

STEPHANIE JOLY CHANDER MARTINS

VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado à Comissão de Residência
Médica do Hospital do Servidor Público
Municipal, para obter o título de Residência
Médica

Área:Pediatría

Orientador: Dr. Mário Roberto Hirschheimer

São Paulo

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Martins , Stephanie , Joly Chander

Violência na infância e na adolescência: revisão de literatura /
Stephanie Joly Chander Martins. São Paulo: HSPM, 2014.
41 p.: il.

Orientador: Dr. Mário Roberto Hirschheimer

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de
Residência Médica do HSPM-SP, para obter o título de Residência
Médica, na área de Pediatria.

1. Infância 2. Adolescência 3. Violência I. Hospital do Servidor
Público Municipal II. Título.

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do Autor:

AGRADECIMENTOS:

Aos preceptores da residência por todos os ensinamentos durante esse período da minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

Aos colegas por todo o apoio e amizade nos momentos difíceis dessa jornada o meu carinhoso agradecimento

Aos meus familiares por terem proporcionado e feito parte de toda esta etapa tão importante em minha formação.

RESUMO:

Infância e adolescência são fases de bastante vulnerabilidade em relação à violência. Embora existam órgãos governamentais empenhados na sua proteção, as incidências continuam elevadas.

Com a finalidade de alertar profissionais de saúde e educação quanto à importância do diagnóstico, foi proposto realizar revisão de literatura. Como objetivo geral, avaliamos o impacto da violência e, como específicos, os principais tipos de violência, faixa etária de maior incidência, violência nos diferentes Estados do Brasil e importância do diagnóstico.

Foi realizada revisão de literatura utilizando bases de dados Medline, Bireme, Scielo, Ebsco e livros publicados entre 1995 a 2014.

Concluímos que a violência é problema complexo, com múltiplas causas e consequências, refletindo de forma negativa no desenvolvimento infantil nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva. Os principais agressores estão no âmbito doméstico, envolvendo familiares, empregados, agregados e visitantes. Violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa de morte entre as crianças de 1 a 4 anos. Em relação à notificação entre os diversos estados do Brasil, foi observado que os Estados de Mato Grosso do Sul, os três da Região Sul, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Pernambuco, Goiás, São Paulo, Amazonas e Roraima apresentam o maior número de casos notificados. O setor de emergência é porta de entrada para diagnóstico, tratamento e acolhimento à criança vítima de violência. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a notificação são ferramentas importantes para melhor atendimento às vítimas de violência.

Palavras Chave: Infância, adolescência, violência.

ABSTRACT:

Childhood and adolescence are very vulnerable phases in relation to violence. Although there are governmental bodies engaged in the protection of such phases, the incidence is still high.

A literature review was proposed aiming at warning pediatricians on the importance of diagnosing. We assessed the impact of violence as the general purpose, and, as specific purposes, the main types of violence, age group of higher prevalence, violence in the different Brazilian states, and the importance of diagnosing. A literature review was performed using Brazilian and international databases Medline, Bireme, Scielo, Ebsco, and books over the period from 1995 to 2014. We concluded that violence is a complex issue, with multiple causes and consequences that negatively reflect in the physical, social, behavioral, emotional, and cognitive development of the child. The main abusers are found in the household sphere, involving family members, employees, dependants, and visitors. Violence against children and adolescents is the first cause of death in the age group from 5 to 19 years, and the second cause of death among children aged between 1 and 4 years. As regards notification across the different Brazilian states, we identified that the Southern Region and the states of Mato Grosso, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Pernambuco, Goiás, São Paulo, Amazonas and Roraima had the highest numbers of notified cases. The emergency department is the incoming way for diagnosis, treatment, and care for the children who are victims of violence. The Child and Adolescent Statute and notification are important tools to better care for victims of violence.

Keywords: Childhood, Adolescence, Violence.

SUMÁRIO

Introdução	9-32
Objetivos	33
Métodos	34
Discussão	35-39
Conclusão	40
Comentários finais	42
Referências	43-47

1. Introdução:

1.1 Infância e Adolescência

Infância segundo o dicionário Michaelis (2009), corresponde ao período da vida, do ser humano, que vai desde o nascimento até a adolescência. Etimologicamente, vem do latim, infantia¹.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º) e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142)².

Em novembro de 1989 foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção sobre os Direitos da Criança, onde eles definem que "criança são todas as pessoas menores de dezoito anos de idade"².

Puberdade é um período da adolescência que se caracteriza pelas mudanças biológicas que ocorrem nessa fase da vida. Com duração de cerca de dois a quatro anos, ela é marcada por crescimento esquelético linear; alteração da forma e composição corporal; desenvolvimento de órgãos e sistemas e desenvolvimento de gônadas e caracteres sexuais secundários, até a maturidade reprodutiva³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adolescência constitui a faixa etária situada entre os dez e vinte anos incompletos e constitui uma fase crítica do crescimento e desenvolvimento humano, marcada por

numerosas transformações relacionadas aos aspectos físicos, psíquicos e sociais do indivíduo³.

Adolescência também é vista como um momento de separação, ruptura e de intenso trabalho de luto relacionado à renúncia da segurança da infância e de seu meio protetor, o distanciamento e a destituição da imagem heroica das figuras parentais. Trata-se de uma fase delicada, pois o jovem oscila entre as novas reivindicações e manifestações de uma imaturidade própria da idade. Portanto, existem vários componentes físicos e psicossociais neste processo de transformação⁴.

Deve-se ressaltar que, desde a gravidez e ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores, têm impacto significativo em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Portanto deve-se promover ambientes seguros e que garantam o apoio e os relacionamentos estáveis e afetuosos de que as crianças precisam⁵.

1.2 Violência:

Violência é definida pela OMS como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁶.

Martins (2013), afirma que na violência contra a criança existe interferência da renda familiar, da escolaridade materna, da idade materna e do

número de filhos entre outros fatores predisponentes familiares. Afirma ainda, que a idade principalmente a fase entre infância e adolescência sofre maior impacto da violência ⁷.

