

ARTIGO REFLEXÃO

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM PONTO DE VISTA DA SAÚDE

*Judith Sena da Silva Santana¹**Climene Laura de Camargo²***Resumo**

Este artigo busca, através de preceitos teóricos, trazer a discussão sobre violência para o campo da saúde como estratégia para informar, sensibilizar e co-responsabilizar os profissionais dessa área para a prevenção e atendimento adequado às crianças e adolescentes vitimizados. Tem como objetivos: contribuir para a reflexão sobre as características da adolescência, sua vulnerabilidade e fatores de risco para a violência; caracterizar os diversos tipos de violência cometidos contra crianças e adolescentes, ampliando a visão do fenômeno; e sinalizar formas de atuação para ruptura do ciclo de reprodução da violência contra crianças e adolescentes.

Descritores: Maus tratos; criança; adolescente; violência; Enfermagem pediátrica.

Abstract**VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: A HEALTH POINT OF VIEW**

This article, through theory perceptions, brings the discussion about violence into the health field as a strategic to inform, to become sensible, to make the professionals co-responsible to this area to the prevention and appropriate facility to children and adolescents that are victims of violence. This paper has a purpose to contribute to the reflexion about the characteristics of adolescents, its vulnerability and the risk factors to the violence; to characterize the different kinds of violence committed against children and adolescents, enlarging the phenomenon vision; to signal the forms of acting to break up the reproduction cycle of violence against children and adolescents.

Keywords: Child abuse; children and adolescents; violence; pediatric nursing.

1 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (NIEVS) da UEFS.

2 Doutora pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (USP); Pesquisadora do Grupo Crescer/UFBA.

Resumen

VIOLENCIA CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

Este artículo busca, a través de preceptos teóricos, traer la discusión sobre violencia para el campo de la salud como estrategia para informar, sensibilizar y coresponsabilizar los profesionales de esa área para la prevención y atendimento adecuado a los niños y adolescentes victimados. Tiene como objetivos: contribuir para la reflexión sobre las características de la adolescencia, su vulnerabilidad y factores de riesgo para la violencia; caracterizar los diversos tipos de violencia cometidos contra niños y los adolescentes, ampliando la visión del fenómeno; y señalar formas de actuación para ruptura del ciclo de reproducción de la violencia contra niños y adolescentes.

Descriptor: Malos tratos; niños; adolescentes; violencia; enfermería pediátrica.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno multicausal que vem atingindo, indistintamente, todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias, na qual os indivíduos ora se apresentam como vítimas, ora como agressores. Possui diversas formas de expressão determinadas pela cultura, conceitos e valores utilizados por um povo. Consubstancializa-se nos atos com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja, intelectual, físico, econômico, político ou social. Atinge de forma mais hostil os seres mais indefesos da sociedade como mulheres, crianças e adolescentes, sem contudo poupar os demais.

A violência vem sendo alvo de estudos e preocupação da maioria dos profissionais e segmentos da sociedade, em decorrência do clima de insegurança causado em todas as esferas sociais, mas também pelo custo que vem representando para todos. Nos Estados Unidos, têm-se gasto em torno de 10 bilhões/ano com a violência; no Canadá, – 1,6 bilhões; um a cada cinco dias de trabalho perdidos entre as mulheres americanas tem a violência como causa. Na América Latina, investe-se 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB); e no Brasil, cerca de 10,5% do PIB (CUSTO..., 1998).

Todo esse investimento e o aparato militar disponível não tem sido suficiente para frear o ritmo com que a violência avança entre as populações e as estratégias utilizadas para o seu enfrentamento não têm dado conta da sua complexidade. A sua conexão com a área da saúde explica-se por esta se constituir no grande desaguadouro de suas consequências.

Há que se avançar na compreensão desse fenômeno que desafia a ciência, ceifa potenciais ainda jovens e se constitui a segunda causa de morte no país, além de produzir estresse, fobias, marcas e traumas que matam silenciosamente (PHEBO, 1996).

