



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FRANCIELE AUGUSTO DE OLIVEIRA

**CONDUTA DO ENFERMEIRO EM CASOS DE
VIOLÊNCIA INFANTIL**

ARIQUEMES – RO
2016

Franciele Augusto de Oliveira

**CONDUTA DO ENFERMEIRO EM CASOS DE
VIOLÊNCIA INFANTIL**

Monografia apresentada ao curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof. Orient.: Esp. Paula Andréia César.

Ariquemes – RO

2016

Franciele Augusto de Oliveira

**CONDUTA DO ENFERMEIRO EM CASOS DE VIOLÊNCIA
INFANTIL**

Monografia apresentada ao curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Comissão Examinadora:

Orient. Prof.^a Esp. Paula Andréia César
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

1^a Examinadora: Prof.Esp.^a Mariana F. Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

2^a Examinadora: Prof.^a: Esp. Thays Dutra Chiarato
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

À Deus de infinita bondade
por cumprir suas promessas.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela luz concedida nos momentos em que tudo parecia obscuro. Que com todo seu amor possibilitou-me que chegasse até aqui, permitindo-me ter o que tenho e ser quem sou, com a real perspectiva de um dia alcançar tudo aquilo que desejo honrando a missão que designaste a mim.

Aos meus lindos filhos Henrique Marcos Domiciano e Luiza Vitória Domiciano. Quero ser sempre um bom exemplo para vocês. Perdoem a ausência nestes seis anos por me ensinar a sentir a vida em meu coração. Obrigado por todo amor incondicional, pela compreensão, atenção, carinho e dedicação desde o momento em que lhes trouxe à este mundo. Agradeço-lhes por serem minha vida! Se compreendo o sentido de amar é porque me ensinaste, com amor de vocês o que é ser mãe.

À Josenilton Mota da Silva, todo o amor, compreensão, amizade e companheirismo. Por ouvir os meus planos e problemas de pesquisa; por me ver deslizar pela desesperança e me salvar com sua preciosa objetividade. Você está em tudo. Sem você teria sido muito difícil

Ao meu pai, Vicente Augusto de Oliveira, obrigado pelos ensinamentos. Minha profunda gratidão acima de tudo por me ensinar a viver com honra, dignidade e respeito, características firmes e insolúveis do teu caráter. Saibas que mesmo não compreendendo em alguns momentos o ritmo de minha vida, procuro viver segundo preceitos que o senhor próprio me ensinou.

À minha mãe Maria do Carmo Roberto de Oliveira, pelo amor e carinho a nós dedicados, por me ouvir nos dias de desespero ao telefone.

À Vó Izabel Cordeiro de França Domiciano guerreira, mulher de DEUS por todas as orações, pela paciência em cuidar de nossas joias na minha ausência, pelos conselhos, pela companhia, por tudo.

Aos meus irmãos Sérgio Augusto, John Marcos de Oliveira e Thiago Augusto de Oliveira por contribuírem direta ou indiretamente em minha formação não só acadêmica, mas como pessoa.

À Noraldo Marcos Domiciano (*in memoriam*), que mesmo ausente neste plano onde vivemos se faz presente em nossos filhos.

À minha amiga Ms.Tatiane Patrícia Laquimia, minha eterna gratidão, pela amizade, pelos conselhos, pela inteligência, objetividade, elegância intelectual e exemplo de comprometimento, pela sua participação na qualificação e sugestões para melhoria deste trabalho.

À Prof^a Coordenadora Esp. Thais Dutra Chiarato eterna interlocutora, constante exemplo de postura profissional e pessoal, por aceitar o desafio do diálogo, Com sua inteligência, clareza e esclarecimento me presenteou com imprescindíveis contrapontos.

À Prof.^a de TCC, Dr.^a Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza pela extraordinária inteligência, doçura, e modéstia, sempre disponível, abrindo caminhos, sentindo sempre que poderia contribuir mais... Teve enorme importância pelos seus comentários na qualificação e o seu imprescindível apoio no meu caminho pessoal, pela postura instigante de sempre e de quem nunca consegui desperdiçar uma única palavra pronunciada. Todas me fizeram mais consciente, comprometida e determinada.

À orientadora desse trabalho Prof^a. Esp. Paula Andréia Cezar pela imprescindível participação.

À todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram na elaboração e no desenvolvimento desse trabalho.

Minhas desculpas a todas as crianças e adolescentes para as quais ainda não tem um colo que acolhe.

PAPAI.....DOI

Esta é uma história verdadeira e meu nome é Chris, estou com três anos,
Meus olhos estão inchados... Eu não posso ver.

Eu devo ser estúpida, eu devo ser má,
O que eu poderia ter feito para meu pai ficar tão bravo?
Eu gostaria de ser melhor, eu desejo não estar tão feia,
Então, talvez a minha mãe, ainda queira me abraçar.
Eu não posso fazer algo errado, eu não posso falar nada,
Ou então eu fico presa durante todo o dia.

Quando estou acordada, eu estou sozinha,
A casa está escura, meus pais não estão em casa.
Quando minha mãe vier para casa, vou tentar ser agradável,
Então, talvez eu consiga, uma noite só com chicotadas.
Acabei de ouvir um carro, meu pai está de volta do Charlie's bar
Eu já ouvi ele amaldiçoando, meu nome é chamado, eu me aperto contra a parede.

Eu tento me esconder de seus olhos
Tenho tanto medo agora, eu estou começando a chorar.
Ele encontra-me a chorar, chama-me por um monte de palavras feias.
Ele diz que tudo é culpa minha, ele sofre muito no trabalho.
Ele bate e bate e grita comigo ainda mais,
Eu finalmente me vejo livre e corro para a porta.
Ele já fez o bloqueio e eu começo a gritar,
Ele me leva e me joga contra a parede
Eu caio no chão com os meus ossos quase partido:
E meu pai continua com mais palavrões:
"Sinto muito!", Eu grito, mas agora é tarde demais,
Seu rosto fica retorcido em uma forma inimaginável.
E magoa e chuta, novamente e novamente.

Por favor, Ó Deus, tem misericórdia!
O por favor, faça isso acabar!
E finalmente ele para e se dirige para a porta,
Enquanto eu estava ali, imóvel, esparramada no chão.
Meu nome é Chris, estou com três anos,
Esta noite meu pai,
Me matou!
E você pode ajudar. Enjoa-me a alma, se você ler isso e não transmitir.
Eu rezo para o seu perdão.
Você teria que ser uma pessoa sem coração, não ser afetado por este poema.
E porque você é afetado, faça algo sobre isso!

(Autor desconhecido)

“[...] todas as vezes que fizestes isto a um destes Meus irmãos
mais pequeninos, foste a Mim mesmo que o fizestes.”

Mateus 25: 40

“Uma criança não quer gritos nem entende nada sobre repreensão,
seu filho merece ser tratado com a arte da escuta,
da paciência e da grandeza do afeto,
porque crianças não precisam ser “domadas”
precisam ser amadas.”

Valeria Amado

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido
, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita [...]

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

Cora Coralina

RESUMO

A violência é um mal que acomete toda a humanidade, mas de modo especial, atinge os seres mais frágeis e indefesos como é o caso das crianças. É incontestável a ligação que ela tem com o setor saúde, uma vez que as vítimas quase sempre necessitam de algum tipo de atendimento para os seus traumas. Por isso, o Estatuto da Criança e do Adolescente atribui aos serviços de saúde a função de detectar e tratar os casos de violência. Incluindo-se nesse quadro, a sensibilização da enfermagem quanto à temática torna-se fundamental no sentido de atender satisfatoriamente a demanda que se apresenta. Objetivou-se, por conseguinte, descrever as diretrizes para o atendimento de enfermagem em casos de maus tratos infantis. Para tal, utilizou-se de um estudo de revisão bibliográfica das bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Scientific Electronic Library Online (Scielo) e pesquisa em manuais do Ministério da Saúde. A magnitude do tema deixa o setor saúde diante de um gigantesco desafio que é o de detectar os casos de violência e desenvolver ações que busquem a cessação da agressão, o reparo dos traumas físicos e psíquicos, a proteção integral da vítima, restauração do equilíbrio familiar, a notificação às autoridades competentes e ainda prevenir o seu surgimento. Salienta-se, portanto a urgente necessidade de uma transformação assistencial. Nesse sentido, acredita-se que o presente estudo representa uma singela contribuição para o avanço do conhecimento sobre a violência contra a criança, trazendo luz à compreensão da realidade estudada.

Palavras-chave: Criança; Maus tratos; Enfermagem; Violência doméstica.