Segundo a OMS (2002), não há um simples fator que explique porque alguns indivíduos se comportam violentamente para com outros, ou porque a violência é mais prevalente em algumas comunidades que outras, reforçando o comentado anteriormente sobre a inter-relação entre fatores individuais, sociais culturais e ambientais ⁶.

A Constituição Federal estipula, no seu 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” ⁶.

Quanto aos tipos de violência, encontramos várias classificações merecendo destaque a descrita por Hirschheimer et al (2011), que além de enfatizar que experiências vividas por crianças provocarão consequências desastrosas ao longo da vida, cita autores como Minayo, que classifica a violência em estrutural (diversidade social), cultural (relação entre grupos) e delinquência (ações criminosas entre grupos). Complementa classificando a violência como doméstica, extrafamiliar, autoagressão e violência entre iguais cada uma com características próprias e subdivisões ⁸.

A violência doméstica é o tipo mais frequente na infância e adolescência, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar.

Costuma prolongar-se por muito tempo, uma vez que a família, considerada o agente protetor da criança, tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e /ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador ⁹.

A violência extrafamiliar é a que estão sujeitas todas as pessoas, inclusive crianças e adolescentes, praticada fora de suas moradias, mais frequentemente por pessoas que detêm sua guarda temporária e por estranhos, podendo ser subdividida em institucional, social e urbana e macroviolência ⁸.

Violência Institucional, segundo o Ministério da Saúde, é a resultante da falta de acesso aos serviços necessários, da falta de qualidade ou inadequação do atendimento, que representa mais uma agressão à pessoa que busca assistência para os diversos tipos de necessidades ¹⁰.

Violência Social segundo Hirschheimer et al (2011), caracteriza-se pela ausência de suporte mínimo biopsicossocial a uma pessoa, grupo de pessoas ou toda uma população. É a forma de violência generalizada mais visível nos países em desenvolvimento ⁸.

Cardoso et al (2003) afirmam que a Violência Urbana é a apresentação de agressividade cada vez mais comum nos dias de hoje, sendo visível o seu aumento progressivo também em níveis sócio-econômicos e culturais mais elevados ¹¹.

Macroviolência ou Violência Populacional é a que ocorre nas guerras, confrontos de grupos e pessoas contra outro, onde todas as formas de violência são praticadas e aceitas pelos integrantes do 1º grupo, que teoriza a

paz, mas mantém a guerra para submissão ao poder do grupo mais forte sobre o mais fraco, segundo Cardoso et al.(2003) ¹¹ .

A autoagressão (violência do indivíduo contra si) é a busca de forma constante, objetiva, inconsequente e progressiva de atividades de risco, execução das ações rotineiras de maneira frequentemente perigosa, procura direta de formas de lesar a si mesmo e suicídio (o grau máximo de autoagressão) ⁸ .

Abasse et al (2009) comentam que vários trabalhos referem que o suicídio através da autointoxicação representa a forma mais comum desse tipo de violência entre as idades de 10 a 19 anos provocado, muitas vezes, por conflitos familiares, fracasso escolar e perdas afetivas ⁴ .

Piltcher et al citam que outros autores enfatizam que esse tipo de agressão representa a 2ª ou 3ª causa de mortalidade entre 15 a 24 anos a depender do país estudado, perdendo apenas para acidentes e homicídios e que muitos destes adolescentes apresentam transtorno psiquiátrico préexistente, além de fatores facilitadores psicossociais e biológicos ¹² .

Violência entre iguais compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao bullying pode ser consequente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional ou do maior apoio dos demais estudantes ^{13,14} .

Uma nova forma de bullying, conhecida como “cyberbullying”, tem sido observada com frequência cada vez maior no mundo. Trata-se da utilização da tecnologia da informação e comunicação (e-mails, telefones celulares, mensagens por pagers ou celulares, fotos digitais, sites pessoais e/ou ações difamatórias online) como recurso para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, de um indivíduo ou grupo, que pretende causar danos a outro(s)¹⁵.

Bullying em crianças e adolescentes tem sido considerado precursor de depressão, ansiedade e ideias suicidas. Observa-se também que a obesidade tem sido uma importante causa para este tipo de violência. E que os agressores geralmente apresentam distúrbios biopsicossociais¹⁶.

Considerando a importância e a grande incidência da violência doméstica (ou maus tratos) e suas repercussões, descreveremos mais detalhadamente seus tipos:

1.2.1. Negligência e Abandono

Envolve a omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis, ou seja, o não atendimento de necessidades físicas e emocionais prioritárias⁹.

A negligência é o tipo mais frequente de maus tratos e inclui a negligência física, a emocional e a educacional¹⁷.

O Código Penal Brasileiro caracteriza o “abandono de incapaz” e a “exposição ou abandono de recém-nascido” nos seus Artigos 133 e 134.

Na caracterização de “maus-tratos” do Artigo 136 do Código Penal Brasileiro está clara a visão da época e a fragilidade da defesa das crianças e dos adolescentes quando o Código Penal em vigor (promulgado em 1940). Ele determina como crime apenas quando se submete a criança e o adolescente à privação da alimentação ou cuidados indispensáveis e que os meios de correção ou disciplina (quais, como e quanto?) são aceitos, desde que não haja abuso, ou, no Artigo 133, em situações de total abandono. Como dar o direito à criança e ao adolescente a ter apenas o “indispensável”? Qual o conceito utilizado atualmente para justificar que meios de correção e disciplina podem ser utilizados para um ser em desenvolvimento e qual é o medidor para dosar quando se estaria cometendo um abuso?¹⁸.

1.2.2. Negligência física

Nesta categoria estão inseridos problemas como:

- a) ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão, por parte dos pais ou responsáveis, da necessidade de atenção ou tratamento médico, às vezes em função de crenças ou práticas religiosas;
- b) abandono e expulsão da criança de casa por rejeição;
- c) descuido na alimentação higiene, vestuário ou proteção às alterações climáticas;

d) imprudência, falta de medidas preventivas para evitar acidentes e supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha por longos períodos¹⁷.

1.2.3 Negligência emocional

Inclui ações como falta de suporte emocional, afetivo e atenção, exposição crônica à violência doméstica, permissão para o uso de drogas e álcool (sem intervenção), permissão ou encorajamento de atos delinquentes, recusa ou não procura por tratamento psicológico quando recomendado¹⁹.

