



FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO SENA AIRES - FACESA
ENFERMAGEM BACHARELADO

NATÁLIA MUNIZ MOURO

**A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA
IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.**

VALPARAÍSO DE GOIAS
JULHO DE 2013

NATÁLIA MUNIZ MOURO

**A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA
IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires como requisito obrigatório a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ronney Jorge de Souza Raimundo.

VALPARAÍSO DE GOIAS

JULHO DE 2013

NATÁLIA MUNIZ MOURO

**A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA
IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA
CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires como requisito obrigatório a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Orientador: Prof. Ronney Jorge de Souza Raimundo

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ronney Jorge de Souza Raimundo

Prof. Dr. José Francisco Rivera Pinedo

Prof.^a MSc. Marianne Lucena da Silva

A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

LIABILITY OF NURSE BEFORE THE IDENTIFICATION AND NOTIFICATION OF CASES OF VIOLENCE AGAINST CHILD AND ADOLESCENT.

NATÁLIA MUNIZ MOURO¹, RONNEY JORGE DE SOUZA RAIMUNDO

¹ Acadêmica do curso Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA, Valparaíso de Goiás - GO, Brasil.

² Doutorado e Mestrado em Ciências de Saúde da UNB, Professor Titular da FACESA.

Endereço para correspondência:

Quadra 02 casa 42 Etapa D Valparaíso I CEP: 72876-410. Valparaíso de Goiás - GO, Brasil.

E-mail: fisionat@gmail.com. Telefone: (0xx61) 84458763/92138176.

Não há conflito de interesses

RESUMO

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes vem tornando-se um grande problema de relevância social e científica especialmente na área da saúde. Embora a violência doméstica exija atenção multidisciplinar, a enfermagem tem uma importante função, pois este profissional, nas suas atribuições, permanece por mais tempo com o cliente. **Objetivo:** Orientar os profissionais de saúde, com ênfase no Enfermeiro, para os sinais e sintomas indicativos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, além de ressaltar a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados ao Conselho Tutelar ou Órgãos Competentes. **Métodos:** Pesquisa caráter exploratório descritivo, no qual foram lidos, na íntegra, 30 artigos, dos quais foram selecionados 23 que apresentaram especificidade com o tema abordado. **Discussão:** A identificação dos casos é o passo inicial para assistência de Enfermagem, para tanto é importante à realização de uma anamnese completa observando não somente a queixa principal como também os fatores relacionados ao ato de violência. Após a confirmação do caso é obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência Contra a Criança e o Adolescente, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Conclusão:** É preciso enfrentar o problema de forma coerente, adotando uma postura profissional de responsabilidade social, objetivando compartilhar o mesmo interesse da sociedade em acabar com a violência contra a criança e o adolescente bem como partir em defesa dos interesses deste grupo.

Descritores: Enfermagem e violência contra a criança e o adolescente; Maus-tratos na infância; Violência e saúde; Notificação e violência; Políticas de saúde e violência.

ABSTRAT

Introduction: Violence against children and adolescents is becoming a major issue of social relevance and scientific especially in healthcare. While domestic violence requires multidisciplinary care, nursing has an important role, since these professionals in their assignments, stays longer with the client. **Objective:** To guide healthcare professionals, with emphasis on the nurse, to the signs and symptoms indicative of juvenile violence, and underline the importance of reporting suspected cases and confirmed to the Guardian Council or Competent Bodies. **Methods:** This descriptive exploratory, which was read in full, 30 articles, of which 23 were, selected that showed specificity with the theme. **Discussion:** The identification of cases is the first step to nursing care, therefore it is important to perform a thorough history noting not only the main complaint as well as the factors related to the act of violence. After confirmation of the case is required to fill the Notification Form for Suspected or Confirmed Cases of Violence Against Children and Adolescents, in accordance with the Statute of the Child and Adolescent (ECA). **Conclusion:** We must face the problem coherently, adopting a professional attitude of social responsibility, aiming to share the same interest of society in ending violence against children and adolescents as well as in the interests of this group.

Descriptors: Nursing and violence against children and adolescents; childhood maltreatment; violence and health; Notification and violence; health policies and violence.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes vem tornando-se um grande problema de relevância social e científica, pois estes grupos são os mais vulneráveis por apresentarem maior fragilidade física e dependência^{1,2}.