ABSTRACT

Violence is an evil that affects all mankind, but in a special way, it affects the most fragile and defenseless beings such as children. The link she has with the health sector is indisputable, since the victims almost always need some kind of care for their traumas. For this reason, the Statute of the Child and Adolescent attributes to the health services the function of detecting and treating cases of violence. Including in this context, the nursing sensitization on the subject becomes fundamental in order to satisfy satisfactorily the demand that presents itself. The objective was, therefore, to describe the guidelines for nursing care in cases of child abuse. To do so, a bibliographic review study of the Virtual Health Library (VHL) databases was conducted. Scientific Electronic Library Online (SciELO) and manuals of the Brazilian Ministry of Health. The magnitude of the theme leaves the health sector before a Gigantic challenge is to detect cases of violence and to develop actions aimed at the cessation of aggression, repair of physical and psychological trauma, full protection of the victim, restoration of family balance, notification to competent authorities and Emergence. Therefore, the urgent need for a care transformation is highlighted. In this sense, it is believed that the present study represents a simple contribution to the advancement of knowledge about violence against children, bringing light to the understanding of the reality studied.

Keywords: Child, Ill-treatment, Nursing, Domestic violence.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	234
Quadro 2	245
Quadro 3	26
Quadro 4	268
Quadro 5	26
Quadro 6	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Capsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ECA	Estatuto da Criança e adolescente
OMS	Organização Mundial De Saúde
ONG,s	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIVA	Vigilância de Violência Domestica, Sexual, e/ou Outras Violência Interpessoal e auto provocadas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	155
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 METODOLOGIA	19
4 REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA.....	20
4.1.1 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO FAMILIAR.....	21
4.1.2 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	22
4.1.3 VIOLÊNCIA FÍSICA.....	22
4.1.4 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA.....	234
4.1.5 VIOLÊNCIA SEXUAL	25
4.1.6 NEGLIGÊNCIA.....	26
4.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).....	28
4.3 ÉTICA PROFISSIONAL, HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO Á CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	33
4.4 CONDUTAS A SEREM ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL.....	35
4.5 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA	37
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	49
ANEXO A	18
ANEXO B	51
ANEXO C	18

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) define-se a violência como o uso proposital da força física ou do poder, real ou em ameaça, perpetrado contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, transtorno psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação ou ainda morte.

Para Minayo (2016), a violência não é, em si, um tema da área da saúde, porém a afeta por ocasionar lesões, traumas físicos, emocionais e mortes, o que acarreta procura dos serviços públicos. Neste sentido, para compreender o impacto da violência sobre a saúde é preciso uma discussão conjunta dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida (BRASIL, 2009)

A violência constitui-se em um problema universal que atinge diariamente milhares de pessoas de forma silenciosa e dissimulada. Presente, indistintamente, em todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias. Acomete de forma mais incisiva os seres mais indefesos da sociedade, destacando-se o segmento infantil, cuja vulnerabilidade propicia a ocorrência de uma série variada de violência (RESENDE, 2011).

O entendimento desse fenômeno torna-se relevante sob dois aspectos principais: primeiro, devido ao sofrimento imensurável que confere as suas vítimas; e, segundo porque a violência contra a criança e ao adolescente pode impedir o seu bom desenvolvimento físico e mental, sem falar nos casos que comprometem a própria vida considera todas as formas de maus tratos como sérios obstáculos para o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente (BRASIL, 2002).

Sabe-se que os maus tratos à criança e ao adolescente estão quase sempre relacionados aos fatores sociais como: violência doméstica, alcoolismo, drogas, desemprego e exploração sexual e por refletir sobre a transmissão do mito familiar marcado pelo segredo, pelo não dito, o domínio privado dentro da residência e pelo medo do que possa acontecer caso o silêncio seja rompido e de até uma possível quebra dos laços familiares (WOISKI e ROCHA, 2010).

Essas ocorrências são responsáveis pelo aumento de demanda nos atendimentos nos serviços públicos de saúde, Juizado da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar, Delegacias de Polícia e escolas (BRAUN, 2002;).

Conforme Algeri e Souza (2006); Ruzany e Meirelles (2009); Ferreira et al. (2010) e Paixão et al. (2013) as repreensões sofridas pelas crianças atrasam seu desenvolvimento de fato, tendo como principais agressores os pais biológicos, outros familiares ou mesmo pessoas do círculo de confiança dos envolvidos, compõe um grande problema social, este é causador de múltiplas desordens físicas e psíquicas.

A população infanto-juvenil, em especial aquelas que vivem em área de extremo risco social, sofre mais com o impacto da violência em suas vidas, tornando-se as maiores vítimas deste problema. Vivenciar violência durante a infância pode gerar danos traumáticos à criança em seu delicado período de desenvolvimento. Tais experiências influem decisivamente às mudanças capazes de aumentar a vulnerabilidade à transtornos psíquicos em fases posteriores da vida.

Analisando as obras de Cunha (2005), Thomazine, Oliveira e Vieira (2009) e Paixão, Et Al. (2013) percebeu-se que os mesmos concordam que o enfermeiro, nesta situação, enquanto cuidador e educador deve estar apto a identificar e prestar cuidados adequados às vítimas. Este profissional permanece por maior tempo relacionado com o menor e sua família, seja no hospital, na Unidade de Saúde da Família (USF) (a saber, as Unidades Básicas de Saúde – UBS), na comunidade ou até mesmo no ambiente familiar. Além disto, tem o dever ético e legal de notificar casos de violência contra a criança e o adolescente. O grande dilema é invadir a dinâmica familiar. Os profissionais se sentem apreensivos a este embate, pois acreditam ser insuficientes seus conhecimentos para realizar a notificação, e ainda, existe certo temor de vingança quanto ao agressor acarretando, assim, o aumento da subnotificação por parte dos profissionais, neste caso referente à enfermagem.

De acordo com Assis, et al. (2012), no ano de 2010, em todo Brasil registrou-se 12.473 casos de violência, as que mais sofreram foram as crianças com idades inferiores a 10 anos. Desse total, 1.797 casos aconteceram com menores de 1 ano de idade, enquanto 10.682 estavam entre 1 e 9 anos. Considerando as faixas etárias de maneira total obtém um número de 73.794 casos registrados.

Para Algeri (2005), Thomazine, Oliveira e Vieira (2009) e Cocco et al. (2010) embora existam leis no Brasil que protegem e asseguram direitos à vida e a saúde da criança, a violência infantil ainda aponta de forma alarmante no país. Do ponto de vista de saúde pública, percebe-se a escassez de estudos relacionado ao tema proposto, assim como as condutas precisas dos profissionais de saúde diante

destes casos, especialmente, ao que trabalham em emergências pediátricas, tangidos por um fenômeno universal e endêmico.

Nesse parâmetro, da cruel realidade vivenciada nos hospitais do Brasil, sentiu-se a necessidade de buscar descrever as intervenções de enfermagem à criança e ao adolescente violentado; a conduta de enfermagem frente a estes casos no âmbito de humanização e acolhimento da vítima. Uma vez que ainda existe desinformação quanto aos procedimentos tomados à estes casos, principalmente, no que diz respeito às questões legislativa. E, também buscar um método de prevenção educacional que se relacione diretamente com tais atitudes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Descrever sobre a atuação do enfermeiro diante da violência infantil.

2.2 ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o aspecto do psíquico social da criança vítima de violência;
- Identificar tipos de violência;
- Abordar legislação vigente quanto à atuação do enfermeiro diante de violência infantil.
- Caracterizar a humanização aos cuidados de enfermagem

3 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão literária, de forma descritiva e exploratória, na qual foram apresentados conceitos e conteúdos referentes à sinais de violência em crianças e adolescentes, atuação da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional.

Foram utilizados os seguintes Descritores em Saúde (DeCS): criança, maus tratos, enfermagem, violência doméstica.

Optando-se pela busca sistêmica das literaturas atuais pertinentes e disponíveis nas bases de dados nacionais e internacionais, de artigos científicos, manuais e de meios eletrônicos no qual contribuiu para a aquisição de conhecimento científico do assunto em discussão.

