

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CAROLINA BULHÕES WEISSHEIMER

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE: inserção nas políticas públicas e implicações à
Enfermagem**

Porto Alegre

2011

CAROLINA BULHÕES WEISSHEIMER

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE: inserção nas políticas públicas e implicações à
Enfermagem**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Enfª Drª Profª Maria da Graça Corso da Motta

Porto Alegre

2011

Ao meu avô Abade, com amor, e
muita saudade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, Arno e Flávia, que sempre me incentivaram a estudar e acima de tudo me deram amor incondicional e a minha irmã, Luiza, que, apesar de estar no auge da adolescência, possui o dom de me fazer rir de uma forma que ninguém consegue.

Agradeço aos meus familiares, que sempre me ensinaram e demonstraram, juntamente com os meus pais, princípios básicos, como amor, solidariedade, honestidade, afeto e amizade.

Agradeço a todos os professores, colegas e amigos que me ajudaram durante a minha longa jornada, em especial a minha orientadora, a Prof^a Motta, pela paciência e dedicação demonstrados ao longo da elaboração do presente estudo.

Por fim, agradeço a Deus por me guiar e me mostrar sempre à direção correta, iluminando-me nos momentos mais difíceis.

“O que gostaria de conservar na família no terceiro milênio são seus aspectos mais positivos: a solidariedade, a fraternidade, a ajuda mútua, os laços de afeto e de amor. Belo sonho.”

Michelle Perrot

RESUMO

A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente é uma temática cada vez mais abordada tanto pelos profissionais de saúde, como pelas instituições e as organizações de proteção infanto-juvenil, contudo constata-se que as equipes de saúde ainda enfrentam dificuldades relacionadas com as situações de maus-tratos a criança e o adolescente. O objetivo deste estudo foi identificar e descrever políticas públicas sobre a prevenção da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente e as suas implicações para a prática de enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. A coleta das informações ocorreu a partir de livros, das bases de dados LILACS, BDNF, CAPES, BENF e SCIELO e dos sítios eletrônicos do senado federal, ministérios e secretarias de estado. Utilizou-se as palavras chaves violência na família, políticas públicas, criança, cuidado de enfermagem e adolescente. O período de inclusão dos artigos foi de 2000 a 2010. Foram identificadas 12 políticas públicas voltadas à proteção da criança e do adolescente. Constata-se a necessidade de notificação nos casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e o adolescente. Além disso, acionar as redes de atenção a saúde, sendo imprescindível o trabalho interdisciplinar e educação permanente para a equipe de saúde considerando a pouca instrumentalização acerca das políticas públicas, bem como a identificação das redes de apoio do Sistema Único de Saúde e Organizações Não-Governamentais.

Descritores: Violência na Família. Políticas Públicas. Criança. Cuidado de enfermagem. Adolescente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO.....	11
3 METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipo de Estudo.....	12
3.2 Fonte de Informações.....	12
3.3 Coleta das Informações.....	13
3.4 Análise das Informações.....	13
3.5 Aspectos éticos.....	14
4 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL: Contextualização.....	15
5 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVIDAS.....	19
5.1 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	21
5.2 Conselho Tutelar.....	22
5.3 Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.....	24
5.4 Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.....	24
5.5 Notificação de Violência contra a Criança e o Adolescente na Rede do SUS.....	26
5.6 Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.....	26
5.7 Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.....	27
5.8 Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.....	28
5.9 Projeto Escola que Protege.....	29
5.10 Política Nacional de Promoção da Saúde.....	29
5.11 Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA).....	31
5.12 Programa Saúde na Escola.....	31
6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A – Formulário da coleta de informações.....	43

ANEXO A – Ficha de Notificações / Investigação Individual de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências..... 46

1 INTRODUÇÃO

A escolha da temática pela pesquisadora ocorreu em virtude de experiência acadêmica desenvolvida no quinto semestre no "projeto proteger: saúde e comportamento violento", sendo este uma ação de extensão vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no qual estuda o comportamento violento em adultos e crianças e atende a comunidade, contribuindo para a redução da violência (ZOTTIS *et al.*,2008). A finalidade do projeto é atender pais e crianças encaminhados por conselhos tutelares, escolas e outros órgãos integrantes da rede de proteção a criança e ao adolescente, por situação de violência intrafamiliar. O atendimento aos pais e/ou filhos ocorria de forma multidisciplinar, podendo haver uma troca de conhecimentos e habilidades.

Ao longo da trajetória humana, a violência foi e continua sendo vista como parte importante do cotidiano. A agressividade é vital para a sobrevivência humana, sendo por meio dela que o homem defendeu-se e manteve-se vivo como espécie e indivíduo (ZOTTIS, ALGERI e PORTELLA, 2006). Todavia, a violência muda, e a mudança está também nas representações do fenômeno, ou seja, ela não deixa de ser altamente subjetiva, que em um dado momento, uma pessoa, um grupo, uma sociedade a considera como tal (WIEVIORKA, 2007). Ao longo dos anos, vários autores produziram conceitos para a violência, contudo a definição que mais se adapta a todas as formas possíveis de violência, e a descrita por Krung (2002), pois esta definição, além de trazer noções já muito difundidas do que é a violência, também mostra violências não tão visíveis, como o dano psicológico, a ameaça (que muitas vezes nem é percebida como violência, tanto por profissionais da saúde, quanto pela população em geral), e também trás a idéia de violência a um grupo ou comunidade, ultrapassando a percepção de violência direcionada a um único indivíduo. Abaixo segue a sua definição de violência:

Violência caracteriza-se pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*,2002 p.4,tradução livre).