1.2.4 Negligência educacional

Inclui permissão para faltar às aulas após pais ou responsáveis terem sido informados para intervir, não realização da matrícula em idade escolar e recusa para matricular a criança em escola especial quando necessário²⁰.

1.2.5. Abuso físico ou violência física

Envolve o uso da força física contra a criança ou adolescente, por parte dos pais, responsáveis ou cuidadores, sejam eles familiares ou pessoas próximas. Neste caso, a força física é usada de forma intencional, isto é, não ocorre de forma acidental, e tem como objetivo lesar, ferir ou destruir a vítima¹⁰.

O uso da força física é baseado no poder disciplinador e autoritário que o adulto assume sobre a criança ou o adolescente, que são agredidos com o objetivo de obter disciplina e obediência²¹.

Muitas vezes, esse tipo de violência deixa marcas, tendo assim maior visibilidade e de mais fácil diagnóstico. As marcas indicativas do abuso incluem hematomas, escoriações, lacerações, contusões, fraturas ósseas e queimaduras.

O grau da violência física varia consideravelmente desde as mais leves, até agressões que conduzem à morte. As agressões mais frequentes incluem tapas, beliscões, chineladas, puxões de orelha, chutes, cintadas, socos, queimaduras com água quente (escaldo) ou objetos em brasa (como cigarro e ferro elétrico), intoxicação medicamentosa, sufocação, mutilação e espancamentos²².

A redescoberta da violência doméstica foi assinalada por Caffey (1946), que descreveu a síndrome de crianças com hematomas subdurais associados a múltiplas fraturas de ossos longos, de origem traumática. Até 1960, pensava-se que a violência contra a criança era rara, em parte porque a disciplina física de crianças era mais aceita; em parte, pela sua negação. Em 1962, Kempe et al. publicaram um importante artigo no JAMA, descrevendo a síndrome da

criança espancada, tornando o problema da lesão infligida um problema evidente para a comunidade²³.

Trata-se de um fenômeno de compreensão complexa, devendo ser analisado sob diversos olhares: clínico, social, psicológico, psiquiátrico, terapêutico, preventivo, ético e jurídico²³.

1.2.6. Síndrome do bebê sacudido

É o termo utilizado para denominar uma forma de violência frequentemente praticada e que não deixa marcas. O agressor é geralmente o pai biológico, que se irrita com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido ântero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor e até a morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retiniana e subdural¹¹.

1.2.7 Abuso psicológico

É toda forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas,

baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar. Pode envolver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns à sua idade, de ter amigos, ou ainda indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime. Este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, pela sutileza e pela falta de materialidade dos atos, embora tenha impacto negativo profundo sobre o desenvolvimento biopsicossocial (9,22,24).

1.2.8 Alienação Parental

Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie o genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este²⁵.

A Lei nº 12.318/2010 considera ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a autoridade, guarda ou vigilância, para que repudie o genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este, e pune quem colocar os filhos contra os pais depois do divórcio com penas que variam de advertência, multa, ampliação de convivência da criança com o pai/mãe afastado(a), até a perda da guarda da criança ou adolescente, ou mesmo da autoridade parental. A lei se aplica também a avós ou outros responsáveis pela criação dos jovens. Do mesmo modo, se for verificada a

ocorrência de alienação parental, o juiz poderá ampliar o regime de convivência familiar em favor do genitor alienado, estipular multa ao alienador, determinar acompanhamento psicológico ou determinar a alteração da guarda do menor²⁶.

1.2.9 Síndrome de Munchausen por procuração

Ocorre quando pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, inventam, provocam ou simulam na criança sinais e sintomas de várias doenças, falsificam resultados de exames laboratoriais, provocam intoxicações medicamentosas e envenenamentos. A partir destas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (como, por exemplo, coleta de exames desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológico (por exemplo, inúmeras consultas e internações desnecessárias). O diagnóstico é difícil e deve ser suspeitado quando o profissional da saúde não consegue avaliar a gravidade do quadro, e frequentemente a criança encontra-se em bom estado geral²⁷.

A doença pode ser um episódio único, mas, na maioria das vezes é persistente e recidivante, com queixas de sintomas raros, dramáticos, quase sempre trazidas pelo mesmo responsável, que reivindica a realização de vários exames complementares²⁷.

1.2.10 Violência sexual

Trata-se de uma relação cujo objetivo é satisfazer unilateralmente o abusador e pode ser classificada de acordo com a forma (tipo) e com o contexto onde ocorre²⁸.

Os tipos ou formas de abuso sexual podem envolver contato sexual com penetração (oral, vaginal e anal), sem penetração (tentativa para ter sexo oral, vaginal e anal), atividade sexual envolvendo toque, carícias e exposição do genital, exploração sexual envolvendo prostituição, pornografia, voyeurismo e assédio sexual²⁸.

Segundo Teixeira Filho, as crianças e adolescentes submetidas à violência sexual correm o risco de sofrer transtornos graves que se perpetuam na sua evolução psicológica, afetiva e sexual. As consequências podem ser de ordem comportamental, física, cognitiva ou emocional²⁹.

1.3 Violência x Infância x adolescência

As crianças e os adolescentes são especialmente afetados pela violência. Mesmo com os esforços do governo brasileiro e da sociedade em geral para enfrentar o problema, as estatísticas ainda apontam um cenário precário³⁰.

O médico deverá ser capaz de: avaliar melhor os casos cujas queixas já são de violência; identificar outros casos menos evidentes, cujas queixas não têm relação direta com a violência (exemplo: criança é atendida por diarreia, cujo exame físico detecta hematomas em áreas que não são de atrito); e identificar os casos em que é necessário investigar se a violência desencadeou

os sinais e os sintomas (exemplos: crise de asma que pode decorrer de violência psicológica ou negligência nos cuidados; sangramento ou fissura anal em criança não constipada que pode decorrer de violência sexual; hemorragia no SNC sem história de acidente, que pode ser consequência de violência física por exemplo)³¹.