Assim, a coleta de dados fora realizada através das plataformas eletrônicas indexadas e publicada em base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Scientific Electronic Library Online (Scielo) e pesquisa em manuais do Ministério da Saúde, coerentes com o tema da pesquisa sendo excluídas as matérias que não abordavam a temática proposta e/ou não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

Realizou-se, ainda, uma leitura seletiva e interpretativa, onde foram utilizados no total 47 referenciais, sendo 11 manuais, 3 livros, 1 monografia, 1 conferencia da Organização Mundial de Saúde, 2 Legislações, publicadas em Diário Oficial da União, 1 Resolução do COFEN, 27 artigos nacionais e 1 internacional (inglês). O delineamento dos referenciais estabeleceu intervalo temporal de 1999 a 2016, a coleta de dados que foi executada no período de fevereiro de 2015 a setembro de 2016.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

A violência infantil dispõe de várias maneiras, podendo, a partir disso, não correlacionar os sintomas ou sinais isolados a um caso em questão. É indispensável que a equipe esteja atenta diante dos agravos apresentados, sejam eles físico, sexual ou emocional, correlacionando-o com o depoimento da vítima (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Para Algeri e Souza (2006 p. 2), “a violência, em diferentes formas, é um fenômeno que se estabelece por inúmeros fatores e que atinge a realidade familiar, compondo, atualmente, grave ameaça à vida”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) enfatiza duas maneiras de violência contra a criança, diferenciando-as em diversas características. São elas: Violência Doméstica e Violência Intrafamiliar, relacionada à ação ou omissão que possa vir acometer a vida da criança, causada por membros da família ou pessoas que assumem o papel parental mesmo sem laços sanguíneos e podendo ocorrer dentro ou fora da residência.

A violência doméstica contra a criança pode ser praticada de diversas formas, como por exemplo: física, psicológica, negligência, abandono, abuso sexual e agressão verbal resultando em humilhações e agressão moral. Diante disso, Minayo (2016) corrobora-se com o exposto ao evidenciar que:

A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional, consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos (MINAYO 2009, 2016 p.10).

Paula (2008) diz que a agressão tem colaborado para que crianças e adolescentes exerçam práticas violentas no âmbito extrafamiliar. Isso pode ser observado, por exemplo, no convívio social dentro das escolas uma vez que sempre que acontece algo na vida familiar de uma criança e ou adolescente e às vezes até

mesmo adulto, isso acaba por refletir nas imediações do convívio social. Essa verdade pode ser observada constantemente em noticiários de jornais locais, nacionais e em publicações de cunho pedagógico e sociológico.

A violência nessa faixa etária é algo preocupante, necessitando de intervenção para que possa existir um controle da situação. Paixão (2013) afirma que:

Quando se identifica uma criança sofrendo violência em casa, é quase certo que outras pessoas de sua família também sofram. No espaço de convivência familiar, a violência entre os irmãos também merece a atenção dos profissionais. É comum a existência de xingamentos, humilhações e agressões físicas entre eles. Apesar de aceita socialmente, a violência entre os irmãos pode sinalizar para o profissional o tipo de relacionamento que a criança ou o adolescente tem dentro e fora de casa (PAIXÃO et al. 2013, p. 34)

4.1.1 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO FAMILIAR

O acolhimento no âmbito familiar denomina-se como: aconchego, cuidado, conforto, confiança, amparo e proteção. Todavia, isso não é o que acontece com muitas crianças e adolescentes, em razão de caracterizar como um ambiente de sofrimento, medo e maus-tratos. A violência intrafamiliar é algo considerado como severo podendo acarretar várias complicações para o menor. Por ser ocorrido no meio familiar, torna-se difícil o seu reconhecimento, necessitando de atenção especial da parte dos profissionais de saúde para a investigação do agravo. (PAIXÃO et al. 2013).

Os principais responsáveis pela agressão são os próprios pais, ofendendo os filhos em virtude da ignorância até o abuso de álcool ou drogas. Em diversas vezes a criança sofre de surras e espancamentos, sendo explanado como uma possível estratégia de educação, onde na realidade são atos de violência que podem acarretar problemas físico, psicológico e emocional. Essa criança vítima de agressão tem várias chances de levar esse problema para a vida adulta, tornando-se também um agressor (PAULA, 2008).

Segundo Ferreira et al. (2010) e Paixão et al. (2013) deste modo é notória a necessidade de medidas específicas do setor da saúde em união a esforços de

outros setores, organizações governamentais, Organizações Não Governamentais - ONG's e da comunidade para combater e prevenir a violência infantil, que por muito tempo foi tida como problema familiar. Deve-se firmar um compromisso ético e social para garantir a conquista dos direitos junto ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. (FERREIRA et al. 2010 e PAIXÃO et al. 2013)

4.1.2 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Violência autoprovocada é quando a criança ou adolescente atinge a si mesmo, na tentativa de suicídio e ou suicídio completo. Na tentativa do suicídio inclui ideias de dar fim a própria vida e a atos de mutilação destruindo partes do corpo diretamente sem o desejo de suicídio, que podem ser graves (amputação dos próprios dedos), inalterável (bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos), aparente (cortar-se superficialmente, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele). O suicídio completo caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o mesmo, conseguir a forma de realizá-lo e por certo concretizá-lo, dando fim à própria vida (BRASIL, 2010).

4.1.3 VIOLÊNCIA FÍSICA

Costa et al. (2007) relata que essa prática é muito comum, ainda que sociedade brasileira admita ser natural a correção em forma de força física, isso é uma extrapolação em crianças menores de 12 meses. A síndrome do bebê sacudido no momento em que o responsável realiza fortes sacudidas na cabeça podem acarretar consequências graves. Muitos pais agredem as crianças e adolescentes fisicamente, os quais pensam que usando de violência vão impor respeito contendo as mudanças de comportamentos as quais ocorrem nesta fase da vida.

Adotando o conceito de violência física, o Ministério da Saúde a qual titubeai o seguinte:

O castigo corporal é considerado uma violência física e não deve ser usado como recurso pedagógico para impor limites às crianças e aos adolescentes. A recomendação fundamental é proteger e dar atenção as crianças e adolescentes diante de qualquer ato que possa prejudicar seu desenvolvimento, buscando sempre a orientação por meio do diálogo. (Durrant, 2008 *aput* Brasil, 2010 p. 28)

Parafraseando e interpretando a obra de Durrant (2008) entende-se que a violência física não gera nenhum tipo de respeito ou autoridade, visto que quando uma pessoa agride outra, sendo esta, nesse caso, uma criança ou adolescente, especialmente se esta pessoa for do convívio diário e da confiança do maltratado, quebra-se um laço afetivo, gera-se uma situação de autoritarismo e domínio impróprio forçado e medo, o que possivelmente acarretará, na maior parte desses, uma conduta presente e futura de também agressão.

A violência física ou maltrato físico é caracterizada como uma agressão física intencional, não acidental, realizada por pessoas de laço parental ou uma pessoa próxima da criança, provocando dor e lesões leves ou que cheguem a ser fatais. Pode ser praticado por meio de tapas, beliscões, chutes, arremessamento de objetos pesados comuns, inflamáveis ou outro o que pode causar: traumas, queimaduras, lesões, e mutilações. Apesar de subnotificada, são a mais identificada pelos serviços de saúde (RAMOS e SILVA, 2011). A seguir são apresentados os indicadores de violência física a qual a criança e o adolescente sofrem.

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
VIOLÊNCIA FÍSICA		
Presença de lesões físicas, como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adéquam à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	Muito agressivo ou apático; hiperativo ou depressivo; temeroso; tendências autodestrutivas e ao isolamento; baixa auto-estima; tristeza; medo dos pais; alega agressão dos pais; relato de causas pouco viáveis às lesões; fugas de casa; problema de aprendizado; faltas freqüentes à escola.	Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; abusa de álcool ou drogas; possui expectativas irreais acerca da criança; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família.

Fonte: VILELA, 2009, p. 15.

Quadro 1- Apresentação dos sinais e sintomas apresentados pela criança e adolescente diante da violência física

4.1.4 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Azevedo e Guerra (2007, p.41) assinalam que:

Também é designado como 'tortura psicológica', ocorre quando o adulto constantemente 'deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, podendo representar formas de sofrimento psicológico'.

A violência psicológica nos atos de rejeição, deixando de aceitá-la, ou isolando-a de experiências habituais a sua idade impedindo de ter amigos, aterrorizando, instaurando clima de medo, ignorando deixando de estimular o seu desenvolvimento emocional e intelectual e corrompendo-a induzindo a prostituição, ao crime e ao uso de drogas (BRAUN, 2002).

A seguir, recorre-se à apresentação do Quadro 2, com vistas à compreensão mais apurada de elementos relacionados à violência psicológica, a saber:

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		
Problemas de saúde, como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantis; enurese noturna.	Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e autodestrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; idéia e tentativa de suicídio; insegurança.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.

Fonte: VILELA, 2009, p. 15.

Quadro 2- Apresentação dos sinais e sintomas apresentados pela criança e adolescente diante da violência psicológica

4.1.5 VIOLÊNCIA SEXUAL

Algeri (2006) descreve a violência sexual como toda forma ou encenação sexual, relação hetero ou homossexual onde o agressor está em estado psicossocial mais avançado que a criança e o adolescente, com a finalidade de instigar sexualmente ou prevalecer-se como meio para impetrar satisfação sexual.