As causas externas (acidentes, homicídio, suicídio) têm se apresentado como as principais causas de óbitos entre adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. “Os homicídios e as lesões por acidentes de trânsito ocasiona, em conjunto, 63% das mortes devidas a causas externas”. (OPAS/OMS, 1998, p. 22)

Segundo Freud, a essência humana possui, normalmente, duas forças que convergem, uma para o bem, outra para o mal. O uso desses impulsos, todavia, se dará na proporção dos tipos de oportunidades que o contexto de vida disponha para o indivíduo. Se possui os instrumentos e motivação para desenvolver ações positivas, muito provavelmente, as realizará, reduzindo as chances de práticas nocivas para si e para o outro.

Segundo Ravazzola (1998), as sociedades onde as diferenças entre as pessoas ganham conotação de hierarquia se constituem campo fértil para a prática da violência. Na sociedade contemporânea, o homem ainda é considerado superior a mulher, o rico, superior ao pobre, o de pele clara melhor que o de pele escura e assim sucessivamente, aumentando a probabilidade ou risco para os desentendimentos e a violência.

Desse modo, podemos afirmar que pessoas ou grupos de pessoas possuem graus de risco diferenciados para a prática da violência, na dependência da cultura, do sexo, idade, raça, entre outras peculiaridades inerentes a cada

ser ou fase da vida. *Crianças e adolescentes, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são vítimas frequentes da violência* (EINSENSTEIN, SOUZA, 1993, p. 95).

Embora todos apresentem algum grau de vulnerabilidade, o adolescente, pelas características inerentes ao próprio processo de adolecer, deve suscitar maior atenção e compreensão.

Não obstante essa fase apresentar-se de modo diferente para cada indivíduo, em geral o adolescente experiencia uma crise de identidade, afasta-se progressivamente da família passando a ter como referência o grupo de amigos, elabora lutos pela perda do corpo infantil e dos pais da infância, evolução sexual manifesta, assume uma atitude social reivindicatória, apresenta sucessivas contradições nas manifestações de conduta e constante flutuação no humor e estado de ânimo.

Apesar das características universais, não se pode pensar a vulnerabilidade do adolescente a partir de um referencial único, uma vez que esta pode ser determinada por aspectos inerentes a cada sujeito e pelas condições presentes no contexto social, econômico e político onde se insere. Assim, ao considerar a vulnerabilidade dos indivíduos, temos que questionar quem são, onde estão, o que fazem, quais as condições de vida, com quais possibilidades contam e o que pensamos sobre eles.

Isso nos remete a entender que existem adolescentes nas mais variadas condições de vida e expostos aos mais variados graus de risco, entre eles o de serem vítimas ou mesmo de praticar a violência. O adolescente, que possui a proteção da família, da comunidade e do Estado, tem suas necessidades materiais, afetivas e espirituais supridas e conta com modelos socialmente aceitáveis, apresenta uma probabilidade menor para a prática da violência. Ao contrário, daqueles que não as possuem. Somando-se o não suprimento de tais necessidades com as dificuldades peculiares da fase de desenvolvimento, poderá, em alguns casos, se constituir um problema para a sociedade.

Segundo May (1981), diante de uma ameaça de violência, o corpo pode reagir com uma explosão de impulso para destruir o que é interpretado como uma barreira ao amor próprio, ao movimento e ao crescimento. Essa explosão é acompanhada de uma sensação de poder concedida por mudanças fisiológicas que ocorrem no

organismo do indivíduo ameaçado, como o aumento da adrenalina na circulação sanguínea, que eleva os níveis da pressão sanguínea, dando mais força aos músculos e aumentando as batidas cardíacas. Essa reação orgânica leva o indivíduo ao enfrentamento, à fuga ou à resposta protelada.

Enfrentar, fugir ou adiar a resposta dependem, em geral, da situação ameaçadora, das condições do meio e da interpretação que o indivíduo faz do acontecido, que por sua vez sofre influência da sua experiência de vida, de seus valores e conceitos e de seu estado de humor, entre outros aspectos que podem intervir nesse momento.