A cada dia, 129 casos de violência psicológica, física, sexual e negligência contra crianças e adolescentes são reportados, em média, ao Disque Denúncia 100. Isso quer dizer que, a cada hora, cinco casos de violência contra meninas e meninos são registrados no país. Esse quadro pode ser ainda mais grave se levarmos em consideração que muitos desses crimes nunca chegam a ser denunciados³⁰.

Segundo Estudo de Assis et al, em 2010, em todo o país, foram registradas 12.473 notificações de violência doméstica e outras violências contra crianças menores de 10 anos. Deste total, ocorreram 1.797 notificações em menores de 1 ano e 10.682 na faixa de 1 a 9 anos. Considerando-se todas as faixas etárias, houve um total de 73.794 notificações (16,9% referentes a crianças)³².

Observa-se que Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal na região Centro Oeste, os três estados da região Sul, Rio de Janeiro (Sudeste) e Pernambuco (Nordeste) apresentam as maiores taxas de notificações em crianças menores de um ano de idade. Na faixa de 1 a 9 anos os mesmos estados mostram taxas significativas, acrescidos de Goiás (GO), São Paulo (SE), Amazonas e Roraima (Norte)³².

Tabela 1. Distribuição do número e taxa de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em crianças, do percentual de notificações de crianças em relação a todas as faixas etárias, do percentual de municípios e número de unidades de saúde notificantes, segundo UF, 2010.

UF	Número de notificações em crianças < 1 ano	Taxa* de notificações < 1 ano	Número de notificações em crianças 1-9 anos	Taxa* de notificações 1-9 anos	% notificação de crianças em relação a todas as faixas etárias	% municípios notificantes no Estado	Número de unidades de saúde notificantes
Rondônia	0	-	7	2,88	3,7	7,7	13
Acre	3	20,55	46	31,74	11,0	13,6	8
Amazonas	33	44,97	358	52,48	30,5	19,4	28
Roraima	2	21,22	56	63,97	11,4	33,3	5
Pará	18	12,66	532	38,66	43,3	13,3	28
Amapá	1	7,08	17	13,23	8,8	6,3	1
Tocantins	9	37,95	50	21,74	8,9	9,4	31
Maranhão	20	16,67	116	9,76	26,0	12,0	43
Piauí	6	12,80	70	14,79	11,3	9,0	36
Ceará	12	9,52	91	7,49	14,2	22,8	69
Rio Grande do Norte	10	21,56	26	5,83	6,3	9,6	28
Paraíba	4	6,94	76	13,90	10,1	6,3	28
Pernambuco	175	133,30	624	48,37	18,3	10,3	79
Alagoas	2	3,75	34	6,55	2,7	6,9	10
Sergipe	1	3,09	54	17,11	32,0	2,7	3
Bahia	41	19,97	435	21,27	11,6	11,0	136
Minas Gerais	69	27,70	695	28,29	11,6	15,9	248
Espírito Santo	2	4,08	18	3,91	9,1	7,7	6
Rio de Janeiro	289	148,05	843	44,71	20,2	48,9	157
São Paulo	350	65,64	3020	60,37	15,6	27,9	463
Paraná	165	114,08	477	35,66	19,9	18,0	117
Santa Catarina	72	88,23	345	45,34	12,2	32,1	152
Rio Grande do Sul	254	198,54	1172	94,53	21,8	26,4	260
Mato Grosso do Sul	189	485,85	712	203,01	20,4	26,9	75
Mato Grosso	2	4,17	35	7,78	10,3	14,9	36
Goias	29	33,55	471	57,15	17,7	6,1	47
Distrito Federal	39	103,39	301	85,50	28,3	-	24
Total Brasil	1.797	66,23	10.681**	41,00	16,9	17,4	2131

* Taxas por 100.000 habitantes

** Uma notificação excluída por UF ignorada

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN - Net (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Contínuo 2010. SINAN/SVS/MS)³³..

A maior parte das notificações da violência contra menores de um ano ocorre na residência. No que se refere aos tipos de violência, a

negligência/abandono se destaca (63,2% das notificações), seguido pela violência física (28%). Bem distante seguem os outros tipos de violência, com destaque para os tipos psicológico/moral e sexual, mais comum entre as meninas. Em todos os tipos de violência mencionados (exceto negligência) encontrou-se percentual elevado de “sem informação” (entre 15 e 20%)³³.

Tabela 2. Distribuição do número e proporção das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças menores de 1 ano de idade segundo sexo e algumas variáveis contidas nas notificações. Brasil, 2010.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cor da pele/etnia						
Branca	347	40,8	387	42,0	736	41,0
Preta	47	5,5	51	5,5	98	5,5
Parda	234	27,5	238	25,8	476	26,4
Amarela/Indígena	5	0,6	10	1,1	15	0,8
Sem informação*	218	25,6	236	25,6	472	26,3
Deficiência/Transtorno						
Sim	24	2,8	30	3,3	55	3,1
Sem informação*	380	44,7	366	39,7	764	42,5
Local de ocorrência						
Residência	453	53,2	512	55,5	973	54,1
Habitação Coletiva	4	0,5	1	0,1	5	0,3
Escola	11	1,3	10	1,1	21	1,2
Local de pratica esportiva	1	0,1	0	-	1	0,1
Bar ou Similar	1	0,1	6	0,7	7	0,4
Via pública	42	4,9	37	4,0	79	4,4
Comércio/Serviços	24	2,8	28	3,0	52	2,9
Indústrias/construção	5	0,6	0	-	5	0,3
Outros	153	18,0	178	19,3	345	19,2
Sem informação*	152	17,9	155	16,8	309	17,2
Violência física						
Sim	234	27,5	269	29,2	503	28,0
Sem informação*	133	15,6	140	15,2	283	15,7
Violência psicológica/moral						
Sim	62	7,3	111	12,0	173	9,6
Sem informação*	160	18,8	171	18,5	341	19,0
Tortura						
Sim	12	1,4	15	1,6	27	1,5
Sem informação*	156	18,3	182	19,7	348	19,4
Violência sexual						
Sim	24	2,8	96	10,4	120	6,7
Sem informação*	157	18,4	159	17,2	326	18,1

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN - Net (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Contínuo 2010. SINAN/SVS/MS)³³.