A violência contra a criança e o adolescente tem sido motivo de reflexão, especialmente na área da saúde, visto que para a sua prevenção e tratamento é necessário à formulação de políticas públicas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor, promovendo inúmeros gastos para o governo³.

No ano de 2011 foram atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e registradas pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 98.115 atendimentos de vítimas de violência. Dentre esses 39.281 foram menores de 1 a 19 anos de idade, os quais 40,5% sofreram violência física, principalmente na faixa de 15 a 19 anos de idade; 20% por violência sexual com concentração na faixa de 5 a 14 anos de idade; 17% por violência psicológica ou moral e 16% negligência ou abandono com maior incidência entre menores de 1 a 4 anos de idade⁵.

Acredita-se que o Brasil compõem as Nações que não possuem estatísticas confiáveis relacionadas à violência doméstica contra crianças e adolescentes, juntamente com Equador, Bangladesh, Paquistão e Tunísia, pois a não notificação por parte dos profissionais encobrem a realidade dos casos, além disso, os dados são episódicos correspondendo mais a incidência do que a prevalência⁴.

A violência doméstica é aquela que ocorre nas relações interpessoais de uma família ou pessoas que convivem no espaço doméstico sem vínculo de parentesco, manifestando-se através de atitudes, omissões ou agressões de caráter físico, sexual, verbal, emocional ou moral uns com os outros, ocasionando dano ao bem-estar, à integridade física, psicológica, à liberdade e ao direito de desenvolvimento de um ou mais membros da família⁶.

Embora a violência doméstica contra crianças e adolescentes exija atenção multidisciplinar, a enfermagem tem uma importante função, pois este profissional, nas suas atribuições, permanece por mais tempo com o cliente. Desta forma, é necessário que estes profissionais estejam capacitados para identificar, diagnosticar, prestar assistência de qualidade às vítimas e notificar os casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes¹.

A notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi estabelecida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em

2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações envolvendo crianças e adolescentes de acordo com a Lei 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo orientar os profissionais de saúde, com ênfase no Enfermeiro, para os sinais e sintomas indicativos de violência doméstica contra a criança e o adolescente, além de ressaltar a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados ao Conselho Tutelar ou Órgãos Competentes.

2 METODOLOGIA

Considerando o objetivo proposto, optou-se por realizar uma pesquisa com um desenho exploratório descritivo, na medida em que esta modalidade permite sumarizar pesquisas concluídas e obter conclusões a partir do tema escolhido: Violência Doméstica contra a criança e o adolescente.

Foi realizada pesquisa eletrônica nas bases de dados da biblioteca virtual SCIELO Brasil – (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Centro Latino-Americano de Informação em Saúde), bem como outras referências. Todas as publicações possuíam texto completo e encontrava-se no idioma português. Os principais descritores foram: Enfermagem e violência contra a criança e o adolescente, Maus-tratos na infância, Violência e saúde, Notificação e violência e Políticas de saúde e violência. Foram pesquisados separadamente e posteriormente correlacionados.

Como critério de inclusão foi adotado artigos publicados nos últimos dez anos que apresentaram especificidade com o tema abordado, assim como a problemática em questão e que contivessem os descritores selecionados. Foram excluídos artigos publicados a mais de dez anos e àqueles que não tinham relação com o objetivo do estudo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O papel do enfermeiro diante da identificação dos casos suspeitos de violência contra a criança e o adolescente.

A violência cometida contra a criança e o adolescente é um assunto complexo, pois é cultural a punição física suave na tentativa de disciplinar os filhos^{7,8}. Desta forma, cabe aos

profissionais de saúde orientar os familiares quanto a situações que causam danos severos a integridade física e emocional de suas crianças e adolescentes.

Na enfermagem é importante realizar uma anamnese de forma ampliada, observando não somente a queixa principal como também examinando fatores que contribuem para o ato de violência, tais como: idade materna inferior a 25 anos, número de filhos menores de cinco anos, companheiro de baixa escolaridade e principalmente, familiares usuários de substâncias psicoativas, pois o seu uso triplica o risco de violência, sendo o fator de risco mais comum^{9,10}.