A violência também pode ser conceituada, segundo Bazon (2008), como qualquer ato acidental que leve a danos físicos ou psicológicos realizados pelos cuidadores da criança, advindos de ações sexuais, emocionais ou físicas. Somando-se que esses eventos podem vir a ocorrer por permissão ou omissão ameaçando o desenvolvimento da criança (físico ou psicológico). Inserido neste conceito de violência cabe salientar que “o ambiente doméstico e familiar tem sido o cenário predominante de expressão da violência contra a criança e o adolescente” (NUNES, SARTI e OHARA, 2008, p. 137). A violência familiar ocorre em um ambiente privado, sendo as vítimas os membros mais vulneráveis do meio familiar (ZOTTIS, ALGERI e PORTELLA, 2006), sendo assim, percebe-se como população de risco para sofrer este tipo de violência as mulheres, crianças e idosos.

Dentro deste contexto, um indivíduo pode sofrer a violência de várias formas (LIMA e FARIAS, 2008). Segundo Souza e Mello Jorge (2006), a violência intrafamiliar se expressa sob diferentes formas, e quando relacionadas às crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como abuso físico, abuso psicológico, negligência e abuso sexual.

Atualmente, é cada vez mais abordada e discutida a temática violência. Além dos altos custos dispensados pelos casos de violência, há também uma grande preocupação das instituições envolvidas na proteção da criança e do adolescente. Este processo de discussão foi intensificado no final do século XX envolvendo a área de saúde, conforme autores que estudam esta temática:

A violência, principalmente da década de 1980 em diante, constitui preocupação de alta relevância em todas as instâncias sociais e requer a mobilização de redes de apoio interinstitucionais e intersetoriais, das quais o setor de saúde também deve participar (NUNES, SARTI e OHARA 2008, p.137).

As causas externas, ou seja, acidentes e violência, foram responsáveis por 13,7% do total óbitos por causas definidas no ano de 2006, sendo a terceira maior causa de mortalidade da população geral e primeira causa de morte entre crianças a partir de 1 ano de idade e adolescentes. Entre crianças de 0 a 9 anos as agressões (somente a violência) aparecem como a quarta causa de mortalidade. Já entre os adolescentes (10 a 19 anos), as violências, seguidas pelos acidentes de transporte e afogamentos, são as principais causas de óbito nessa faixa etária (BRASIL, 2009).

Consideradas as situações descritas de violência é percebida a necessidade das políticas públicas que podem ser conceituadas como a área do conhecimento que busca, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou no curso dessas ações, sendo que a formulação de políticas públicas constitui-se num estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que irão gerar mudanças ou resultados no mundo real (SOUZA, 2006).

Atualmente existe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e políticas públicas voltadas à proteção da criança e do adolescente, como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, em âmbito da educação existe o projeto Escola que Protege, já no Ministério de Desenvolvimento Social, existem projetos e serviços destinados a vítimas de violência.

Segundo Tavares (2006), numa situação de violência intrafamiliar é sempre necessário a utilização de uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que vai além do setor Saúde. Sendo assim:

Compete aos profissionais de saúde atuar em conjunto com outros atores e instituições, na promoção de relações e atitudes saudáveis, na prevenção e na identificação de violências familiares, e no tratamento das vítimas e dos agressores (TAVARES, 2006, p205).

Contudo, as equipes de saúde enfrentam diversas dificuldades ao lidar com casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, que incluem lidar com famílias desestruturadas, com traumas das vítimas e com a falta de informação técnica consolidada. Neste sentido, uma das dificuldades é a pouca instrumentalização dos profissionais acerca das políticas públicas existentes envolvidas nesta temática, que podem ser acessadas para auxílio na definição das medidas preventivas e condutas cabíveis em cada caso.

Desta forma, constata-se que há necessidade de que as informações sejam organizadas e sistematizadas referentes a essa temática buscando vincular as práticas de enfermagem às políticas públicas existentes que atuam na proteção da criança e do adolescente. Esta pesquisa tem como objetivo contribuir com a prática da enfermagem, por meio da sistematização das informações sobre as políticas públicas.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é identificar e descrever políticas públicas sobre a prevenção da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente e as suas implicações para a prática da enfermagem.

3 METODOLOGIA

A seguir, é descrito a metodologia utilizada para a elaboração do presente trabalho.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório. Segundo Gil (2002) as pesquisas exploratórias possuem um planejamento flexível, sendo que na maioria dos casos assumem a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso. No presente trabalho optou-se por desenvolver uma pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica é compreendida pelas seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano prévio do assunto, busca de fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto (GIL, 2002).

3.2 Fonte de informações

Como se trata de uma pesquisa bibliográfica, não foi definido um campo específico. Conforme Gil (2002, p. 64) o estudo utilizou “fontes capazes de fornecer respostas adequadas à solução do problema proposto”, baseando-se em livros de leitura corrente, obras de referência, periódicos científicos, teses, dissertações, anais de encontro científicos, periódicos de indexação e resumo. Estas fontes foram acessadas em bibliotecas convencionais ou por meio de base de dados e sistema de busca.

Além destas fontes, foram utilizados documentos oficiais, leis e decretos que se relacionavam com políticas públicas brasileiras ligadas a temática desenvolvida.

3.3 Coleta das informações

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica pode utilizar diferentes fontes que podem ser classificadas em livros, publicações periódicas e impressos diversos, além da consulta em bases de dados digitais. No presente estudo foi utilizado principalmente as bases de dados LILACS, BDNF, CAPES, BENF e SCIELO. Também a biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sítios eletrônicos do senado federal, assembleia legislativa do estado, ministérios e secretarias de estado foram utilizadas, neste estudo.