Diante disso, não se deve tratar a violência apenas como um caso de polícia ou crime que foi cometido e que se insere no contexto jurídico. É necessário ampliar a visão a seu respeito e as ações para sua prevenção e enfrentamento, instituindo uma rede multiprofissional, intersectorial e interinstitucional que agregue os diversos setores da sociedade e do poder público. Nessa ação é imprescindível valorizar tanto as vítimas quanto seus agressores, considerando-os em seus potenciais e o fato de estarem desenvolvendo papéis transitórios. Quem é agressor hoje, pode se tornar vítima amanhã.

Segundo alguns autores (BOULDING, 1981, MINAYO e ASSIS, 1993), a violência pode ser classificada em: 1) **estrutural** – aquela que advém da conduta política do Estado e seus governantes ao privilegiar alguns grupos em detrimento de outros, determinando as desigualdades e produzindo a exclusão; 2) **cultural** – impressa na cultura de um povo, seus preconceitos e valores (racismo, machismo, religião, entre outros); 3) de **resistência** – manifestada pelos grupos oprimidos e subjugados como resposta à violência estrutural e cultural sofridas (os negros, os sem terra, os homossexuais etc); e 4) de **delinqüência** – expressa nas formas mais visíveis ao senso comum, como o crime contra o patrimônio, o roubo, assalto, entre outros.

A violência ocorre nas escolas, nas instituições, nos locais de trabalho, mas acontece principalmente nos lares onde a relação de poder e hierarquia entre os adultos e as crianças e adolescentes é muito forte, sendo que aí leva a denominação de violência doméstica. A seguir, sinalizamos os tipos mais comuns e seus sinais clínicos:

1) Abuso físico – toda e qualquer ação não acidental, única ou repetida, que produz dano físico ou lesão corporal, através de castigo, surras, açoites etc.. Ao atendimento de saúde, deve-se suspeitar dos casos cuja explicação para as lesões não convence claramente;

2) Abuso sexual – é o ato ou jogo sexual praticado por pessoa em estado psicossocial superior ao da criança ou adolescente. Acompanham lesões ou edema na região genital sem explicação plausível; criança pequena com infecções urinárias recorrentes deve deixar o profissional de saúde em alerta para iniciar a investigação;

3) Abuso psicológico – configura-se pela rejeição, subestima, isolamento, exigir da criança além do que pode apresentar, levá-la a construir idéias negativas sobre si e o mundo. A criança ou adolescente apresenta comportamento polarizado, ou deprimido ou exibicionista;

4) Negligência – não dispensar à criança ou adolescente os recursos materiais e afetivos para suprir suas necessidades, quando há condições para tal. Em não havendo recursos próprios, deve-se recorrer a outras alternativas. A criança se apresenta ao serviço de saúde ou à escola, descuidada, com vestes não apropriadas ao clima. Demonstra baixa auto-estima e desinteresse pelo seu entorno.

5) Outros tipos de violência que também podem ser classificadas como violência doméstica:

a) Síndrome do bebê sacudido (*Shaken Baby Syndrome*)

Refere-se às lesões de gravidade variáveis que ocorrem quando uma criança, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida. Podem ocorrer em consequência de cegueiras ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões na espinha dorsal, lesões cerebrais, morte.

b) Síndrome de Munchausen por procuração

Tipo de violência geralmente rara, de difícil diagnóstico, caracterizado pela fabricação intencional ou simulação de sintomas e sinais físicos ou psicológicos em uma criança ou adolescente, levando a procedimentos diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos.

Além do prejuízo específico que cada abuso provoca na criança e no adolescente, somados ou isolados podem produzir, também, efeitos psicológicos, por vezes de difícil reversão.

Quando se foca a violência que atinge as crianças e os adolescentes na atualidade, identificamos que 90% do total de vítimas são afrodescendentes (negros ou pardos). No período de 1998 a 2001, a principal causa de morte dessa população foram os homicídios, seguidos por outros acidentes e em terceiro lugar os acidentes de trânsito. No segmento de “outros acidentes”, vamos encontrar diferenças significativas, segundo a faixa etária: de 10 a 14 anos encontramos como principal causa de mortalidade os acidentes fatais com arma de fogo; na faixa etária de 15 a 18 anos há um acréscimo alarmante de mortes por essa causa, chegando a 400 %. Esses índices refletem a precocidade com que as crianças e jovens negros são atingidos pelas mortes violentas. (OLIVEIRA, 2003).