Ao enfermeiro pediátrico, em especial, cabe identificar os sinais que indicam violência contra crianças e adolescentes internadas em unidades hospitalares, através de uma ampla avaliação de Enfermagem pesquisar a história da criança ou adolescente, atentar para as suas atitudes e do acompanhante, incentivar o vínculo com a família, realizar o acompanhamento domiciliar, fazer as recomendações pertinentes de acordo com o diagnóstico de Enfermagem, manter a ética e estabelecer a proteção da criança e adolescente contra quaisquer tipos de preconceitos e violência¹¹.

Durante o exame físico, o profissional deve analisar cuidadosamente cada ferimento, relacionando a lesão presente no corpo da vítima com a história apresentada e o estágio de desenvolvimento da criança, pois muitos sinais e sintomas são inespecíficos podendo estar presentes em outros tipos de violência ou até em outras patologias^{12,13}.

3.2 Tipos de violência e seus indicadores.

Considera-se violência contra a criança e o adolescente: negligência e abandono, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico^{14, 15,16}.

A negligência é caracterizada pela falta de cuidados básicos, não deferindo às crianças e adolescentes suas necessidades físicas e psicológicas essenciais¹⁷. Por sua vez, o abandono é definido como uma forma grave de negligência, geralmente relacionado à ausência de laço moral dos pais com seus filhos¹⁸.

Dentre os abusos físicos, é importante que os profissionais de saúde atentem para sinais como: contusões e abrasões; equimoses e hematomas; fraturas múltiplas; ruptura subcapsular de rim e baço, trauma hepático ou mesentérico¹⁹.

Outros sinais de abuso físico são: casos de aspiração fatal de pimenta, queimaduras intencionais, sede e desidratação hipernatrêmica e ingestões tóxicas^{18,20}.

A violência sexual, por sua vez, ocorre quando a criança ou adolescente é incentivada a gestos ou expressões sexuais inapropriadas à sua idade, para satisfação do agressor ou de

outra pessoa ²¹. Estes atos são sucedidos de abuso físico, muitas vezes com ameaças, e a vítima é coagida a práticas sexuais eróticas sem ter desenvolvimento psicossocial para analisar o ato em si ²².

Pode-se suspeitar de abuso sexual quando se observa atitudes sexuais precoces, lesões ou dor na região genital ou anal, masturbação excessiva, doenças sexualmente transmissíveis, presença de sêmen na cavidade oral, petéquias, enurese e encoprese ^{23, 24, 25}.

Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual apresentam alterações psicossociais como baixo limiar às frustrações; hiperatividade e comportamento agressivo e rebelde; problemas de aprendizado; estão sempre na defensiva; fogem de contatos físicos; podendo manifestar ideias e/ou tentativas de suicídio ^{26, 27, 28}.

Outro tipo de violência, não menos importante, é a violência psicológica retratada por todo ato ou omissão que ocasiona ou pode causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Em geral, as vítimas podem mostrar-se agitadas, agressivas, medrosas, retraídas, com baixo rendimento escolar, com dificuldade para alimentar-se, com dificuldade de relacionar, com baixa autoestima, depressivas, desconfiadas, podem ver-se como merecedora dos maus-tratos, apelar para tentativas de fugas e uso de entorpecentes e até tentar suicídio ²⁹.

É fato que a violência doméstica remete a efeitos preocupantes nas crianças e adolescentes, pois interfere não só na saúde física como também psicológica, espiritual, comportamental, social e sexual, aumentando as chances de episódios subsequentes ⁶.

Tabela 1. Tipos de violência e seus indicadores

| Tipos de Violência | Indicadores |
|-----------------------|--|
| Negligência/Abandono | Falta de cuidados básicos. |
| Abuso Físico | Contusões e abrasões; equimoses e hematomas; fraturas múltiplas; ruptura subcapsular de rim, baço, trauma hepático ou mesentérico, aspiração fatal de pimenta, queimaduras intencionais, sede e desidratação hipernatrêmica e ingestões tóxicas. |
| Abuso Sexual | Atitudes sexuais precoces, lesões ou dor na região genital ou anal, masturbação excessiva, doenças sexualmente transmissíveis, presença de sêmen na cavidade oral, petéquias, enurese e encoprese, alterações psicossociais, ideias e/ou tentativas de suicídio. |
| Violência Psicológica | Agitação, agressividade, medo, retração, baixo rendimento escolar, dificuldade para alimentar-se, dificuldade de relacionar, baixa autoestima, depressão, desconfiança, podem ver-se como merecedora dos maus-tratos, apelar para tentativas de fugas e uso de entorpecentes e suicídio. |

3.3 Características dos familiares

De acordo com o programa de atenção básica à saúde o enfermeiro deve prestar atendimento holístico, portanto é importante considerar ainda o comportamento familiar da vítima, a fim de identificar possível risco ^{30,31}.