Para a coleta das informações foi empregado um formulário para sistematizar a coleta (apêndice A).

O período de inclusão dos artigos foi de 2000 a 2010. Foram utilizados os seguintes descritores: violência na família, políticas públicas, criança, adolescente e cuidado de enfermagem.

3.4 Análise das informações

A análise dos dados foi realizada de acordo com o que propõe Gil (2002) para os estudos bibliográficos, ou seja, em um primeiro momento foi feita uma leitura exploratória e seletiva do material bibliográfico, obtido a fim de verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa. Após esta leitura, houve a seleção do material, em que foram determinadas quais obras de fato poderão contribuir com o estudo. O material selecionado foi analisado por meio de uma leitura analítica, sendo organizado e ordenado de acordo com sua importância na obtenção de respostas para o problema de pesquisa. No último momento da análise de dados foi realizada a leitura interpretativa, em que foram aprofundados os dados da leitura analítica e relacionados com conhecimentos anteriormente obtidos.

3.5 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa bibliográfica foi respeitada a autenticidade das idéias, conceitos e definições dos autores das publicações que foram utilizados no estudo, sendo devidamente referenciados conforme orienta a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

4 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO BRASIL: Contextualização

Tanto no Brasil, como em todo o mundo, os números relacionados à morbimortalidade por violência e acidentes (causas externas) apresentam uma das maiores preocupações de dirigentes da saúde e chefes de Estado, sendo esses agravos responsáveis pela terceira causa de morte da população brasileira, sendo que num período de 1980 a 2006, houve um total de 2.824.093 óbitos por causas externas (BRASIL, 2010).

No ano de 2008, houve 58098 óbitos relacionados à violência, sendo que deste total, a grande maioria dos acometidos foi do sexo masculino. As agressões apareceram em quarto lugar na lista das dez maiores causas de mortalidade no Brasil, em 2008. Na faixa etária de 1-9 anos, a mortalidade, por causas externas, foi de 3,1%, entre 10-14 anos foi de 1,8% e entre 15-19 foi de 10,3%, em 2008 (BRASIL, 2010).

As causas externas de morbimortalidade atingem não só a qualidade de vida, como as condições de saúde da população, porque não só afetam os indivíduos diretamente envolvidos, fazendo com que seus efeitos ultrapassem o sofrimento individual e coletivo, influenciando na cultura e no modo de viver das pessoas (WHO, 2002).

Neste contexto, mostra-se a necessidade de políticas públicas vinculadas a tentativa de redução das causas externas de morbimortalidade, onde se encontra a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Cabe salientar que as causas externas ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos (BRASIL, 2009). Menos visíveis e mais disseminados, são os efeitos da violência e do sofrimento individual de crianças e adolescentes que podem se perpetuar, com conseqüências, até a fase adulta (BRASIL, 2010).

Crianças e adolescentes, de ambos os sexos são igualmente acometidas pela violência, embora sejam afetados por formas distintas de violência, por exemplo, há mais notificações relacionadas à violência sexual contra a crianças e adolescentes do sexo feminino, e em contrapartida, a violência física ocorre mais em crianças e adolescentes do sexo masculino (BRASIL, 2009)

Considerando esse contexto, alguns autores referem que um indivíduo pode sofrer a violência de várias formas (LIMA e FARIAS, 2008). Segundo Souza e Mello Jorge (2006), a violência intrafamiliar se expressa sob diferentes formas, e quando relacionadas às crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como abuso físico, abuso psicológico, negligência e abuso sexual.

Segundo Lima e Farias (2008), a violência mais visível é o abuso físico por deixar marcas desta agressão. Ao se realizar um exame físico, por exemplo, pode-se detectar hematomas, queimaduras, entre outras lesões, que levam o profissional de saúde suspeitar de um abuso físico, sendo esta uma das formas de abuso mais freqüente nas notificações de violências, sendo o abuso físico definido como:

Todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, provocando a morte (SOUZA e MELLO JORGE, 2006, p 25).

Na literatura são descritas as síndromes relacionada com a violência física, como a síndrome do bebê sacudido (SOUZA e MELLO JORGE, 2006), no qual “consiste em lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de seis meses de idade, é sacudida por um adulto” (SBP/ CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/MJ, 2001, p. 12).

Outra forma de maus-tratos menos comentada é a violência psicológica, que é conceituada como condutas e atitudes que ocasione na criança ou adolescente frustração, temor quanto a sua integridade psicológica e física, medo, ameaças verbais com conteúdo violento, ou emocional. Esta forma de violência também inclui o não reconhecimento da criança ou adolescente em sua condição de sujeito, subvalorização da criança e/ou adolescente expondo-a a humilhação pública e atribuindo apelidos depreciativos, ameaças, isolamento e exploração (AZEVEDO e GUERRA, 2002).

Muitas vezes não analisado como uma forma de abuso, a negligencia, é sim, um tipo de violência a criança ou adolescente. Quando adultos deixam de prover as necessidades básicas destes jovens, acarretando prejuízos para o seu desenvolvimento físico, emocional e social (SOUZA e MELLO JORGE, 2006), é criada uma situação de violência, de dano a essa criança ou adolescente, por não

desenvolver-se da maneira mais adequada. Sendo assim o abandono é visto como um ato extremo de negligência, em que se inclui a omissão dos cuidados básicos como a ausência de proteção contra as condições do meio como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a freqüência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual desses seres em formação (SOUZA e MELLO JORGE, 2006).