Em outro estudo sobre a mortalidade no Brasil, as mortes violentas (BARBOSA, 1998) apresentam uma taxa de 14,1% para o conjunto da população, sendo 11,4% para a população branca e 23,4% para a população negra. O índice das causas externas nos óbitos dos homens negros é basicamente o dobro do índice dos homens brancos, ou seja, 32,3% para 16,2%.

Estudos sobre homicídios por armas de fogo e por objeto contundente mensuram a participação desproporcional dos negros nesse tipo de óbito. Os negros correspondiam a 27,48% da população da cidade de São Paulo em 1991, mas a 42,2% das mortes por homicídios com armas de fogo e 44,4 % dos homicídios por objeto contundente (BARBOSA, 1998). Quando se incluem os jovens de 19 anos, o homicídio corresponde a maior parte das mortes. Se o limite é a idade de 18 anos, aparecem em primeiro lugar os outros acidentes (37%), seguidos bem de perto dos homicídios (36,0 %). Esses números elevados revelam a precocidade com que esse grupo é atingido pela morte violenta, com repercussões nos vários setores da sociedade.

Em Salvador, segundo os estudos do Fórum de Violência (2001), 90% das mortes ocorridas por causas externas entre crianças e jovens são constituídos por negros e pardos.

Mas não é só o homem negro que tem sua vida ceifada precocemente pela violência. Grande também é o impacto das mortes violentas entre crianças e jovens negros para a sociedade. Calculando os anos de vida que deixaram de

ser vividos (APVP), podemos observar que há um agravamento nas faixas etárias de 10 a 19 anos.

Segundo Camargo (1998), muito embora as leis postulem questões objetivas sobre a violência, os limites de sua atuação parecem sempre depender de uma compreensão subjetiva dos atores sociais envolvidos com a problemática em questão, ou seja, o que vem a ser, ou não, um ato violento. É apenas quando este extrapola os limites do aceitável, que as dúvidas acerca do seu caráter violento deixam de existir. Mesmo obedecendo às classificações convencionais, a violência parece estar sempre relacionada aos valores culturais e sociais de uma determinada época ou local.

Dados registrados pelo Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMIS) (DESLANDES, 1994), envolvendo cidades do interior de São Paulo (Sorocaba, Botucatu, Bauru, São José do Rio Preto, Itapira, Campinas e Piracicaba), mostram que nas idades de cinco a nove anos e de 10 a 14 de idade se concentram as vítimas da violência doméstica, acontecendo indistintamente para ambos os sexos. O abuso que mais ocorre é o tipo agressão física; o maior agressor é a mãe, em seguida, o pai; a notificação, em geral, é anônima (21,20%), depois, realizada pela comunidade (18,40%). Quanto ao equipamento envolvido no atendimento, o setor saúde contribuiu com 10,70% dos casos.

Acreditamos que esses números ainda representam uma realidade sub-dimensionada, devido ao receio e à falta de preparo técnico dos diversos profissionais para lidarem com a questão.

Além disso, entre as famílias de classe privilegiada, os abusos contra crianças e adolescentes têm pouca visibilidade pública, uma vez que, quando se paga pela consulta médica no atendimento das lesões, aí inclui-se também o sigilo sobre a suspeita, dificultando as estatísticas.

Juntamente com a pobreza, a violência doméstica tem se constituído a segunda explicação para a evasão de crianças e adolescentes de seus lares. Pais alcoólatras, desempregados e desagregação familiar são, em geral, os ingredientes no cenário de violência doméstica.

Vítimas da violência doméstica, os meninos e meninas em situação de rua são novamente violentados por policiais, comissários de menores, transeuntes,

comerciantes entre outros atores sociais que compõem o espaço das ruas. O fato de serem considerados pela população como perigosos em potencial, legitima os maus tratos sofridos.