No que se refere aos meios utilizados para a agressão à criança, tem-se que a força corporal/espancamento é o mais registrado: 16,4%, atingindo mais meninas do que meninos na proporção de 1,32 : 1. Com frequência bem inferior seguem as ameaças (4,9%), também mais relatadas entre meninas, na proporção de 2,34 meninas:1menino. Objetos perfuro-cortantes, substâncias/objetos quentes, objetos contundentes e armas de fogo feriram menos crianças (2,2%, 2,1% e 1,8%, 0,8% respectivamente), com maior risco para o sexo masculino. Os enforcamentos foram mencionados em 0,8% das notificações. Em geral, os meios utilizados ficaram sem informação em 22% dos registros³².

As partes do corpo mais atingidas, considerando-se os casos de violência em que constam com lesões físicas (com foco no diagnóstico principal) são: cabeça e face (28,5%) e os membros superiores (5,5%). Meninas sobressaem por sofrerem mais lesões nos órgãos genitais e ânus (6,7% contra 1,2% dos meninos), quadril e pelve (0,9% versus 0,2%) e em múltiplos órgãos e regiões do corpo (9,2% versus 7,2%)³².

Meninos têm mais lesões no tórax/dorso (5,1% versus 2,2% das meninas), membros inferiores (4,9% versus 3,7%) e no abdome (2,2% contra 1,1%). Locais pouco mencionados são: pescoço (1%), boca/dentes (0,9%) e coluna/medula 0,1%. Há neste item um elevado percentual de notificações sem informação (41,7%)³².

Os prováveis autores da agressão reportados nas notificações são: a mãe da criança, apontada em 60,6% do total e o pai (28,5%). Com frequência bem menor estão os amigos/conhecidos (4,1%), pessoas desconhecidas (3,3%), padrastos - 1,1% (mais padrastos entre as meninas - 1,5% que entre

meninos - 0,6%), irmãos (1,6%), madrasta (0,2%) e outros cuidadores (0,8%). Considerando-se apenas o sexo do agressor tem-se que predominam as mulheres (39,8%) em relação os homens (21,5%) nos casos em que há apenas um autor da agressão³².

No Brasil, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde apontam a ocorrência de 4.111 óbitos em crianças de 0 a 9 anos em 2009 (taxa de mortalidade de 12,6/100.000 habitantes dessa faixa etária). Destes óbitos, 1.129 correspondiam a acidentes de transporte, 318 a agressões ou homicídios, 162 a quedas e o restante a outros acidentes. Em 2010, foram registradas 89.650 internações hospitalares por causas externas na população de 0 a 9 anos em serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde³⁴.

Em estudo realizado em Londrina com menores de 15 anos residentes na cidade a partir das notificações efetuadas em 2002 e 2006 aos Conselhos Tutelares, projetos e programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados foram analisados 607 casos em 2002 e 1.013 em 2006³⁵.

A violência ocorreu predominantemente na residência da vítima e por 1 a 2 anos antes da notificação, com predomínio da violência física (52,9% em 2002 e 48,2% em 2006). Observou-se aumento dos coeficientes de notificação dos episódios em todos os tipos de violência entre os dois anos de estudo, com reincidência em 172 (10,6%) casos. O aumento dos coeficientes de incidência de 2002 para 2006 desperta para a necessidade de investimentos, tanto na prevenção quanto no aprimoramento da informação³⁵.

Segundo Sani (2012), eventos que, direta e indiretamente, envolvam crianças em violência no âmbito familiar, por si só, desencadeiam uma série de consequências em seu desenvolvimento psicológico, cognitivo e social³⁶.

Segundo dados da UNICEF (2003), quase 3.500 crianças menores de 15 anos morrem todo ano por maus tratos (físico ou negligência) em todo o mundo. Para cada morte por maus tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico³⁷.

Calcula-se que no mundo inteiro o coeficiente de mortalidade por maus tratos seja de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino, sendo estes perpetrados pelo pai biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (em 38,9%), pelo padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4)³⁷.

Segundo dados do Department of Health & Human Services from USA, 75% das crianças sofreram negligência; 15% sofreram de abuso físico e 10% foram vítimas de abuso sexual, sendo que crianças até o 1º ano de idade correspondem ao maior número de vítimas, que significam 21 crianças para cada 1000 da mesma idade na população nacional estudada³⁸.

O sexo masculino representou 48,6% das vítimas, contra 51,1% no sexo feminino, além de menos 1% sem definição do sexo³⁸.

Quanto à raça, predominava a raça branca; seguida pela hispânica e afro-americanos³⁸.

A violência contra a criança e o adolescente, seja ela física, sexual, por negligência por abandono ou psicológica vem alarmando nossa sociedade

pelos crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes, constituindo-se a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos no Brasil³⁹.

No Hospital do Servidor Público Municipal foi implantado, em 2007, o Núcleo de Atendimento a Vitimas de Violência na Infância e Adolescência (NAVVIA), composto de equipe multidisciplinar, com a finalidade de primeiro atendimento e acolhimento às vítimas de violência. O primeiro caso atendido foi em 12/11/2007 e atualmente já existem mais de 73 casos documentados.

No período compreendido entre 2008 e 2009, 43 casos foram notificados à Vara da Infância e da Juventude e ao Conselho Tutelar apresentando a seguinte distribuição (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Casos identificados pelo NAVVIA em 2008 e 2009, por tipo de violência.



Fonte: Dados do Hospital do Servidor Público Municipal - NAVVIA (2009)⁴⁰.

Figura 2: Casos identificados pelo NAVVIA em 2008 e 2009, por tipo de violência, por faixa etária.



Fonte: Dados do Hospital do Servidor Público Municipal - NAVVIA (2009)⁴⁰.

Estudo realizado em Fortaleza, com 14 profissionais da unidade de atendimento de urgência pediátrica, no período de março a junho de 2004, conclui ser necessário preparo entre os profissionais para atendimento de crianças vítimas de violência, pois envolve não só a assistência às lesões como a assistência biopsicossocial⁴¹.

No âmbito jurídico, tanto o sujeito que pratica qualquer forma de violência direta contra a criança, quanto aquele que dela participa indiretamente, viola os direitos básicos desta criança e, como consequência, deveria ser por isso responsabilizado⁴².