Uma das formas de violência mais freqüentes no ambiente familiar é o abuso sexual. Estudos revelam que as principais vítimas são as meninas e os agressores pais, padrastos ou pessoas com relacionamento familiar com a vítima (SANCHEZ e MINAYO, 2006). O abuso sexual compreende tanto o ato como o jogo sexual com o intuito de estimular sexualmente a criança ou adolescente, com a finalidade de obter alguma satisfação sexual. Abrange tanto relações hétero como homossexuais, cujo desenvolvimento psicossocial dos agressores está mais adiantado do que da criança ou do adolescente (SOUZA e MELLO JORGE, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, este tipo de abuso é o que mais recebe notificação de violências, abrangendo a faixa etária de zero a 19 anos (BRASIL, 2009).

Além das formas de violência intrafamiliar citadas, existe também a síndrome de Munchausen por procuração, em que a criança ou adolescente é submetida a cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência dessa exposição, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas e psicológicas (SBP/ CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/MJ, 2001).

As conseqüências da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, estão fortemente vinculadas à etapa do desenvolvimento, ou seja, quanto mais precoce, intensa ou prolongada à situação de violência, maiores e mais permanentes poderão ser os danos para a criança e o adolescente. Desta forma, algumas variáveis determinam o impacto da violência à saúde para esse grupo etário, como por exemplo, a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a freqüência, a duração, gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima (BRASIL, 2010).

Indivíduos que sofreram punições físicas severas durante a infância, geralmente estão ligados a elevados níveis de comportamento anti-social, além de uma série de efeitos nocivos no desenvolvimento da criança, como agressividade e problemas mentais (ZOTTIS, ALGERI, PORTELLA, 2006). Nos casos de crianças

que foram espancadas e comum a tendência de se isolar, refugiando-se em si mesmas, podendo, também, apresentar sintomas de profunda depressão, sentindo-se como merecedoras de punição e malvadas. Estas crianças geralmente são ansiosas, amedrontadas, têm baixa auto-estima e falta de confiança em si e nos outros (SALOMON, 2002). Tendo conseqüência para a vida adulta, soma-se ainda, a criminalização, a agressividade, o sadomasoquismo e maus-tratos de crianças e de seus parceiros (ZOTTIS, ALGERI, PORTELLA, 2006).

Nos casos de violência física, psicológica, sexual ou negligência, e comum que a criança ou adolescente apresente baixo limiar às frustrações, sendo, muitas vezes, hiperativas, com comportamento agressivo e rebelde. Demonstram problemas de aprendizado, estando sempre na defensiva. Geralmente, estes indivíduos, fogem de contatos físicos; tendem a apresentar idéias e/ou tentativas de suicídio. Pode-se observar também: perda ou excesso de apetite, desnutrição, lesões físicas observáveis, infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis e comportamento inadequado para a idade (ZOTTIS, ALGERI, PORTELLA, 2006). Desta forma:

É preciso lembrar que a infância é a fase de absorção de valores básicos, na forma de conceitos morais e éticos que determinarão a formação e a estruturação a personalidade. A violência contra a criança e o adolescente, quando não reconhecida nem tratada, deixa marcas e imprime valores distorcidos. Seus danos poderão influenciar as reações, os impulsos e as escolhas para o resto da vida, e se perpetuar pela reprodução da violência na relação com gerações futuras (BRASIL, 2010, p 36).

Assim, mostra-se a necessidade tanto de um olhar mais crítico e cuidadoso do profissional de saúde e da população em geral como na formulação de medidas preventivas e políticas públicas voltadas a essa área.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVIDAS

Ao longo dos séculos, a função que o Estado desempenha em nossa sociedade foi se transformando, por exemplo, no século XVIII e XIX, o seu principal objetivo era a defesa externa (ataques inimigos) e a segurança pública. Todavia, com a evolução da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram, sendo comum, hoje, afirmar que promover o bem estar da sociedade é uma função do Estado (CALDAS, 2008).

Contudo, o Estado percebe como necessário desenvolver ações e atuar diretamente em diferentes esferas, como saúde e educação. Para obter resultados levando ao bem-estar da sociedade, os governos utilizam as Políticas Públicas (CALDAS, 2008), sendo ela definida como:

O conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI *et al.* 2004, p. 180).

Segundo Souza (2006), as políticas públicas têm os seguintes elementos principais: permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz, envolve vários atores e níveis de decisão, é abrangente e não se limita a leis e regras, é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo e envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição.

Desta forma, percebe-se, que as políticas públicas voltadas a defesa da criança e do adolescente podem ser analisadas como uma política social, sendo está conceituada como todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social, abrangendo tanto os meios pelos quais se promovem o bem estar em cada sociedade, quanto os determinante do desenvolvimento social (FLEURY e OUVÉNEY, 2008).

Dentro deste contexto de políticas públicas, e mais especificamente, as políticas sociais, vêem-se, a importância das redes de atenção a saúde, sendo elas organizações que se unem por meio de um conjunto de serviços, atuando em prol de uma missão única, tendo objetivos comuns, com uma ação cooperativa e

interdependente, permitindo oferecer uma atenção contínua e permanente a população (MENDES, 2009).

A violência, sendo vista como uma situação de grande relevância social, e percebida como um grave problema de saúde, necessita da idéia de redes que trabalhem de forma articulada, baseando-se na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da política, possam negociar e partilhar recursos de acordo com as necessidades e os interesses. Deste modo, a construção de redes entende-se que as decisões sejam adotadas de uma forma horizontal, ou seja, com princípios como: igualdade, solidariedade e cooperação (BRASIL, 2010).