Contra esses meninos são impingidos todos os tipos de violência, desde a estrutural à física, passando pela negligência e psicológica. *Os maus tratos aos meninos de rua ocorrem com mais frequência e gravidade porque estes pouco ou nada significam para a vida social* (EINSENSTEIN, SOUZA, 1993, p. 96). Entre eles, ainda, encontram-se a prostituição infantil, a drogadição e o trabalho infantil como estratégias de sobrevivência oferecidas pela condição de rua.

Em estudo realizado por Souza (1999), sobre a Violência vivenciada por adolescentes trabalhadores de rua, a pesquisadora detectou que, apesar de serem vítimas dos diversos tipos de abusos citados pelos autores, com predominância para o tipo físico, eles as reproduzem com seus pares e reagem com revolta em relação aos adultos que os ignoram e agredem.

A maior preocupação que todos os profissionais devem possuir em relação ao combate à violência contra crianças e adolescentes deve estar baseada no fato de que esta compromete o seu crescimento e desenvolvimento, deixando seqüelas duradouras e a matriz para que o círculo da violência se reproduza contra outras crianças e adolescentes do futuro, vez que estas aprenderam, na prática, como maltratar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1991) no seu artº 245 estabelece:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Pena – multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

E no artº 13 determina que:

Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade sem prejuízo de outras providências legais.

A ninguém é dado o direito de desconhecer a lei. Além disso, é necessário possuir as informações necessárias para identificar os sinais clínicos sobre os tipos de abusos contra a criança e o adolescente, para, a partir daí, desencadear ações articuladas multiprofissionais, intersetoriais e interinstitucionais que envolvam família, comunidade, poder público, vítima e agressor, para a prevenção e combate da violência.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

- Promover o exercício da cidadania a partir do desenvolvimento do pensamento coletivo, no qual todos têm direitos e deveres para consigo e a sociedade;
- Favorecer a compreensão da necessidade de se valorizar as diferenças étnicas, religiosas, de gênero e sociais, entre as pessoas, como forma de redução dos conflitos;
- Incentivar os adolescentes na construção de valores sociais agregadores, como a justiça social, a dignidade e a solidariedade;
- Incentivá-los para a necessidade de construção de seu Projeto de Vida;
- Levá-los a assumir responsabilidades por ações sociais e exercitar sua participação política, a fim de desenvolver uma consciência social, o sentimento de pertencer à sua comunidade e a possibilidade de descobrirem seu valor como cidadãos (SEIXAS, 1999, p. 134);
- Estimular a identificação de fatores protetores que levem à satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e socioespaciais, contribuindo para um estilo de vida saudável;
- Identificar gestantes, puérperas, crianças, adolescentes e famílias de alto risco para a prática ou para serem vítimas da violência (casos de alcoolismo na família, drogadição, psicopatias, desemprego, desigualdade, desamor, extrema miséria, abandono, revolta, racismo, excesso de poder etc);
- Orientar sobre a importância do estabelecimento de vínculo afetivo e apego entre pai, mãe e filhos para o desenvolvimento destes e prevenção da violência doméstica;
- Promover a auto-estima como meio de defesa de seus direitos e construção da cidadania;
- Orientar profissionais para lidar com o fenômeno da violência;
- Sistematizar o atendimento para o controle do crescimento e desenvolvimento da criança como estratégia de identificação e acompanhamento de casos de maus tratos;
- Não permitir que criança ou adolescente algum esteja excluído das políticas públicas de atenção;
- Investigar junto à família os casos pouco esclarecidos e que levem à suspeita de maus tratos;
- Notificar ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância e Adolescência os casos de suspeita ou comprovação de maus tratos contra crianças e adolescentes;
- Observar e manter o sigilo em torno do caso;
- Criar um sistema de registro de casos com formulário próprio para facilitar o acompanhamento e dar maior visibilidade ao fenômeno (sugestão em anexo);
- Construir e fazer parte de uma rede multiprofissional e inter-institucional para prevenção e atendimento dos casos de maus tratos contra a criança e o adolescente, envolvendo, família, serviço de saúde com seus profissionais (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social), Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Adolescência, creche, PROSAD, associações de bairro, escolas, clubes, grêmios, igreja etc.;
- Valorizar o agressor como sujeito capaz de construir uma relação saudável com os demais indivíduos, incluindo-o no plano de atenção;
- Considerar o contexto no qual se desenvolveu a violência e tentar intervir para a eliminação ou atenuação dos fatores determinantes e/ou precipitantes;
- Realizar visitas domiciliares para conhecimento do contexto onde se desenvolve a violência e tratar as singularidades de cada caso;
- Apenas sugerir afastamento da criança e/ou adolescente da família, quando existir risco de vida, tentando, sempre, a melhoria dos laços familiares;
- Favorecer para que o adolescente se ocupe em atividades produtivas e prazerosas;