Famílias com histórico de violência sexual apresentam sentimentos de domínio, ciúmes e desconfiança, além de manifestar um imenso cuidado e controle diante das relações sociais ^{26, 27, 32,33}.

As famílias onde acontecem casos de violência psicológica, negligência ou física, tendem a ter responsáveis que educam de forma severa, indiferente, que tentam omitir e criar histórias incompatíveis com as lesões aparentes ^{26, 34, 35,36}.

3.4 Sinais relacionados à violência contra a criança e o adolescente

É importante considerar ainda a presença de sinais relacionados ao ato de violência entre os quais: “Síndrome da orelha de lata” que consiste em equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral, com obliteração das cisternas basais e retinopatia hemorrágica, Síndrome de Münchausen por procuração ^{13, 18, 37} e Síndrome do Bebê Sacudido ^{37, 38}.

A Síndrome de Munchausem é caracterizada quando os pais ou responsáveis forjam na criança sinais e sintomas de patologias. Em alguns casos pode ocorrer adulteração dos resultados de exames laboratoriais e ingestão de medicamentos com intuito de causar efeitos colaterais como apatia ou convulsões. A patologia reaparece constantemente, os sintomas são raros, a criança é conduzida ao atendimento de saúde sempre pelo mesmo responsável, que faz queixas comoventes, e solicitam vários exames complementares, desta forma o diagnóstico é clínico ^{13,27,38}.

A Síndrome do bebê sacudido consiste em sacudir fortemente a criança, podendo ocasionar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até a morte. A combinação de hemorragia retiniana e subdural possibilita o diagnóstico ^{37, 38}.

Tabela 2. Sinais relacionados à violência contra a criança e o adolescente e suas características.

| Sinais | Características |
|----------------------------|--|
| Síndrome da orelha de lata | Equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral, com obliteração das cisternas basais e retinopatia hemorrágica. |
| Síndrome de Munchausen | Sinais e sintomas que não correspondem à história contada pelo acompanhante. |
| Síndrome do bebê sacudido | Graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, hemorragia retiniana e subdural, dano no desenvolvimento psico-motor e morte. |

3.5 Aspectos legais e importância da notificação de maus-tratos

Com medidas de proteção sócio-educativas e instituindo novas diretrizes no que diz respeito aos direitos da criança e do adolescente, surgiu em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Através dele a assistência política para este grupo deixa de ser simplesmente assistencialista para ser também humanizada³⁹.

No Artigo 13 do Estatuto da Criança e Adolescente o preenchimento da Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes, conforme demonstrada no anexo 1 do presente artigo, passa a ser obrigatória ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Desta forma, a informação é considerada justa causa para a ruptura do sigilo profissional^{40,41}.

Pode-se determinar notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente como um comunicado emitido pelo profissional de saúde ou por qualquer outro Órgão ou pessoa, para o conselho tutelar, com o objetivo de empregar meios sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e dos adolescentes vítimas de violência⁴².

O artigo 245 dispõe sobre a penalidade aos profissionais de saúde que omitirem suspeita ou confirmação dos casos de violência na infância e adolescência, determinando multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência^{40,43,44}.

A notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes ainda está amparada pela portaria nº 1.968/GM de 25 de outubro de 2001, que determina que casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser notificados e encaminhados às autoridades competentes⁴⁵.

A notificação deverá ser encaminhada ao Conselho Tutelar da cidade onde aconteceu o caso de violência, com cópia para a Secretária de Saúde do Município, o objetivo principal é

respaldar a criança e o adolescente assim como sua família. Pode ainda auxiliar o governo do estado a reconhecer o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes, assim como contribuir para elaboração de novas políticas de prevenção ^{13,46}.

Na ausência de Conselho Tutelar na região, as notificações deveram seguir para Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária subsistente ¹³.