Foi publicada em 27 de junho de 2014, no Diário Oficial da União a lei que proíbe o uso de castigos físicos e de tratamento cruel ou degradante como formas de correção, disciplina e educação de crianças e adolescentes. Conhecida como Lei da Palmada, a norma determina que os pais, demais

integrantes da família, responsáveis e agentes públicos executores de medidas socioeducativas que descumprirem a norma vão receber encaminhamento para um programa oficial ou comunitário de proteção à família, tratamento psicológico ou psiquiátrico e advertência. O texto prevê ainda que a União, os estados e os municípios deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de menores. Ainda de acordo com a norma, os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar mais próximo⁴³.

Roque et al, em 2007, relatam que crianças e adolescentes vítimas de violência apresentam alterações psicológicas com dificuldade de relacionamento tanto na família quanto em convívios externos necessitando de acompanhamento psicológico⁴⁴.

Há diferença entre o abuso sexual intrafamiliar e o extrafamiliar. Este se configura quando a violência acontece fora do lar, ou tem como abusador alguém não próximo à família. Aquele transcorre dentro do seio familiar, envolvendo o menor e parente próximo, muitas vezes pessoa do convívio diário. O abuso sexual infantil intrafamiliar é apenas um dos diversos tipos de violência a que a criança está exposta no lar. Vem sendo praticado, ao longo dos tempos, sem distinção de raça, cor, etnia ou condição social. Ocorre de forma velada e, na maioria das vezes, não é relatado às autoridades competentes. Devido a constrangimentos, o tema não vinha sendo tratado em doutrina, até poucos anos atrás, dificultando, assim, as estatísticas e a

comprovação do fato ilícito. É uma das formas mais cruéis de se maltratar uma criança e consiste na utilização de um menor para a satisfação dos desejos sexuais de um adulto⁴⁵.

Estudo realizado com 236 estudantes do ensino médio nas cidades de Presidente Prudente, Assis e Ourinhos concluiu que 34,7% apresentaram casos de violência doméstica sexual, 43,2 % de violência sexual extradomiciliar e 9,7 % de ambas²⁹.

Estudo realizado na Turquia, em 2014, com avaliação de crianças vítimas de violência sexual, concluiu haver maior número de vítimas do sexo feminino e, embora o agressor fosse conhecido, muitos destes casos não eram relatados⁴⁶.

Com a finalidade de alertar pediatras quanto à importância de fazer o diagnóstico de violência na infância e adolescência, foi proposto realizar revisão de literatura sobre esse tema.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o impacto da violência na infância e adolescência

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os principais tipos de violência na infância e adolescência □

Avaliar a faixa etária de maior prevalência

- Avaliar a violência nos diferentes Estados do Brasil □

Demonstrar a importância do diagnóstico

3. Métodos

Revisão de literatura através de 46 artigos pesquisados em bases de dados brasileiras e internacionais (medline, Bireme, Scielo, Ebsco) e livros da especialidade durante o período de 1995 a 2014.

Após leitura desses foram selecionados os de maior relevância .

4.Discussão:

Na definição de infância e adolescência utilizamos dados do Estatuto da Criança e do Adolescente e percebemos que todos os autores fazem uso das faixas etárias como critérios de limite para definição entre essas fases, apesar de apresentarem comentários sobre as alterações anatômicas e morfológicas^{2,18}.

Refletindo sobre o apresentado achamos que a idade cronológica não deveria ser o único critério empregado para estabelecer esses limites. Enfatizamos que no desenvolvimento do ser humano a maturidade de cada indivíduo representa marco importante podendo ser utilizado para fortalecer os critérios de definição.

Quanto à violência, a SBP - RJ (2001) , apresenta uma definição mais ampla citando que varia de acordo com visões culturais e históricas sobre a crianças e seus cuidados²⁷.

Corroborando com essa definição, Martins (2013) associa a renda ,familiar, escolaridade materna, número de filhos, como estrutura familiar interferindo nos índices de violência⁷.

A OMS (2002) já havia sinalizado a dificuldade em definir a violência e citava muito bem que não existia explicação do porquê alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou o motivo pelo qual a violência se mostra mais prevalente em algumas comunidades que outras¹⁰.

Segundo o artigo 227 da Constituição Federal : “ 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”¹⁸.

Concordamos com o descrito anteriormente e com a complementação das definições. Elogiamos a Constituição por todos os cuidados em relação aos direitos da criança e dos adolescentes, porém lamentamos o não cumprimento principalmente no âmbito familiar o que é confirmado pelo aumento da violência em todo o mundo. Talvez o descumprimento seja devido, como foi dito anteriormente à diferenças culturais entre as classes sociais, existindo até nos dias atuais entre classes de menor renda um maior abuso do poder dos pais perante os filhos.

Em relação aos tipos de violência, autores como Hirschheimer e muitos outros apontam que a mais prevalente é a doméstica, incluindo principalmente as formas de negligência, seguidas pelo abuso físico, sexual e psicológico, além das que se encontram mais em destaque atualmente como a violência entre iguais, ou Bullying⁸.

Fazendo uma análise crítica sobre o descrito, questionamos o papel da estrutura familiar e suas repercussões. Lares desestruturados por uniões mal sucedidas com consequências drásticas em relação aos filhos ou crianças e adolescentes que frequentam esses ambientes. Como solucionar esses casos se o medo das punições faz com que esses menores não denunciem o ocorrido ou o que continua ocorrendo?

Autores como Marmo (1995), Lopes ET AL. (2000), Pressel (2000), Glaser (2002), Hlady (2004), enfatizam a negligência por abandono , a física, a emocional e a educacional como de grande significância nos tipos de violência

17,19,20,21,22

Constatamos que nos dias atuais os pais ficam muito tempo fora dos lares envolvidos em trabalhos e responsabilidades o que faz com que haja poucas horas de convívio com os filhos. As poucas horas que permanecem no domicílio, muitas vezes em estado de exaustão fazem com que não consigam dar atenção às crianças que, se sentindo abandonadas, começam a apresentar alteração em outras áreas do comportamento com repercussões a curto, médio e longo prazo de grande impacto.