- Incentivar a prática esportiva a fim de desenvolver a habilidade, liberar as tensões e trabalhar as relações em grupo;
- Promover, junto com o psicólogo e equipe, terapias que ajudem o adolescente a atingir o autocontrole e a canalização positiva de seus impulsos agressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus tratos nos períodos da infância e adolescência podem representar prejuízos maiores do que em qualquer

outra faixa etária. Na atualidade, compreende-se a necessidade de sensibilização e articulação multiprofissional e intersetorial, incluindo a vítima de maus tratos, família, comunidade e poder público para a redução dos fatores de risco e reforço dos fatores protetores no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Para que isso se efetive, mostra-se imprescindível a ampliação da visão do fenômeno da violência, além da prática de notificação de casos de abusos.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. I. S. Todos a bordo. In: OLIVEIRA, D. D.; GERALDES, E. C.; LIMA, R. B.; SANTOS, S. A. (org.) **A cor do medo: homicídios e relações raciais no Brasil**. Brasília (DF): UnB. UFG, 1998. p. 91-98.
- BOULDING, E. **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (DF), 1991.
- CAMARGO, C. L.; BURALLI, K. O. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador: Ultragraph, 1998.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Custo da violência**. Cotidiano, p. 3, São Paulo, 22 jul.1998.
- DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência; um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- EINSENSTEIN, E., SOUZA, R. P. de. (Orgs.). **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA. **O Rastro da Violência em Salvador - II Mortes de residentes em Salvador, de 1998 a 2001**. Salvador, 2002.
- MAY, R. **Poder e inocência; uma análise das fontes da violência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MINAYO, M. C. Violência e saúde na adolescência: uma agenda de investigação estratégica. **Saúde em debate**. (39):12-18, 1993.
- OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra**. Brasília (DF). Organização Pan-Americana de Saúde, 2003
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. **A saúde no Brasil**. Brasília (DF), 1998.
- PHEBO, L. Violência como fato epidemiológico. **Saúde em Foco**. Violência social; o olhar da saúde. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ano v. n. 13. Ago./1996
- RAVAZZOLA, M. C.. Violencia familiar. El abuso relacional como um ataque a los derechos humanos. **Sistemas familiares**. Buenos Aires, Noviembre, 1998, p. 29-41.
- SEIXAS, A.H. Abuso sexual na adolescência. In: BRASIL: Ministério da Saúde. **Cadernos Juventude saúde e desenvolvimento**. v. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999, p. 117-135.
- SOUZA, S. L. **Violência vivenciada por adolescentes trabalhadores de rua**. 1999. p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia/UFBA. 1999.

ANEXO I**NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

UNIDADE DE ATENDIMENTO _____ REGISTRO _____

I IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome _____ Apelido _____

Idade _____ Sexo _____ Cor _____

Pai _____ Profissão _____

Mãe _____ Profissão _____

Endereço _____

II ACOMPANHANTE

Nome _____

Tipo de relacionamento com a vítima (parente, vizinho, professor) _____

Endereço _____

III SUSPEITA DE MAUS TRATOS

Abuso físico () Abuso psicológico ()

Abuso sexual () Negligência ()

Sinais e sintomas que o levam à suspeita _____

Algum outro profissional contribuiu com o levantamento da suspeita? Quem?

IV AGRESSOR SUSPEITO

Nome _____ Idade _____

Sexo _____ Cor _____ Ocupação _____

Endereço _____

V ENCAMINHAMENTO _____

PROFISSIONAL QUE ATENDEU _____ DATA _____