As redes de atenção são formadas por vários serviços articulados, que atuam em todos os níveis de atenção a saúde, com o intuito de oferecer a integralidade do cuidado a um lugar/população.

Há duas grandes redes de atenção a saúde, a rede intrasetorial, em que encontram-se os diferentes níveis de complexidade da saúde, constando diferentes condutas, habilidades e conhecimentos, necessitando da idéia de rede para que haja troca entre todos os níveis de atenção a saúde. Existe também a rede intersetorial, pois além dos serviços de saúde, há outras instituições que atendem aquele espaço/população, que devem estabelecer um fluxo referenciado, dialogado e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município, onde encontram-se as políticas públicas (BRASIL, 2010).

Para que a articulação em rede seja efetiva, é necessário que os atores das organizações envolvidas não somente troquem experiências, mas que enfrentem problemas comuns, em que a solução não encontra-se ao alcance de um isoladamente.

Desta forma é essencial que os profissionais de saúde tenham mais conhecimentos a cerca das políticas públicas voltadas a proteção a criança e o adolescente vítima de violência intrafamiliar, para que a idéia de rede seja efetivada e eficiente.

5.1 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Dentro das políticas públicas voltadas a temática deste estudo, o Estatuto da Criança e do Adolescente é considerado como uma das mais avançadas legislações do mundo (BEZERRA, 2006). O ECA foi criado em 13 de julho de 1990 e instituiu-se como lei federal número 8.069, sendo composto de 267 artigos (BRASIL, 1990). Substituiu o Código de Menores cujos princípios incluíam medidas de proteção e assistência ao menor em situação irregular (abandonados por seus pais ou responsáveis) considerados “menores em risco” (COSTA e BIGRAS, 2007). O ECA tratou de aspectos não abordados no antigo Código de Menores e é visto como: “um marco nos direitos da criança e do adolescente. Marco porque veio assegurar à criança e ao adolescente todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana” (GOMES, CAETANO e BESSA JORGE, 2008, p. 63).

O ECA, ao substituir a Lei n.º 6.697, de 10/10/1979 (Código dos Menores – revogado), que circunscrevia as crianças e adolescentes em situação irregular, veio assumir a doutrina moderna da proteção integral, que assegura as crianças e a todos os adolescentes os direitos fundamentais do ser humano (BEZERRA, 2006 e BRASIL, 2007), como segue no Art. 3º do ECA:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Estatuto da Criança e do adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/07/1990).

Se tratando dos casos de violência, o ECA inova ao considerar os maus-tratos contra a criança e o adolescente como um problema de saúde pública, e como tal deve ser encarado, de forma que insere no Título I, das Disposições Preliminares, do Art. 5, que segue abaixo:

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 (Estatuto da Criança e do adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/07/1990).

Nos casos de suspeita ou confirmação de violência a criança ou adolescente, o ECA, aborda no Título II dos Direitos Fundamentais, capítulo I Do Direito a Vida e a Saúde, no Art. 13, que os mesmos serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade.

5.2 O Conselho Tutelar

No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), encontra-se o Título V, em que é abordado o Conselho Tutelar, sendo composto no ECA por cinco capítulos (Disposições Gerais, Das Atribuições do Conselho, da Competência, Da Escolha dos Conselheiros e Dos Impedimentos). Sendo o Conselho Tutelar definido, pelo Art. 131, como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei” (Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8069, de 13/07/1990).

Em outras palavras, o conselho tutelar é um órgão público municipal, criado por lei, de caráter permanente e não jurisdicional, com a finalidade de que haja o cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Sabendo que determinadas infrações aos direitos da criança e do adolescente vem do próprio Estado, foi concedida autonomia pelo legislador aos Conselhos Tutelares, desvinculando-os dos demais órgãos da administração pública, contudo essa autonomia não é absoluta. Existe limites éticos, sociais, morais, legais e administrativos que delinham a atuação desses órgãos. Mesmo que não haja uma subordinação direta, estão ligados a fiscalização do Ministério Público e ao cumprimento das determinações judiciais (DEL-CAMPO e OLIVEIRA, 2009).

Por não ser um órgão jurisdicional, o Conselho Tutelar não pertence ao Poder judiciário, logo não exerce suas funções. Sendo, um órgão público, tem sua natureza administrativa e executiva, vinculado ao Poder Executivo Municipal. O Conselho Tutelar não possui o poder de punir ou fazer cumprir determinações legais (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2005), todavia poderá “encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração

administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente” (art. 136, IV, do ECA).

Quanto ao numero de Conselhos Tutelares por município, o ECA, no Art. Nº 132 coloca que em cada município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar, sendo composto por cinco membros, os quais serão escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, com a permissão de recondução.

Nada impede que exista mais de um Conselho Tutelar no mesmo município, aliais, nas grandes capitais e em cidades de grande porte populacional é indicado que haja mais de um Conselho Tutelar, pois quanto mais perto da comunidade se encontra, mais efetiva será a sua função de protetor dos direitos da criança e do adolescente.

Para criação do Conselho Tutelar é necessário uma lei municipal, como consta no Art. nº 139 do ECA:

O processo para a escolha dos membros do Conselho Tutelar será estabelecido em lei municipal e realizado sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, e a fiscalização do Ministério Público (Estatuto da Criança e do adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/07/1990).

Enquanto não for instituído o Conselho Tutelar em determinado município, a sua função será exercida pela autoridade judiciária (Art. nº 262, ECA).