Fazendo uma análise reflexiva sobre o Bullying, podemos perceber que os autores deste tipo de agressão talvez sejam influenciados de forma negativa por conflitos e exemplos vivenciados em seus próprios lares.

Reforçando-nos novamente o conceito de que a estrutura familiar sólida é muito importante para a formação e desenvolvimento de cada indivíduo.

Outro ponto de grande relevância é a violência sexual. Santoro (2002) refere que a manipulação dos órgãos genitais das mais variadas formas do adulto em relação à criança e ao adolescente é um fenômeno antigo mas sempre atual²⁸. Corroborando com este conceito, observamos que cada vez mais aparecem escândalos de pedofilia divulgados na mídia, que terminam muitas vezes sem punições severas devido à falta de provas, ou mesmo por coação por parte das vítimas que, como já foi visto, às vezes até dependem do sustento do agressor no caso de ele ser o próprio pai ou padrasto .

Em referência à Síndrome de Munchausen, muitas vezes presenciada nos pronto socorros atualmente, observa-se que na maioria das vezes o objeto problema da situação frequentemente é a mãe ou parente próximo da criança ou adolescente, onde muitas vezes a vítima não tem conhecimento sobre as acusações que lhe são apresentadas ou, situações as quais ela se vê obrigada a representar, gerando até traumas futuros que poderão afetar o desenvolvimento deste, visto que muitas vezes esses indivíduos são crianças com personalidade retraída, que se mostram submissas às afirmações do responsável por ela, principalmente durante as consultas médicas⁸.

Em relação à violência física o Ministério da Saúde se posiciona como uso de força física de forma intencional geralmente praticado por cuidadores, familiares ou pessoas próximas¹⁰.

Marmo et al, enfatizam que esta força geralmente é utilizada para obtenção de disciplina e poder por parte dos adultos em relação a crianças e adolescentes¹⁷.

Pressel relata que este é um tipo de violência que pode deixar marcas ou cicatrizes que, dependendo do grau destas, é possível muitas vezes se chegar ao diagnóstico de como este ato foi praticado²².

Este é um tipo de violência comumente presenciada na pediatria, cujo diagnóstico se torna difícil por medo das vítimas em dizer sobre o ocorrido, e pelo agressor que não se posiciona sobre os fatos, ou mesmo pelo responsável que acompanha o atendimento e sabe o que acontece, mas consente ao calar-se.

Devemos lembrar que é um dos tipos mais graves que podem ocorrer pois pode até, levar à morte, a depender do tipo de lesão causada, como por

exemplo na Síndrome do Bebê Sacudido, onde por movimentos repetidos de chacoalhar a criança com forte intensidade pode provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até levar à morte. O diagnóstico é feito pela identificação de uma combinação de hemorragias retiniana e subdural, segundo Cardoso et al¹¹.

Quanto à auto-agressão e a violência extrafamiliar, podemos perceber que não são as formas mais frequentes na infância.

Na adolescência encontramos estudos como o de Teixeira Filho et al 2013 que aponta o suicídio como a principal forma de autoagressão nesta faixa etária²⁹. Na pediatria é muito frequente a autoagressão apresentar-se como tentativa de suicídio por intoxicação, por exemplo. Observamos, no dia a dia, como descrito em várias pesquisas, que muitos desses adolescentes praticam essa forma de auto agressão após decepções afetivas ou discussões familiares somente com a finalidade de despertarem a atenção, sem avaliar as consequências.

5. Conclusão:

A violência é um problema complexo, com múltiplas causas e com consequências devastadoras para as crianças e adolescentes vitimadas por agressões refletindo de forma negativa no desenvolvimento infantil nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva.

Por se envolver frequentemente com a criança em situação de violência, têm sido atribuídas ao pediatra ações de identificação, enfrentamento e prevenção desse problema, demandando uma mudança de olhar das questões meramente clínicas para as sociais.

As principais repercussões da violência na saúde infantil estão vinculadas diretamente aos impactos causados por fatores traumáticos, físicos, emocionais, afetivos, e ao tempo decorrido entre a violência e o aparecimento do agravo, variando de criança para criança e levando a alterações nutricionais e de desenvolvimento, relacionadas ao estado psicológico e a capacidade intelectual da criança.

Os principais agressores estão no âmbito familiar da vítima, mas em termos de conceitos considera-se como mais frequente a violência doméstica, devido a maior amplitude do termo que envolve os empregados, agregados e visitantes esporádicos aos familiares. Apresenta-se elevado o índice de violência doméstica contra crianças e adolescentes. O domicílio corresponde como o local de maior ocorrência da violência. Os principais tipos de maus-tratos passíveis de notificação incluem negligência ou abandono, abuso físico como a Síndrome do Bebê Sacudido, abuso sexual e abuso psicológico como Síndrome de Munchausen por procuração, por exemplo.

A violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa de morte entre as crianças de 1 a 4 anos.

Em relação à notificação entre os diversos estados do Brasil, identificamos que os Estados de Mato Grosso, Região Sul , Distrito Federal, Rio de Janeiro, Pernambuco, Goiás ,São Paulo, Amazonas e Roraima foram os que obtiveram maior número de casos notificados.

Os Estados de Rondônia, Amapá, Espírito Santo , Alagoas , Rio Grande do Norte e Tocantins foram os que apresentaram menor número de notificações.

O setor de emergência é uma importante porta de entrada para o cuidado da criança vítima de violência e representa uma oportunidade única de proteção para aquelas que não frequentam outros serviços de saúde.

A rotina agitada e a falta de tempo e de privacidade, bem como o pouco treinamento dos profissionais, podem levar à subdetecção dos casos nesses cenários, levando muitas vezes a consequências drásticas.

6. Comentários Finais

No Brasil, o tema passou despercebido por séculos e só começou a ter relevância no meio científico e na sociedade há aproximadamente três décadas, com a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura direitos especiais e proteção integral às crianças e adolescentes. No entanto, observa-se que nem sempre as normas deste estatuto são praticadas devido à falta de envolvimento dos profissionais de saúde e das instituições que prestam assistência a essa clientela, o que prejudica a obtenção de dados oficiais, representativos e significantes da realidade, necessários para evidenciar o problema e para o desenvolvimento de políticas públicas.