Em relação ao conceito da violência sexual, o Ministério da Saúde esboçou a seguinte afirmação com a Lei nº 12.015/2009:

Lei nº 12.015/2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, considera como crime de estupro de vulnerável, independentemente do sexo da vítima, qualquer tipo de relacionamento sexual (conjunção carnal ou outro ato libidinoso) com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los (BRASIL, 2014, p. 33).

O abuso sexual apresenta-se como a forma mais séria de violência doméstica. O responsável pela ação, geralmente, é uma pessoa de extrema ligação com a criança ou o adolescente, por exemplo, os pais biológicos ou não, responsáveis, demais familiares como irmãos, tios, primos e avós, amigos íntimos e ou vizinhos. Esse tipo de agressão acontece de várias maneiras: estupro, incesto, sedução, prostituição, fotos e filmes pornográficos e ou outra maneira de exploração sexual que possa vir causar qualquer tipo de transtorno à criança (PAULA, 2008).

A aceitação ou participação de uma criança ou adolescente em atividades de natureza sexual deve ser considerada como abusiva. As sensações físicas do contato sexual são geralmente prazerosas e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente por adultos busquem a repetição desses estímulos, quer com adultos quer com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais dessas diversas práticas sexuais, mas, é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados (BRASIL, 2010).

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
VIOLÊNCIA SEXUAL		
Infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfíncteres; enfermidades psicossomáticas.	Comportamento sexual inadequado para a idade; não confia em adultos; fugas de casa; regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; comportamento promíscuo; vergonha excessiva e alegações de abusos; idéias e tentativa de suicídio; autoflagelação.	Oculto freqüentemente o abuso; é muito possessiva, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família.

Fonte: VILELA, 2009, p. 15.

Quadro 3 - Apresentação dos sinais e sintomas apresentados pela criança e adolescente diante da violência sexual.

4.1.6 NEGLIGÊNCIA

Waksman et al. (2011) afirma que a negligência é uma das formas mais frequentes de violência infantil que há bem pouco vem sendo reconhecida como tal, sendo assim, muitas famílias ou instituições acreditam ter direito sem questionamentos a maneira na qual estão conduzindo a vida das crianças e adolescentes enquanto seus dependentes.

Segundo Claramunt (1999) *apud* RAMOS; SILVA, (2011) é referido ato de negligência tudo o que compete aos responsáveis pela criança e por tudo o que promova o seu bem-estar como: atenção, cuidado, educação, afetividade e o provisão das suas necessidades básicas. Já a negligência é a contraposição disso, quando essas coisas são por estes negadas, atribuindo-se, assim, o abandono.

Ferreira (2010) destaca que a negligência por abandono não possui uma causa única. Devido à situação de extrema baixa renda, muitas mulheres precisam prover e suprir para suas famílias tudo quanto elas necessitam para garantir sua sobrevivência e a de seus filhos e, até mesmo, agregados ausentando-se, assim, do convívio constante e por vezes cotidiano dos seus, o que pode aparentar uma possível negligência, nesse caso (como em outros a analisar) sem opção de mudança imediata. E com essa dificuldade o profissional de saúde se depara com

um ato de difícil discernimento da existência ou não de intencionalidade numa situação objetiva de negligência.

E conforme Brasil (2007, p.17):

Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde descuido com a higiene, ausência de proteção contra as condições adversas do meio ambiente (como frio ou calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Apesar de quase não serem identificadas, a negligência emocional ocorre quando os responsáveis deixam de dar suporte psicológico social e emocional à criança ou ao adolescente (SOUZA; FLORIO; KAWAMOTO, 2001).

Diante disso, cabe aos profissionais estarem atentos aos sinais e sintomas apresentados pela criança e o adolescente frente à violência sofrida, como também as características da família como pode ser visto mais detalhadamente no quadro abaixo.

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
NEGLIGÊNCIA		
Padrão de crescimento deficiente; fadiga constante e pouca atenção; problemas físicos e necessidades não atendidas; vestimenta inadequada ao clima.	Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; comportamentos infantis ou depressivos. Dificuldade na aprendizagem.	É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; tem baixa auto-estima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

Fonte: VILELA, 2009, p. 15.

Quadro 4 - Apresentação dos sinais e sintomas apresentados pela criança e adolescente diante de negligência.

4.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA

No Brasil, as crianças e os adolescentes foram agraciados com a construção de um estatuto exclusivo, através da Lei nº 8.069/90, de 13 de Julho de 1990, que é conhecida como ECA. Em seus 267 artigos, encontram-se políticas públicas com objetivo fundamental: a proteção integral de crianças e adolescentes e tornou-se obrigatório à notificação para os profissionais diretamente ligados, como: os da saúde e educação, visando garantir ainda mais, uma vida digna às esses de direito (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Diante de tal realidade, foi regulamentada, em 1990, conforme fora mencionado acima, a Lei nº 8096/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, o qual traz, em seu artigo 18, que:

É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (BRASIL, 1990, *online* 2016).

Além disso a proteção ocorria por meio de decisões judiciais, estabelecendo o afastamento da criança e o adolescente de seus familiares, chegando à alguns momentos a não realizar o seu fim, o de proteger ambos.

Ainda no ECA em seu Artigo 5º , parágrafo único, afirma que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990, *online* 2016).

Como fora dito no artigo 5º a lei serve para beneficiar e proteger alguém ou alguma coisa de qualquer forma de deterioração. Assim, o artigo referido ressalta os direitos de todas as crianças e adolescentes em relação aos maus tratos e outras formas de violência servindo, sim, para exigir da família, da sociedade e, acima de

tudo, do Poder Público, o efetivo respeito aos seus direitos relacionados, inclusive sob pena de responsabilidade (BRASIL, 1990 *online* 2016).

Com isso, o Estatuto da criança e do adolescente (ECA) modificou a leitura da coletividade sobre a situação jurídico-social destas pessoas em desenvolvimento, modificando a consciência da sociedade, impondo que crianças e adolescentes são sujeitos de direito diferente sendo uma obrigação de todos protegê-las (FALEIROS, 2008).

Destarte, o eca tem por principal finalidade elevar o nível de proteção para com a criança e o adolescente, muito embora, conste medidas punitivas para aqueles que tem o poder de garantir, ou seja, aqueles que possuem um dever de cuidado, de resguardo, como pode ser verificado no quadro 5 abaixo e que por algum, motivo não venha a executar sua obrigação.

.Materia Legislada	Nº do Artigo	Agentes a serem Responsabilizados	Penas Aplicadas
Obrigatoriedade de comunicar aos conselhos tutelares, da localidade, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente .	Art. 13	Estabelecimentos de Saúde, de ensino fundamental, pré-escola ou creche.	Multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (Art. 245)
Afastamento do Agressor da Moradia, se constatada a ocorrência de maus-tratos, opressão, abuso sexual, pelos pais ou responsáveis.	Art. 130	Agressores quando pais ou responsáveis.	
Proibição de utilização de crianças em cenas de sexo explícito ou pornográfico, seja em representação teatral, televisiva, ou película cinematográfica e fotografias	Art. 240	Toda e qualquer pessoa, particularmente, produtores, diretores, atores, fotógrafos.	02 a 06 anos de reclusão para quem produzir, dirigir, contracenar, e fotografar, com crianças e adolescentes. Prevista multas. Modificação pela Lei Nº 10.764 de 12/11/2003.
Apresentar, produzir, vender, fornecer, divulgar ou publicar, por qualquer meio de comunicação, inclusive	Art. 241	Toda e qualquer pessoa, particularmente, produtores, diretores, atores,	02 a 06 anos de reclusão e multa se houver lucro.

rende mundialmente de computadores ou internet, fotografias, ou imagens pornográficas ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes.	Art. 241	fotógrafos.	
Submeter crianças ou adolescentes a prostituição ou exploração sexual.	Art. 244-A (Incluído pela Lei nº 9.975, de 23/06/2000).	Toda e qualquer pessoa, proprietários e gerentes do estabelecimento.	04 a 10 anos de reclusão e multa. Para os serviços além da condenação, a lei prescreve a cassação de alvará e fechamento do estabelecimento.
Aumentar as penas previstas no código penal para crimes de maus-tratos (CP, Art.136,§3º), estupro (CP, Art. 213), se o primeiro for praticado contra menores de 14 anos.	Art.263 (Substituído pelo art. 9º da Lei 8.072, de 25/07/1990).	Qualquer pessoa.	

Fonte: Adaptado de Santos e Ippolito (2004 *apud* PAULA, 2008).