No artigo nº 136, do ECA, consta as atribuições do conselho tutelar, sendo elas: atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco, atendimento aos pais ou responsáveis, promover a execução de suas próprias decisões, podendo requisitar serviços públicos e representar junto a autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificados de suas deliberações, encaminhamento ao Ministério público, encaminhamento à autoridade judiciária, aplicação de medida protetiva para adolescente infrator, poder de expedir notificações, autoridade para requisitar certidões de nascimento e de óbito da criança ou adolescente, assessorar na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da Criança e do Adolescente, representar contra a violação dos direitos do menor e representar ao Ministério Público para a perda ou suspensão do poder familiar.

Diante do exposto, o ECA/Conselho Tutelar juntamente com a sociedade em geral caminham juntos em prol da prevenção e da diminuição dos casos de violência

intrafamiliar contra a criança e do adolescente, cabendo a todos, em mais especificadamente, os profissionais de saúde a obrigatoriedade de comunicar a suspeita ou confirmação dos casos de maus-tratos a criança e adolescente.

5.3 Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (Conanda)

Em 12 de outubro de 1991, entra em vigor a lei Nº 8.242, que cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (Conanda), com a competência de elaborar normas da política nacional de atendimento dos direitos a criança e adolescente, fiscalizando suas ações de execução e zelar pela aplicação da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1991).

Outras competências do Conanda são dar apoio tanto para os Conselhos Municipais, quanto Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente, as entidades não-governamentais e aos órgãos estaduais e municipais. Além disso, tornar efetivos os direitos, princípios e diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente e avaliar a política estadual e municipal e a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais da Criança e do Adolescente. Cabe ainda apoiar a promoção de campanhas educativas sobre os direitos da criança e do adolescente e propor medidas a serem adotadas nos casos de violação ou atentados dos mesmos (BRASIL, 1991)

5.4 Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Os acidentes e a violência configuram um problema social de grande magnitude. Por envolver diferentes fatores, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, da população em geral e segmentos sociais. Além disso, a promoção da saúde configura um processo social e político, no qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis (individuais e coletivos) e a criação de ambientes seguros e favoráveis à

saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Diante do exposto, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, por meio da publicação nº 737/GM/MS de 16 de maio de 2001, tendo como propósito a diminuição da morbimortalidade por acidentes e violência no Brasil, a partir do desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, com o intuito de contribuir para a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2005).

Os três princípios básicos que norteiam esta política nacional são: que a saúde constitui um direito humano essencial e fundamental para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2005)

Para que haja uma adequada consecução da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, existem as suas diretrizes, com o objetivo de dar um rumo aos instrumentos operacionais que a implementaram, representados por planos, programas, projetos e atividades (BRASIL, 2005).

As diretrizes da Política Nacional Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência são: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2005).

O propósito desta Política Nacional é a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no Brasil, desta forma, necessita que os gestores do SUS, e também, os demais técnicos envolvidos, atuem com o adequado provimento dos meios necessários, para a implementação das ações. Para isso, a articulação intrasetorial é indispensável para que as diretrizes propostas sejam efetivamente operacionalizadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não governamentais. Na articulação intersetorial busca-se o engajamento de toda a sociedade, estabelecendo compromissos em conjunto, de forma que resulte em medidas

concretas, como a adoção de hábitos e estilos de vida saudável, sendo isso capaz, de reduzir os casos de acidente e violência no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A avaliação da Política Nacional descrita compreende no acompanhamento permanente possibilitando o conhecimento da repercussão das ações sobre a incidência de acidentes e violência no país, somando as conseqüências decorrentes desses eventos, como atendimento, recuperação e reabilitação da população vitimizada. Podem-se incorporar novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos ligados a acidentes e violência e, também, realizar eventuais ajustes quando ditados pela prática (BRASIL, 2005).

5.5 Notificação de violências contra a criança e o adolescente na rede do SUS

O ministério da saúde, por meio da portaria nº 1968/GM, publicada em 25 de outubro de 2001, dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo SUS (anexo A), com apoio na Constituição Federal. Além disso, considerando o ECA no Capítulo dos direitos a vida e a saúde, do Título II dos direitos fundamentais, juntamente com os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, resolve, no Art. 1º que todos os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde ligadas ao SUS, deverão notificar, obrigatoriamente, ao conselho tutelar todo o caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos a crianças e adolescentes (BRASIL, 2001).

5.6 Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil foi criado em 2002 pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, como um instrumento de garantia e defesa dos direitos das crianças e

adolescentes, com o intuito de criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de metas e ações fundamentais para assegurar a proteção integral de crianças e adolescentes em risco ou situação de violência sexual, tendo como referência fundamental o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2002).

O Plano, ainda busca garantir o atendimento especializado às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, promover ações de prevenção, articulação e mobilização, sempre fortalecendo o protagonismo Infanto-Juvenil e o sistema de defesa e de responsabilização (BRASIL, 2002).

O quadro operativo do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil baseia-se em torno de seis eixos, sendo eles: analisar a situação de violência sexual contra a criança e ao adolescente no país; fortalecer as articulações nacionais, estaduais e locais de combate e eliminação da violência sexual, inserindo a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combatendo a impunidade, disponibilizando serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policia; garantir e efetuar atendimento especializado para as crianças e adolescentes em situação de violência sexual, por profissionais capacitados e especializados; realizar ações preventivas contra a violência sexual e promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos (BRASIL, 2002).

5.7 Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

No ano de 2002 foi criado o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes como resposta às demandas do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, sendo uma das principais ações a mobilização de redes para integrar um conjunto de ações e programas dos governos, agências e organismos internacionais, sociedade civil e universidades para que sejam desenvolvidas e aplicadas métodos de intervenção local com a possibilidade de desencadear respostas efetivas para a superação da violação dos direitos das crianças e adolescentes (SECRETÁRIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2011).