Compete ao profissional da saúde, independente da sua área de atuação, tentar reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientizar os demais membros da equipe de assistência à criança ou adolescente, utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência.

Cabe salientar que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 13/07/1990), é dever do profissional e das instituições da saúde e da educação notificar ao Conselho Tutelar da região de moradia da suposta vítima, qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Artigos 13 e 245), por meio de relatório médico, social ou psicológico.

Além da notificação ao Conselho Tutelar, a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011, inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como agravo de notificação compulsória, por meio de Ficha de Notificação específica para essa finalidade.

7. Referências:

1. Michaelis: dicionário de língua portuguesa. Disponível em: <http://www.michaelis.uol.com.br/> acessado em 05/08/2014.
2. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios . Adolesc. Saúde. 2005;2(2):6-7.
3. Lourenço B, Queiroz LB. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. Rev Med São Paulo, 2010 abr.-jun.;89(2):70-5.
4. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC et al . Análise epidemiológica da morbi mortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. Ciência e saúde coletiva 2009 . 14(2):407-16.
5. Rosas FK, Cionek MIGD . O Impacto da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes na Vida e na Aprendizagem - Conhecimento Interativo, São José dos Pinhais, PR, v. 2, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2006
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy AJ et al . Organização Mundial de Saúde, editora Própria, Geneva, 2002.
7. Martins CBG - Acidentes e violências na infância e adolescência: Fatores de Risco e de Proteção, Rev. Bras. Enferm. 2013 - 66:4.
8. Hirschheimer MR, Waksman RD. Manual de atendimento à crianças e adolescentes vítimas de violência, Brasília, CFM- 2011, pg 172.
9. Lara MCA. Violência e vitimização da criança. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à Saúde. Atheneu, São Paulo; 2000.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002. [Série A Normas e Manuais Técnicos; 167].
11. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJCS, Hirschheimer MR et al. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatr Mod* 2003; 39(9):354-63.
12. Piltcher R, Sukiennik PB, Cataldo Neto A et al . - Suicídio na adolescência
In : Cataldo Neto AC; Gauer GJC ; Furtado NR ; *Psiquiatria para estudantes de medicina*, EDIPUCRS, Porto Alegre 2003, capítulo 112 pg 682-84.
13. Campos JA, Paes CAN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Segurança da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé Nutrição; 2004.
14. Neto AAL, Saavedra LH. *Diga não para o bullying*. Rio de Janeiro: Abrapia; 2004.
15. Shroff Pendley JS. *Bullying and your child*. Kidshealth [internet]. 2005 [cited 2007 Jun]. Available from: <http://www.kidshealth.org/parent/emotions/behavior/bullies.html>.
16. Ballone GJ, Moura EC - *Maldade da Infância e Adolescência: Bullying* - In. *PsiquWeb*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008
17. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança. (Parte I) *J Pediatr (Rio de J)* 1995;71:313-6.
18. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 16 jul 1990; seção I:13563.

19. Hlady J. Child neglect: evaluation and management. *B C Med J* 2004;46(2): 77-81
20. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002Jun;26(6-7):697-714
21. Lopes MVG, Tavares PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod* 2000;36(10):684-8.
22. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician* 2000 May;61(10):3057-64.
23. Violência doméstica e suas diferentes manifestações - Vivian Peres Day Lisieux Elaine de Borba Telles¹; Pedro Henrique Zoratto¹ *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* vol.25 suppl.1 Porto Alegre Apr. 2003
24. Barry F, Collins P. Difusion e historia del abuso y el descuido del niño. In: Garbarino J, Eckenrode J, editores. *Por qué las familias abusan de SUS hijos*. 1ª ed. Granica; Espanha 1999. p.45-83.
25. http://www.webartigos.com/_resources/files/_modules/article/article_87542_2012042114461224d0.pdf (acessado em 07/08/2014)
26. Denise Maria Perissini da Silva. A nova lei da alienação parental. Acessívelem: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9277
27. Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2001.

28. Santoro MJ. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr. Mod* 2002;6(38):279-83)
29. Teixeira Filho FS, Rondini CA, Silva M et al . Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência - *Psicol. Soc.* 2013, Vol 25 nº 1. Belo Horizonte)
30. Infância e adolescência no Brasil - Unicef
www.unicef.org/brazil/pt/activities.htm consulta 2014) acessado em 08/08/14.
31. Ferreira AL. A criança vítima de violência. - *Revista de Pediatria SOPERJ.* 2012;13(2):4-9
32. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP et al . Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil - *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2305-2317, 2012
- 33 . Brasil. Ministério da Saúde. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no SINAN - Net (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Contínuo 2010. SINAN/SVS/MS.
34. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009 *Accidents and violence in childhood: survey evidence of emergency care for external causes - Brazil, 2009* *Ciênc. saúde coletiva* vol.17 n.9 Rio de Janeiro Sep. 2012
35. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.18 n.4 Brasília dez. 2009
36. SANI A I. Violência Interparental:A vitimização indireta de crianças. *Temas de Vitimologia*. Coimbra: Almedina.2012

37. UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card; Nº 2. [cited 2008 Ago 18]
38. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES from USA 2012, - Child Maltreatment Report.
39. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, org. Violência e criança. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (USP); 2002. p. 95-114.
40. Dados do Hospital do Servidor Público Municipal - NAVVIA (2009)
41. Amaral LV, Gomes AM, Figueiredo SV et al. JEmot Behav Disord 2012 , 20 (3:193, 207)
42. Trindade J, Sani A I. Sistema de Proteção à Infância em casos de Crianças envolvidas em processo crime por Violência Doméstica - Revista Brasileira de Direito, IMED, Vol. 9, nº 2, jul-dez 2013 - ISSN 2238-06.
43. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm
acessado em 05/08/14
44. Roque EMST, Ferriani MGC. A study about families of children and teenagers Who victims of violence and faced judicial intervention. Rev LatinoAm Enferm 2007, 15:4
45. Balbinotti C. A Violência Sexual Infantil Intrafamiliar: a revitização da criança e do adolescente vítimas de abuso.- Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.
46. Aydin B , Aksas S, Turla A et al. Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases , American Academy of Forensic Sciences 2014.