No que diz respeito à competência do Enfermeiro, o Código de Ética do Profissional determina proibição:

[...] Art. 34 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência ⁴⁷.

Ainda no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem os artigos 125 a 127 determinam penalidades ao descumprimento das proibições que variam desde a advertência verbal, multa e censura ⁴⁷.

O profissional, diante de uma criança ou adolescente vítima de violência, não deve limitar-se na preocupação de notificar, como também em proporcionar à vítima uma acolhida carinhosa, ouvindo atentamente, mantendo um ambiente tranquilo, evitando acusações ou tentativa de coagir a vítima a falar, utilizando diferentes métodos para compreender o ocorrido, observando gestos e procurando estabelecer uma relação de confiança com a família e quando necessário, fazer encaminhamentos para outros serviços de saúde ⁴⁸.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente necessita habilidade dos profissionais de saúde, para tal é imprescindível estar atento e saber reconhecer sinais e comportamentos suspeitos.

Diante do exposto é possível reconhecer a dimensão da problemática quando se trata do tema violência contra a criança e o adolescente, pois são muitas as maneiras de maus-tratos e maiores ainda as consequências que refletiram no futuro das vítimas tão quanto da sociedade.

É preciso enfrentar o problema de forma coerente, adotando uma postura profissional de responsabilidade social, objetivando compartilhar o mesmo interesse da sociedade em acabar com a violência contra a criança e o adolescente. É preciso ainda partir em defesa dos interesses deste grupo.

Se capacitados os profissionais terão condições de identificar famílias de risco e elaborar estratégias para acompanhá-las, promovendo meios para que o ato de violência não se consuma.

Aconselha-se, portanto, que haja ênfase no tema ao longo dos cursos de graduação da área de Saúde, para que conseqüentemente, haja maior interesse dos futuros profissionais na busca de atualizações, proporcionando uma postura ético-social e segura, diante de situações de violência contra a criança e o adolescente.

BIBLIOGRAFIA

1. Cunha JM; Assis SG; Pacheco STAP. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. *Rev. Bras. Enferm* 2005 jul-ago; 58(4):462-5.
2. Rocha PCX; Moraes CL. Violência contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ,Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(7):3285-3296.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005; 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php
5. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio GdSul*. 2003;25(Supl 1):9-21.
6. Longo CS. A punição corporal doméstica de crianças e adolescentes: o olhar de autores de livros sobre educação familiar no Brasil (1981-2000). São Paulo, I editora, 2002. – 225p.
7. Cocco M; Silva EB; Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf.[Internet]*.2010;2012;12 (3): 491-7. Available from: <http://fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a11.htm>
8. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):595-60.
9. Unicef. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocent report card 2003; Sept. p.2.
10. Almoarques SR, Jungblut ICO, Issi HB. Trabalhando pela reconstrução da infância: o papel da enfermeira de unidade de internação pediátrica no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Texto Contexto Enferm*.1999;8(2):506-9.
11. Johson, CF. Lesões infligidas versus lesões acidentais. In: REECE, R. M. *Clínicas Pediátricas da América do Norte: abuso da criança*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p.861-885.

12. Sociedade Brasileira de Pediatria/Fiocruz/ Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Justiça, 2001.
13. Magalhães MLC; Reis JTL; Furtado FM; Moreira AMP; Filho FNFC; Carneiro PSM; Firmino SL. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *Femina*, 2009. Vol. 37 nº10.
14. Pinheiro PS. *World Report on Violence Against Children* 2006:45-96.
15. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B Textos Básicos de Saúde).
16. Lopes MVG, Tavares PA. Maus- tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod* 2000;36(10):684-8.
17. Marmo DB et al. A violência doméstica contra a criança. *Temas de Pediatria Nestlé*, n. 68, p.5-32, 1999
18. Ministério da saúde (BR). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília (DF); 2002. *Cad Atenção Básica*. n. 8.
19. Reece, R.M. Manifestações incomuns do abuso da criança. In: REECE, R. M. *Clínicas pediátricas da América do Norte: abuso da criança*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990. v. 4, p. 981-998.
20. Seabra AS, Nascimento HM. Abuso sexual na infância. *Arq Bras Pediatr* 1997; 4(3):372-82.
21. Santoro MJ. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr Mod* 2002;6(38):279-83.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1999 Aug;104(2 Pt 1):348-50.
23. Berkowitz CD, Bross DC, Chadwik DL, Whitworth JM. Diagnóstico e tratamento do abuso sexual em crianças, segundo a Associação Médica Americana. *Suplemento JAMA Clinica Pediátrica* 1993;2(3):224-32.
24. Reato LFN; Stanzani F; Cchedid HM; Kassai MS, Medvaño RCP; Derricco R. et al. Abuso sexual de menores. *Sinop Pediatr* 1998;1:4-8.)
25. Farinatti F, Biazus DB, Leite MB. A criança vitimizada. *Rev Médica Santa Casa* 1992; 4(7): 684-9.
26. Caminha RMA. Violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: *Violência doméstica*. São Leopoldo: AMENCAR; 1989. p. 43-60.

27. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 1118.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de Atenção Básica, 8).
29. Carvalho CN, Miranda VM, Fontoura MS, Fonseca SF, Acosta AX. Manual de Condutas Médicas, 2005.
30. Benjet C, Kazdin AE. Spanking children: the controversies, findings, and new directions. *Clinical Psychol Review* 2003; 23(2):197-224.
31. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 337.
32. Martins MRS. Maus-tratos e abuso sexual: o universo familiar. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Bertholdo Weber; 1997. p. 29-32.
33. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto e Contexto Enfermagem* 2006; 15(1):151-4.
34. Santos BC, Silva JAS, Martins MRS, Zanchet O. Maus tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: perfil da situação no RGS. São Leopoldo: CEDECA; 1998. Série Cadernos Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Bertholdo Weber.
35. Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1998. p. 262.
36. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR, Gikas RMC, Waksman RD, et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatr Mod* 2003; 39(9): 354-63.
37. Santana JSS; Camargo CL. Violência contra crianças e adolescentes: um ponto de vista da saúde. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* V5,n.1,p.47-54.
38. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saude Publica.* 2000;34(6):659-65.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3a. ed. Brasília; 2006. (Série E. Legislação de Saúde).
40. Saliba O; Gardin CAS; Gardin AJI; Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública,* 2007; 41 (3): 472-7.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
42. Brasil. Lei n.8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>[Acesso em 20 nov 2006].
43. Arpini DM; Soares ACO; Bertê L; Forno CD. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.14 ,n.2,p.95-112,dez. 2008.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.968, de 25 de outubro de 2001. Diário Oficial da União 2001; 26 out.
45. Luna GLM; Ferreira RC; Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (2): 481-491,2010.
46. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34>.
47. Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: Ab; 2002

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Considera-se criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei n.º 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do adolescente).

| | |
|---|--|
| I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO | |
| Data do atendimento: ____ / ____ / ____ | |
| Unidade: _____ | |
| Endereço da unidade: _____ | |
| Telefones: _____ | |
| Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____ _____ | |

| | | |
|--|--------------------|----------------------------|
| II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE | | |
| Nome: | _____ | |
| DN: | ____ / ____ / ____ | |
| Idade: ____ | Sexo: _____ | Registro na unidade: _____ |
| Filiação: | _____ | |
| Responsável(is) Legal(is): _____ _____ | | |
| Acompanhante: | _____ | |
| Grau de Relacionamento | _____ | |
| Endereço: | _____ | |
| Telefone para contato: | _____ | |
| Referência para localização: | _____ | |

| III – CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS (TIPOS E PROVÁVEIS AGRESSORES) | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------------------|------------|
| Maus-tratos identificados | Causador (es) provável dos maus-tratos: | | | |
| Abuso Físico | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outros () |
| Abuso Sexual | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outros () |
| Abuso Psicológico | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outros () |
| Negligência | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outros () |
| Abandono | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outros () |
| Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____ Síndrome não especificada de maus-tratos _____ Descrição sumária do ocorrido: _____ _____ _____ | | | | |
| IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos) _____ _____ _____ | | | | |
| V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE _____ _____ _____ _____ | | | | |
| Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em ___/___/____ | | | | |
| _____ ATENÇÃO: assinatura e carimbo da Direção | | Ver instrutivo no verso da ficha. | | |

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.968, de 25 de outubro de 2001. Diário Oficial da União 2001; 26 out.