sobre escola, trabalho e lazer. É importante que o profissional deixe claro para o jovem a sua disponibilidade em escutá-lo, sem fazer julgamentos.

Ao final da consulta, deve-se combinar com o jovem o que será dito pelo médico aos seus responsáveis, para não romper o vínculo de confiança. É interessante que a família seja envolvida e que o atendimento contribua para facilitar o diálogo entre seus membros.

O atendimento em grupo é uma excelente estratégia para desenvolver habilidades e favorecer a expressão de sentimentos, a socialização de informações e a formação de redes afetivas. É interessante fazer uso de metodologias participativas que permitam a convivência com diferentes opiniões e o respeito às diferenças, contribuindo para a equidade nas relações étnico-raciais e de gênero, bem como para a prevenção da homofobia.

Mais informação sobre prevenção da violência junto aos rapazes você encontra em:

- *Da violência para a convivência*, do Instituto Promundo (2001). Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12632071/da-violencia-para-a-convivencia-promundo>

Para saber mais sobre organização de serviços para adolescentes, leia o documento:

- *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*, do Ministério da Saúde (2007), no site: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf

8.6 Recomendações gerais sobre a violência contra a criança e o adolescente

- A violência doméstica é um fenômeno social complexo que precisa ser enfrentado por diferentes instituições sociais, de forma articulada. É importante que se desenvolvam parcerias e contatos com outras instituições para melhor acolhimento e condução dos casos de violência familiar contra a criança e o adolescente.
- Os casos de violência contra a criança necessitam de uma avaliação ampliada, com participação de várias categorias profissionais.
- O profissional da saúde deve priorizar a assistência à criança e à sua família, e às medidas de proteção.

- Os profissionais precisam estar sensibilizados e capacitados para reconhecer e abordar de forma empática as situações de negligência detectadas.
- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente sejam notificados ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente da localidade (BRASIL, 2003).
- É necessária uma discussão ampla sobre os desfechos positivos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas que podem acabar por afastar a família.

8.7 Referências

BARKER, G. (coord.). *Esfria a cabeça, rapaz!:* uma cartilha para rapazes sobre a violência contra mulheres. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2003.

BRANCO, V. M. C. *Notificação dos maus-tratos:* uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: SMS, 2006.

BRASIL. *Decreto n. 9.603, de 10 de dezembro de 2018.* Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União:* seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 12.978, de 21 de maio de 2014. Altera o nome jurídico do art. 218-B do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal; e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. *Diário Oficial da União:* seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2014a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12978.htm. Acesso em: 8 out. 2014.

BRASIL. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União:* seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente.* 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas para tratamento de violência sexual de mulheres e adolescentes.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protagonismo juvenil:* caderno de atividades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente:* adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens:* orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e manuais técnicos, 167).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c. (Série A. Normas e manuais técnicos. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 6).

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Claves: UNICEF, 2004.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento.

FRANCO, F.; RIBEIRO, P. M. C. M.; GRYNER, S. A. (org.). *A violência começa quando a palavra perde o valor*. Rio de Janeiro: NAV, 2004.

GALEANO, E. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM, 1991.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

INSTITUTO PROMUNDO. *Da violência para a convivência*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2001. (Trabalhando com homens jovens, 3). Disponível em: <http://www.promundo.org.br/Downloads/PDF/DaViolenciaparaConvivencia.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2007.

LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?: a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 963-973, 2004.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília, DF: OPAS, 2002.

PIRES, A. L. D. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. *BEPA*, São Paulo, v. 2, n. 24, 2005.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, A. M. J.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1201-1204, 2003.

ROCHA, E. G.; PEREIRA, J. F. Descentralização participativa e a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente. *Revista da UFG*, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>. Acesso em: 24 nov. 2008.

SAFFIOTTI, H.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTORO, M. Onde você guarda seu racismo? *Revista Democracia Viva*, Rio de Janeiro, n. 4, 2004.

SILVA JÚNIOR, H. *Discriminação racial nas escolas: entre a lei e as práticas sociais*. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SPOSATI, A. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 77, p. 30-53, 2004.

SPOSATI, A. *A menina LOAS: um processo de construção da assistência social*. São Paulo: Cortez, 2004.

YAZBEK, M. C. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 77, 2004.

VASCONCELOS, E.; MORGADO, R. *Subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência*. Rio de Janeiro: SUAS/ Programa de Atendimento Integral à Família: PAIF: Secretaria da Família e da Assistência Social, 2005.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; PFEIFFER, Luci. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. Brasília, DF: Sociedade de Pediatria de São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Crianças_e_Adolescentes_Vítimas_de_Violencia-compressed.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.