Quadro 5 – ECA – Medidas punitivas para o descumprimento da Lei

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) apresenta uma inovação institucional que é a criação, no plano municipal, do Conselho Tutelar (CT), regulamentado pelos Artigos. 131; 132; 133; 134; 135 e 136, de seu Capítulo V.

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei. (ECA,1990 *online* 2016).

O órgão de extrema importância e o principal responsável pela atuação contra a violência de crianças e adolescentes e que trabalha junto e diretamente ao cumprimento do ECA é o Conselho Tutelar, que ao receber uma notificação, tanto da área da saúde quanto de um cidadão comum, deverá analisar o caso quanto à procedência, chamar o possível agressor ou verificar *in loco* o fato ocorrido, para esclarecê-lo. Os casos mais graves deverão ser encaminhados ao conhecimento do Poder Judiciário e Ministério Público (BRASIL, 2014).

Quanto à autonomia do Conselho Tutelar é preciso destacar que esta autonomia é decisória na aplicação da medida protetiva e não pode ser confundida com autonomia jurídica. Outro artigo do ECA que reforça o poder atribuído ao Conselho Tutelar é o Art. 137. :

Art. 137. As decisões do Conselho Tutelar somente poderão ser revistas pela autoridade judiciária a pedido de quem tenha legítimo interesse (ECA,1990 *online* 2016).

O Conselho Tutelar é um órgão constante e autônomo, porém, não jurisdicional, que tem o objetivo de zelar pela execução dos direitos da criança e do adolescente sobrepuidos no Estatuto. Possui como principais funções o atendimento a denúncias, a comunicação e/ou encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados de violências, determinando as medidas de proteção necessárias, o aconselhamento e o auxílio nos casos de pensão alimentícia e guarda dos filhos (BRASIL, 2007).

O Conselho Tutelar é cada vez mais identificado como “porta de entrada” da rede para os casos de violação e atribuem esta situação ao aumento da demanda, tanto da sociedade (demanda espontânea) quanto dos órgãos do sistema (VILELA, 2009).

4.3 ÉTICA PROFISSIONAL, HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Em razão às descobertas e experimentos científicos recentes, a atenção referente à ética, no âmbito da saúde, tem surgido de forma acentuada na sociedade. A enfermagem vem pesquisando cada vez mais com a finalidade de encarar tais desafios, assim como questionamentos éticos que diariamente manifestam-se em sua área de trabalho (ROSENSTOCK et al. 2011).

O código de Ética de enfermagem tem como obrigação definir os padrões de condutas ao profissional, expondo as condições para uma ação ética. Tais códigos geralmente usam inúmeros princípios, que por sua vez, garantem as outras apreensões especiais devidas aos cidadãos a quem de direito. Apesar de todas suas divergências, a maior parte do código de ética de enfermagem adere múltiplas considerações éticas indispensáveis, sendo eles o consentimento informado, o respeito à confidencialidade, competência profissional e segurança do paciente (CARNEVALE, 2012).

O Código de Ética, Resolução COFEN nº 311/2007 (*online*, 2016) em seu capítulo II, Art. 82, parágrafo 2, cita enquanto culpabilidade e dever, que, “[...] em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência”.

Ainda sobre o sigilo, o código de ética em seu Art. 82, parágrafo 4, destaca que:

O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo (COFEN, 2007, *online*, 2016).

A ação ética do trabalhador junto ao paciente está visível sempre que ele conhece seus clientes como seres humanos iguais à ele, que necessitam ser escutadas e entendidas para que haja uma influência mútua, e conseqüentemente o cuidado. É indispensável que os profissionais acatem seus direitos e pratiquem o autocuidado com a finalidade de motivar a autonomia e a autoestima daqueles que de quem cuidam (GOULAT; CHIARI, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Humanização “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

O método de humanização dá-se pela simples conduta de estar disposto a ouvir e falar, compartilhar experiências e relacionar seu método histórico com o de outra pessoa.

Humanizar pode significar também a melhoria de trabalho do cuidador. É algo imprescindível do hospital ter o cuidado com aquele que é responsável pelo paciente, afim de que o profissional de saúde exerça suas funções de forma harmônica, saudável e para que o estresse não interfira, nem dificulte seu rendimento técnico, afetivo e sua saúde mental e física (GOMES et al., 2011).

Durante o período de imaturidade e dependência no processo de desenvolvimento, a criança é fraca e com probabilidades de enfrentamento delimitados. Desse modo, casos como a hospitalização, considerados estressantes, tem tendência a gerar sequelas efêmeras ou até mesmo definitivas (CRUZ et al., 2013).

Ainda tem por objetivo garantir o alívio da dor e do sofrimento infantil juntamente com meios tecnológicos, psicológicos e lúdicos, disponibilizados no instante do atendimento, preservando sua privacidade, assim como oferecendo condições e ambientes que auxiliam na recuperação, manutenção e melhoramento dos serviços de assistência à sua saúde (TORQUATO et al., 2013).

A internação é um evento crítico de ser vivenciado por uma criança, devido à necessidade do distanciamento familiar, dos amigos, do ambiente escolar e por implicar em hábitos novos e agoniantes, nos quais um dos poucos meios de confronto proporcionados é o acompanhamento de um dos pais. No geral, a rotina dos hospitais é apropriada para as necessidades do atendimento e não propriamente da criança (CRUZ et al., 2013).

Portanto, todas as iniciativas referentes à humanização do amparo hospitalar, poderão colaborar de forma considerável para reduzir as sequelas de toda essa vivência, proporcionando ainda maior ligação entre os profissionais de saúde, a criança e a família desta (CRUZ et al., 2013).

O apoio humanizado deve ser garantido à criança como ser humano. Baseado na consideração da sua dignidade, necessidades, valores, fundamentos éticos e morais, às suas convicções e às de seus familiares.

O acolhimento estimula condições de mudanças nas práticas de atendimento diariamente, uma vez que estabelece a revisão e a avaliação diária das mesmas no ambiente do sistema de saúde, acarretando no desconforto ao perceber falhas nesse processo de acolhimento, o que promove e impulsiona as referidas mudanças, à medida que se entende que cuidar é um processos de responsabilidade compartilhada entre os indivíduos (BRASIL, 2014).

Para Alves, Deslandes e Mitre (2009) o “acolhimento não é um espaço ou um local, mas um posicionamento ético que não implica hora nem especialidade do profissional para fazê-lo”. Sugere compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer e é quando o profissional toma para si a obrigação de acolher e cuidar da criança e o adolescente em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, de acordo com cada situação.

4.4 CONDUCTAS A SEREM ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato exclusivo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para requerer o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que implica o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção: primária, secundária e terciária. Exigindo a ampliação de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e os afazeres em rede (BRASIL, 2014).

Paixão et al. (2013) descreve que o enfermeiro tem diversas funções em se tratando de cuidados à crianças e ao adolescente vítimas de violência, que vai incluir educação em saúde, o reconhecimento e notificação de casos suspeitos, inserção de serviços para diagnosticar e tratar dos casos de agressão e finalmente a assistência de enfermagem, sem esquecer da elaboração de programas para prevenir a violência.

O atendimento à uma criança que tenha sido vítima de violência, requer agilidade e competência, pois a mesma, em consequência da ação sofrida, poderá estar em um elevado nível de sofrimento, sendo ele físico ou psicológico. Além disso, é importante salientar que o apoio emocional a vítima será imprescindível para uma boa recuperação, por isso, torna-se indispensável para toda a equipe atuante nesta área. Entretanto, não se deve focar apenas nesse aspecto, uma vez que quando não realizada a notificação devida para o caso, as chances de reincidência da agressão aumentam (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Diante disso é de suma importância salientar e alertar toda equipe multidisciplinar que será através das notificações onde casos de agressão irão chamar atenção das autoridades maiores, assim, aumentando as chances de serem resolvidas e impedindo que haja reincidência (PAIXÃO et al. 2013).

Percebe-se, no entanto, que para atuação na prevenção e controle da violência alguns desafios precisam ser ultrapassados. O primeiro é a incorporação da notificação por parte dos profissionais que tem sua rotina voltada aos cuidados de crianças e adolescentes. O segundo é a sensibilização e capacitação dos profissionais, para que estes possam compreender o significado, as manifestações e as consequências da violência neste grupo etário e obtenham diagnóstico e o encaminhamento dos casos atendidos (WAKSMAN, 2011).

Porém, as condutas adotadas pelos profissionais de saúde para lidar com os casos de violência, além da identificação e notificação, devem ser voltadas para a investigação e, especialmente, os encaminhamentos aos órgãos de competência e responsabilidade (BRASIL, 2001). O Anexo B traz uma representação nítida de todos os setores que devem trabalhar junto ao profissional de saúde.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a consulta é um ótimo momento para a identificação da violência. Através da consulta de enfermagem com os procedimentos de anamnese e exame físico avaliando a criança, seu comportamento, sua rotina e inserção na família e, assim, identificar alguma marca, mudança de comportamento ou algum indicador que sinalize a ocorrência de maus-tratos. É o que pode ser visto no Anexo A.