O Programa, ainda, busca a disseminação de boas práticas como a sistematização de dados e informações, pela promoção de campanhas de mobilização e sensibilização e pelo apoio a comitês e redes de enfrentamento da violência sexual (SECRETÁRIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2011).

Juntamente com a Petrobrás e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria), o programa ainda atua na gestão do Disque Denúncia Nacional (Disque 100), sendo este um serviço de recebimento, monitoramento e encaminhamento de denúncias de violência contra crianças e adolescentes (SECRETÁRIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2011).

5.8 Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde

Por meio da Portaria Nº 936, de 18 de maio de 2004, foi criada a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à violência em estados e municípios. Sendo que os seus objetivos específicos são:

- I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;
- III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
- V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão (BRASIL, Art. nº3, Portaria Nº 936/GM de 19 de maio de 2004).

Os núcleos que participam desta Rede articulam, coordenam, executam e potencializam, a nível local, as ações de promoção da cultura da paz e enfrentamento de violências. Atualmente existem cerca de 250 Núcleos em estados,

municípios, instituições não governamentais e centros colaboradores de ensino e pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

5.9 Projeto Escola que Protege

No âmbito da educação o ministério da saúde dispõe do Projeto Escola que Protege que tem como objetivo prevenir e romper o ciclo da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Para que isso aconteça, pretende-se que os profissionais sejam capacitados para uma atuação qualificada em situações de violência identificadas ou vivenciadas no ambiente escolar. (BRASIL, 2009).

5.10 Política Nacional de Promoção da Saúde

Por muitos anos a saúde foi descrita como a ausência de doenças, contudo, com o passar dos anos, a definição de saúde foi-se alterando, sendo que hoje o conceito de saúde:

[...] reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLAR, 2007, p. 30).

Diante do exposto, e na busca de uma saúde em que o ser humano é considerado de maneira holística o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Promoção da Saúde por meio da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Tendo como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

Numa situação de violência, cria-se uma condição pouco saudável ao indivíduo que a sofre, logo essa política vem para somar as medidas que atuam na defesa da criança e ao adolescente que sofrem maus-tratos. Considerando que ao promover a saúde de uma forma integral, conforme descrito nesta Política, que estimula a adoção de modos de viver não-violentos, possibilitando o desenvolvimento de uma cultura de paz no País (BRASIL, 2010).

Dentre as diretrizes que norteiam essa Política Nacional, encontra-se o reconhecimento na promoção de saúde como uma parte fundamental na busca da melhoria da qualidade de vida, na equidade e saúde, bem como o estímulo de ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social (BRASIL, 2010).

Nas ações específicas da Política Nacional de Promoção a Saúde encontra-se a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, em que uma das ações é o “Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais” (BRASIL, 2010, p.37).

Outra ação específica é a Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, o que será realizado por meio das seguintes ações:

- I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;
- III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;
- IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;
- V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;
- VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e
- VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências. (BRASIL, 2010, p.37-38)

Desta forma, percebe-se que o governo, ao inserir essa ação específica identifica as situações de violência como um obstáculo em busca da saúde integral, cabendo medidas para a diminuição dos casos e traumas sofridos pelos indivíduos

que estão inseridos numa situação de violência, buscando, como a própria política refere, o estímulo a cultura da paz.

5.11 Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

Buscando conhecer melhor a magnitude das violências e acidente no país, especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e internações (SIH), em 01 de agosto de 2006, a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Essa iniciativa envolve as três esferas do governo, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e violência e a promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2011).

O VIVA é composto por dois componentes, o VIVA Contínuo, sendo formado pela vigilância contínua de violência sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas. O VIVA Inquérito, sob a modalidade de inquéritos sobre acidentes e violências disponibilizados em serviços sentinelas¹ de urgência e emergência (BRASIL, 2010). A partir destes dados o Ministério da Saúde tem a possibilidade de conhecer melhor a magnitude da violência no Brasil, e após gerarem informações, fornecerá subsídios para a criação de políticas públicas direcionadas aos casos de acidente e violência.

5.12 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi lançado em setembro de 2008, e visa

¹Conjunto de ações de assistência social, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, buscando condições que levem ao resgate e a garantia dos direitos e o acesso aos serviços de Assistência Social, Justiça, Saúde e Educação (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

à articulação e integração permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Tendo como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes, pela promoção, prevenção e atenção em saúde, buscando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o total desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino (BRASIL, 2011).

O PSE está estruturado em quatro blocos, sendo que o segundo compreende da promoção da saúde e da prevenção, abordando as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas (BRASIL, 2008). O seguinte programa trata da saúde e da educação de forma integral, como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos (BRASIL, 2011).

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Por mais que os reflexos da violência sejam percebidos nos serviços de saúde, tanto pela complexidade de atendimento que demandam, quanto pelos custos que representam, mostrando que esse setor tem papel importante no enfrentamento da violência intrafamiliar (SALIBA, et al., 2007). Muitos profissionais da saúde tendem a subestimar a importância desse fenômeno (MOURA e REICHENHEIM, 2005), muitas vezes somente atentando a lesões físicas, raramente empenhado em prevenir ou diagnosticar a origem dos danos. Esse fato pode estar relacionado à simples decisão de não se envolver com os casos e/ou a falta de preparo do profissional (SALIBA, et al., 2007).

Segundo Leal e Lopes (2005), as principais dificuldades da equipe de enfermagem relacionam-se a inadequada instrumentalização para lidar com o paciente que sofreu maus-tratos e a falta de comprometimento institucional com relação ao apoio psicológico para a equipe de enfermagem bem como a capacitação dos enfermeiros para lidar com essa problemática.