4.5 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Como gestor federal do SUS, o Ministério da Saúde seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) feitas na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996, afirmou que a violência se forma em um terrível problema para a saúde pública (BRASIL, 2010).

Mediante constatação realizou-se a criação de um importante instrumento de proteção à criança e ao adolescente: a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, contidas dentro do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN que destina-se às autoridades competentes, em casos suspeitos ou confirmados de violência. Apoiando-se também na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, Portaria nº 737/2001 que traz como uma de suas diretrizes: “capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, [...], com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violência” (BRASIL, 2001 p.36).

E com isso, a violência sofrida pela criança e o adolescente passou a merecer maior atenção sendo tratados na Constituição Federal (art. 227):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL - 1988, *online*, 2016).

Prevendo penas para médicos, professores e responsáveis por estabelecimento de saúde e educação que deixarem de comunicar os casos de seu conhecimento, fazendo assim cumprir o que diz o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2002).

No Artigo mencionado fica claro que:

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 criança ou adolescente (BRASIL, 1990, *online*, 2016).

O ECA declara em seu art. 13 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 (BRASIL, 1990, *online*, 2016).

A importância da notificação destaca-se pelo fato que, através dela, a violência torna-se visível, facilitando o dimensionamento epidemiológico do problema em questão e através do surgimento de políticas públicas viáveis à prevenção (SALIBA et al., 2007).

A definição mais abrangente de notificação de violência contra a criança e o adolescente é uma informação emitida, neste caso pelo profissional de saúde, mas, pode ser por qualquer cidadão, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócios sanitários, voltados para a proteção da criança e do adolescente que está sofrendo a violência (BRASIL, 2014).

O preenchimento e encaminhamento da notificação tem a finalidade de cessar o comportamento agressivo dentro do ciclo familiar. Ressaltando que a notificação não é uma denúncia policial, e sim, a intenção de chamar o Poder Público ao seu dever quanto à criança e ao adolescente. (SALIBA et al., 2007).

É recomendável que a notificação seja realizada pela instituição (hospital, unidade básica de saúde, outros), á autoridade competente, nesse caso Conselho Tutelar, e quando o Conselho Tutelar não esta atuante a denuncia poderá ser realizada diretamente á Vara Da Infância E Juventude onde reside a vitima. Salientando se que tanto O Conselho Tutelar quanto o Juiz Da Infância E Juventude possuem os mesmos poderes e atribuições. (ARAÚJO, *online*, 2016),

O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, às autoridades competentes, por parte de médicos, professores e ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino básico, que são as escolas de educação infantil, ensino fundamental I e II e médio (BRASIL, 1990).

Para Gonçalves e Ferreira (2002) os profissionais encontram-se diante de um desafio, levando em consideração algumas questões que dificultam o ato de notificar, sendo elas:

- ✓ Transtornos legais, advindos de notificações;
- ✓ Questões estruturais, levando em consideração o desempenho do Conselho Tutelar;
- ✓ Dificuldade de identificar o caso, onde muitas vezes a própria família não considera uma violência e impede qualquer tipo de intervenção;
- ✓ Cultura familiar, por caracterizar a privacidade familiar como um valor superior.

Para a UNICEF, a face mais trágica das violações de direitos que afetam meninos e meninas no Brasil é a violência. De 2011 a 2016, o número de SINAN de brasileiros de 0 até 19 anos mais que dobrou: passou de 5 mil para 11,1 mil casos ao ano (DATASUS, 2016).

No ano 2015, o proteja BRASIL em trabalho conjunto ao Disque 100 auferiu mais de 80 mil denúncias de infrações de direitos de crianças e adolescentes. Isso representa 59% das denúncias registradas pelo Disque 100 com 219 casos de violência reproduzidos por dia e 9 casos por hora. A violência está em toda parte. Advém em todos os países, por toda a sociedade. Contudo, muitas vezes, ainda continua invisível porque ocorre dentro das casas ou nas famílias das vítimas (UNICEF BRASIL, *online* 2016).

Em Ariquemes, no período entre 2011 a 2016, segundo registros do SINAN NET, foram denunciados 101 casos de violência contra crianças e adolescentes, por toda a região do Vale do Jamari. Sendo 16 do sexo masculino e 85 do sexo feminino, destacando-se a maior frequência em crianças de 10 a 14 anos e menor em crianças de 01 ano de idade.

Costa et al. (2008) corrobora em seu estudo epidemiológico no quadro 06, realizado nos municípios de Feira de Santana, BA, e Montreal, Canada, onde coletou dados do total de ocorrências registradas nos conselhos tutelares no período de 1o de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004.

Tipo de violência ¹	Faixa etária (anos)												Total	
	≤ 2-5		6-9		10-13		14-16		17-19		Ignorado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Violência física²														
Espancamento	123	31,4	98	25	80	20,4	50	12,7	18	4,6	23	5,9	392	100
Queimadura	6	50	1	8,3	2	16,7	2	16,7	–	–	1	8,3	12	100
Fratura	2	40	1	20	2	40	–	–	–	–	–	–	5	100
Tortura física	4	66,6	–	–	1	16,7	–	–	1	16,7	–	–	6	100
Supressão alimentar	5	45,5	2	18,2	3	27,2	–	–	1	9,1	–	–	11	100
Outro tipo ³	10	34,5	6	20,7	8	27,6	1	3,4	–	–	4	13,8	29	100
Total	150	33	108	23,7	96	21,1	53	11,6	20	4,4	28	6,2	455	100
Violência psicológica⁴														
Ameaça de morte	5	17,9	6	21,4	5	17,8	9	32,2	–	–	3	10,7	28	100
Humilhação pública/privada	12	23	15	28,9	9	17,3	7	13,5	6	11,5	3	5,8	52	100
Tortura psicológica	80	36,5	62	28,3	37	16,9	26	11,9	8	3,7	6	2,7	219	100
Exposição indevida	22	35	10	15,9	17	27	4	6,3	4	6,3	6	9,5	63	100
Outro tipo ⁵	8	66,7	1	8,3	–	–	–	–	1	8,3	2	16,7	12	100
Total	127	34	94	25,1	68	18,2	46	12,3	19	5,1	20	5,3	374	100
Negligência familiar⁶														
Abandono	83	32	60	23,3	47	18,1	40	15,4	5	1,9	24	9,3	259	100
Expulsão	2	6,2	4	12,5	5	15,7	16	50	3	9,4	2	6,2	32	100
Omissão de cuidados básicos ⁷	139	45,7	69	22,7	56	18,4	16	5,3	4	1,3	20	6,6	304	100
Outro tipo ⁸	57	43,2	40	30,4	21	15,9	7	5,3	1	0,7	6	4,5	132	100
Total	281	38,7	173	23,8	129	17,7	79	10,9	13	1,8	52	7,1	727	100
Outras formas ⁹	55	37,7	31	21,2	28	19,2	16	11	5	3,4	11	7,5	146	100

Fonte: (Costa et al. 2008)

Quadro 6- Tipos e subtipos de violência por faixa etária de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Além do número reduzido de relatos de notificação, percebe-se que os profissionais ainda alistam o procedimento de notificar ao de uma 'denúncia'. Acredita-se que esta ideia possa ser um dos motivos pelos quais o profissional tenha medo de notificar, buscando, assim, não se envolver em atos legais (ASSIS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde a subnotificação (a saber, os casos evidenciados, porém, não notificados) é uma realidade presente no país, por motivos que vão desde o desconhecimento por parte do profissional do dever de notificar até o problema em praticá-la em sua rotina de acolhimento. No entanto caracteriza-se que para cada notificação de criança vítima de violência, de 10 a 20 outras situações desse tipo não são notificadas (BRASIL, 2014).

Mesmo com diagnóstico evidente da violência, os profissionais muitas vezes são omissos à notificação ou poucos a realizam (LUNA et al. 2010).

A seguir, poderá se observar o fluxo do registro da notificação e preenchimento da ficha de notificação individual de violência doméstica sexual e/ou outras no Diagrama 01.

Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo), com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias.

Preencher a Ficha em três
vias:

Ficha original

Deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/ Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município;

Segunda via

Deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ ou autoridades competentes (Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público);

Terceira via

Fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Diagrama 1 – Preenchimento da ficha de notificação individual de violência doméstica sexual e/ou outras

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se a violência como uma das prioridades da Saúde Pública na atualidade. No terreno domiciliar, a questão ganha maior proporção, uma vez que os atos violentos acontecem, sem gerar homicídios na maioria das vezes, mas, com enorme prejuízo individual, familiar e social. E essa modalidade de violência torna-se mais marcante na infância.

A visibilidade da magnitude do tema deixa o setor de saúde diante de um gigantesco desafio que é o de detectar os casos de violência e desenvolver ações que busquem a evitar a cadeia de agressão, o reparo dos traumas físicos e psíquicos, a proteção integral da vítima, restauração do equilíbrio familiar, a notificação às autoridades competentes e ainda prevenir o seu surgimento.

Não importando a ordem hierárquica das ações, os profissionais precisam de treinamento especial para acompanhar casos desse tipo, levando em consideração sempre, antes de qualquer atitude, a moralidade do ato agressor e suas consequências, assim, também o contexto sociocultural no qual ocorre.

Conhecer os dados epidemiológicos acerca da violência contra crianças e adolescentes pode contribuir para o dimensionamento do problema e suas características, subsidiando a identificação de prioridades direcionadas para a atenção às vítimas, na vigilância e na definição de políticas de saúde específicas, em nível local.

Salienta-se, portanto, a urgente necessidade de uma transformação assistencial para que a violência à criança e o adolescente não mais continuem despercebidos e aumentando as taxas de subnotificação.

Atuando na perspectiva de se trabalhar com essa situação, o curso de enfermagem poderia se voltar, ainda mais, para o desenvolvimento de ações conjuntas, inclusive integradas com outros componentes curriculares constantes na matriz do mesmo, não se limitando apenas aos procedimentos que tradicionalmente realiza e que são especificamente da área.

Nesse sentido, acredita-se que o presente estudo representa uma singela contribuição para o avanço do conhecimento sobre a violência contra a criança e o adolescente, trazendo luz à compreensão da realidade estudada.

REFERÊNCIAS

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 26, Nº 3, p. 308-15, Porto Alegre (RS), 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4561/2488>> . Acesso em 15 out. 2016.

_____; SOUZA, L. M. de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** v. 14, N.º 4, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/65448>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. **Challenges of humanization in the context of pediatric nursing care of medium and high complexity.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.581-94, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a10v13s1.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

ARAÚJO, Denilson Cardoso de. **Maus-tratos a crianças e adolescentes** (art. 13 do ECA). Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/maus-tratos-crian%C3%A7as-e-adolescentes-art-13-do-eca>>. Acesso em: 08 set. 2016.

ASSIS, S. G. et al. **Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2305-2317. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63023703007.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

GUERRA, Maria Amélia; Viviane AZEVEDO, Nogueira de. **Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, 2007.

BRASIL, Constituição da Republica Federativa do Brasil- 1988. Artigo 227. disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. **Lei n. 8069, 13 de julho-1990.**
Artigos 5º, 13, 245. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. _____ . **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/consultapublica/arquivos/1393133501.pdf>>. Acesso em: 02 de nov. de 2016.

_____. _____ . **Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

_____. _____ . **Humaniza SUS:** política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. _____ . **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde:** um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília; Ministério da Saúde. Mar. 2002. 47p. II. (A. Normas e manuais técnicos, 167).

_____. _____ . Diretrizes Nacionais para Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF: Secretaria de Atenção a Saúde/departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2010.

_____. _____ . Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. 1ª ed. Atualizada. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. _____ . Secretaria de Atenção a Saúde . Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. Violência Faz Mal a Saúde. Serie B Textos Básico de Saúde. 1.ed.2.reimp. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Saúde Caderno de Violência Domestica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas em Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal de Saude, 2007.

_____. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência. Orientações para Pediatras e demais**

Profissionais que Trabalham com Crianças e Adolescentes. 2.ed.Rio de Janeiro: Secretaria do Estado dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça, Março 2001.

BRAUN, S. **A violência sexual infantil na família**: do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: Editora Age Ltda., 2002.E-book.

CARNEVALE, F. Considerações éticas em enfermagem pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.12, n.1, p .37-47. São Paulo, julho de 2012. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol12-n1/v.12_n.1-art4.pesq-consideracoes-eticas-enfermagem.pdf>. Acesso em: 23 de agost. 2016.

COCCO, M. et al. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de Cuidado adotadas por profissionais de saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde** V. 9, N.º 2, p. 292-300, 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8061/6108>>. Acesso em 23 agost. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução COFEN 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 08 fev 2007.

COSTA, Maria C. O.; BIGRAS, Marc; SOUZA, Karine E. P. de; CARVALHO, Rosely C. de SANTOS, Carlos A. S. T. Violência e abuso contra crianças e adolescentes, segundo os conselhos tutelares, o Programa Sentinela de Feira de Santana (BA) e o Centre Jeunesse de Montreal. *Revista Adolescência & Saude*. volume 5 no 2 julho 2008. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=55>. Acesso em: 09 de Dez. 2016.

COSTA, M. C. O. et al. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares**: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/04.pdf>>. Aceso em: 23 agost. 2016.

CRUZ, D.S.M., et al. Humanização da assistência de enfermagem – relato de caso sobre o uso do brinquedo terapêutico. **Ver Ciênc. Saúde Nova Esperança**. V. 11, Nº 3, p. 47-53, 2013. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/6Humaniza%C3%A7%C3%A3o_da_assist%C3%Aancia-de-enfermagem_editado.pdf>. Aceso em: 20 set. 2016.

CUNHA, J. M da. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Rev Bras Enferm.** V. 58, N.º 4, p. 462-5, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a16v58n4.pdf>>. Acesso em: 20 de agost. de 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula, Eva Silveira Faleiros **Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes.** Coleção educação para todos. 2 edição. Ministério da educação, Brasília 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/escqprote_eletronico.pdf>. Acesso em 10 de out. 2016

FERREIRA, L. C. A., et al. enfermagem e a violência intrafamiliar. **R. pesq.: cuid. fundam. online** 2(Ed. Supl.) p.339-342, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/cliente/Downloads/Dialnet-AEnfermagemEAViolenciaIntrafamiliar-5091227.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2016.

GOMES, I. L. V. et al. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. **Trab educ saúde.** V. 9, N.º1, p.125-35, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2016.

GONCALVES, Hebe Signorini and FERREIRA, Ana Lúcia. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 315-319. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de and CHIARI, Brasília Maria. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 255-268. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso em: 13 de set. 2016.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por Profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.15, n.2,p.481-91, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>>. Acesso em 16 out. 2016

MINAYO, M. C. **Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde.** Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Violência** — Um problema mundial de saúde pública. *In: Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002. p. 1-22. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2016.*

PAIXÃO, G. P. do N., et al. Violência intrafamiliar contra criança: atribuições do profissional de enfermagem. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, V.6, N.º.2, p.22-39 Vitória da Conquista, 2013. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/216/151>>. Acesso em: 20 agost. 2016.

PAULA, M. R. Combate e prevenção à violência familiar contra a criança e o adolescente. **Rev Anhanguera**. V. 9, Nº 1, p.77-94, 2008. Disponível em: <http://pos.anhanguera.edu.br/wp-content/uploads/2015/07/cap_04_2008.pdf>. Acesso em: 13 de agost. 2016.

RAMOS, Martha Lucia Cabrera Ortiz and SILVA, Ana Lúcia da. **Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil**. *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 136-146. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf>>. Acesso em: 15 agost. 2016

RESENDE, Sabrina. **Terapia Cognitiva-Comportamental e Políticas Públicas Direcionadas a Criança e o Adolescente vitima de Abuso Sexual: Vitimas e Possibilidades**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Monografia Apresentada ao Curso de Especialização e, Psicologia Clínica com Ênfase em Terapia Cognitiva-Comportamental. Porto Alegre/RS, 2011. 26 p.

ROSENSTOCK, K. I. V.; et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**.V. 16, Nº 6,p. 727-33, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25444/17067>>. Acesso em: 20 agost. 2016.

RUZANY, M, H; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, Juventude e Violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolesc. Saude**.V. 6, N.º 3, p.52-60, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/cliente/Downloads/v6n3a11.pdf> >. Acesso em: 13 set. 2016.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper and DOSSI, Ana Paula. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007,

vol.41, n.3, pp. 472-477. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>. Acesso em: 13 de set. 2016.

SOUZA A. L. T. M.; FLORIO, A.; KAWAMOTO, E. E. **O neonato, a criança e o adolescente**. São Paulo: EPU, 2001.

THOMAZINE, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIEIRA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enf.** V. 11, Nº 4, P. 830-40, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2016.

TORQUATO, I. M., et al. Assistência humanizada à criança hospitalizada: percepção do Acompanhante. **Rev enferm UFPE online**. V. 7, N.º 9, p.5541-9, Recife, 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/cliente/Downloads/4721-46166-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

UNICEF Fundo das nações Unidas para a Infância. Proteja Brasil. Denuncie Casos De Violência Contra Crianças E Adolescentes. Números da violência. Disponível em: <http://www.protejabrasil.com.br/br/>. Acesso em: 02 dez. 2016.

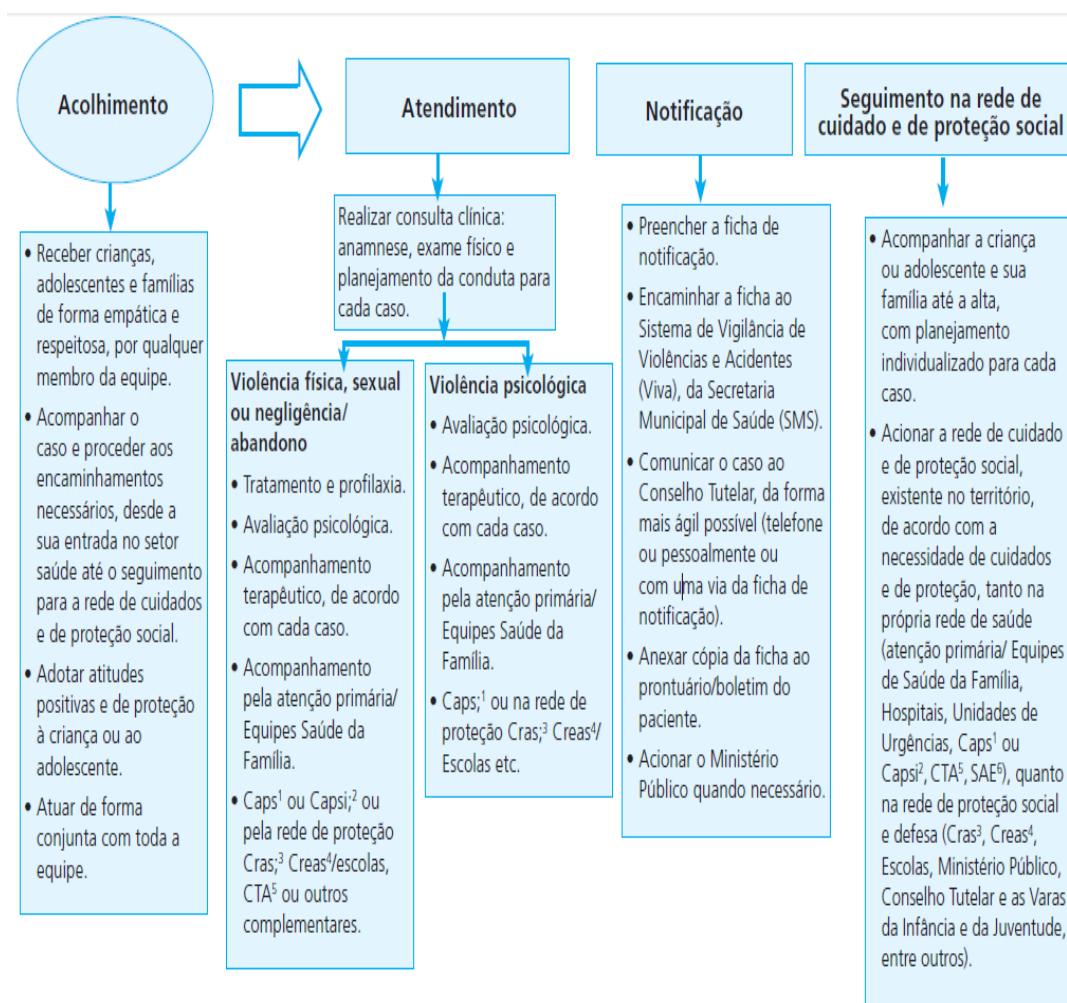
VILELA, Laurez Ferreira. SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual para Atendimento as Vitima de Violência na Rede de Saúde Publica do Distrito Federal**: 2. Ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; HIRSCHHEIMER, Maria Roberta. **Manual de Atendimento as Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**. Núcleo de Estudos da Violência Domestica Contra Crianças e Adolescentes. Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de São Paulo. Brasília/DF: CFM, 2011.

WOISKI, R. O. S; ROCHA, D. L. B. **Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência Sexual atendida em unidade de emergência hospitalar**. Esc Anna Nery Rev Enferm. V. 14, Nº 1, p. 143-50, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21>> . Acesso em 13 set. 2016.

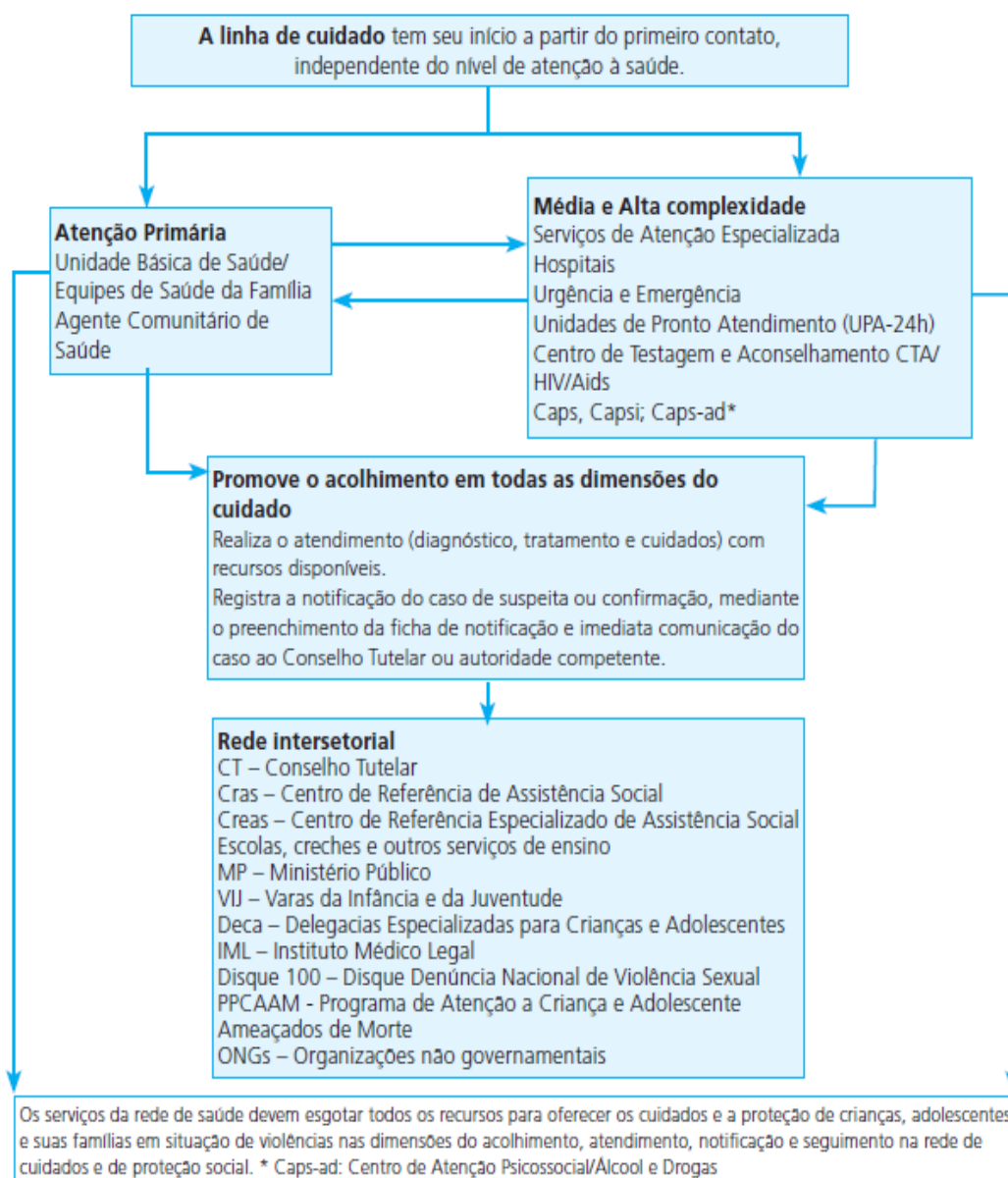
ANEXOS

ANEXO A - Diagrama 2 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde



Fonte: BRASIL, 2014, p. 51.

ANEXO B – Diagrama 3: Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde.



Fonte: BRASIL, 2014, p. 52

ANEXO C – SINAN: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA (PARTE I)

ANEXO C – SINAN: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA (PARTE II)