Outra dificuldade, é que qualquer assunto que se relacione com o tema família, é muitas vezes encarado como um problema privado, no qual os indivíduos, até muitos profissionais de saúde, relutam em envolver-se (ZOTTIS, ALGERI e PORTELLA, 2006). Todavia é importante que o enfermeiro esteja instrumentalizado para reconhecer e proceder frente aos casos de maus-tratos a criança e ao adolescente (SALIBA et al., 2007), conscientizando-se que a omissão pode representar uma escolha pela violência (ZOTTIS, ALGERI e PORTELLA, 2006).

Neste sentido de combater a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, e tentado reverter este quadro, faz-se necessário que haja a mobilização de entidades e profissionais no sentido de denunciarem essas violências, considerando a existência do ECA, que penaliza os profissionais que não fazem a notificação dos casos suspeitos ou comprovados de violência (LIMA e FARIAS, 2008).

No Artigo 13 do ECA consta 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). O Artigo 245 do ECA aborda a obrigatoriedade que os

profissionais de saúde em denunciarem esses eventos quando identificados, sendo que a omissão de comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança e o adolescente é tida como uma Infração Administrativa sujeita à pena, com multa de 03 a 20 salários de referência (BRASIL, 1990).

A comunicação nos casos de violência constitui justa causa para romper com o sigilo profissional, como segue no Código de Ética de Enfermagem, que considera infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), com penas que variam desde uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão (COFEN, 2000).

Desta forma a notificação é um poderoso instrumento da política pública, pois, por meio dela, pode-se dimensionar a questão da violência intrafamiliar, permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica e ainda determina a necessidade de investimentos em núcleos de assistência e vigilância (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

Todavia é necessário conscientizar a equipe de saúde, em especial para de enfermagem sobre a importância da notificação, juntamente com a quebra de idéias pré-concebidas e a capacitação para diagnosticar as situações de violência, sendo estas as condições necessárias para que, não só, a enfermagem, contudo o profissional de saúde seja capaz de identificar e notificar, a quem for competente, essa realidade bastante percebida em nosso cotidiano (SALIBA et al., 2007)

Cabe salientar, que ainda há vários entraves a notificação no Brasil, como a falta de mecanismo legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso e a falha de identificação da violência nos serviços de saúde (Gonçalves e FERREIRA, 2002).

Outra questão importante a ser abordada, é que o enfermeiro ao se deparar com um caso de violência intrafamiliar, precisa se lembrar que está presenciando uma situação em que há dois indivíduos que necessitam de cuidados, ou seja, o agredido e o agressor, desta forma deverá ser criado um plano de cuidado conjunto, com a equipe interdisciplinar, abordando, tanto o agressor quanto a vítima (LIMA e FARIAS, 2008). Sendo assim, o cuidado as vítimas de maus-tratos deve incluir obrigatoriamente a assistência as famílias das mesmas, porque, ainda que se pense que basta afastar a criança ou adolescente do agressor e/ou puni-lo, isso não será suficiente, pois o mesmo continuará como um agressor em potencial. Sendo assim,

compreender as repercussões da violência intrafamiliar e utilizar diferentes estratégias de atenção a saúde para este grupo, constitui-se também uma forma de educar para a saúde (ZOTTIS, ALGERI e PORTELLA, 2006).

Ao encaminhar a denúncia de suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar a crianças e adolescentes aos órgãos competentes, além de estarmos cumprindo nosso papel de profissionais comprometidos com o cuidado, estaremos também colaborando para que ambos, o agredido e o agressor, possam ser cuidados, buscando resgatar vínculos, de maneira que esse fato não mais aconteça e que as seqüelas sejam mínimas (LIMA e FARIAS, 2008).

Além da importância da notificação nos casos de violência intrafamiliar, é necessário que o enfermeiro tenha uma melhor concepção das redes de atenção a saúde, tanto a intrasetorial quanto a intersetorial e o seu funcionamento, para que possa recorrer os órgãos e serviços competentes num caso de maus-tratos a criança ou adolescente.

Existem várias políticas públicas destinadas à prevenção e redução da violência intrafamiliar infanto-juvenil, e cabe a equipe de saúde se atualizar, realizando medidas de educação permanente para que possa conhecer as políticas que abordam o tema. Contudo, também cabe ao governo e as instituições medidas educativas voltadas a essa temática, para que o cuidado, objetivo do profissional enfermeiro, seja abordado de uma forma integral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a criança e o adolescente continua como um problema de grande relevância social e de saúde, não só pelos gastos dispensados nos casos de maus-tratos, como pelas repercussões destes atos nas vítimas e nos agressores, fazendo com que a violência acabe por se perpetuar ao longo das gerações.

Cabe a sociedade em geral, e também ao profissional de saúde zelar pela manutenção dos direitos das crianças e adolescentes, não só mantendo as condições básicas para o seu bem estar físico e psíquico, contudo zelando na proteção deste seres humanos em desenvolvimento, sendo dever de todos a comunicação de suspeita ou confirmação de maus-tratos a criança ou adolescente ao Conselho Tutelar ou ao órgão competente (ECA, 1991).

Desta forma é obrigação da enfermagem notificar os casos ou suspeita de violência intrafamiliar, todavia ainda há um grande número de subnotificações. Este fato pode ser reflexo da dificuldade do profissional em identificar os casos de violência, ou ainda a velha concepção de que é errado, ou até mesmo antiético, se envolver nas relações familiares, analisando estas relações como privadas, em que a enfermagem não teria o direito de se envolver. Contudo é importante que a enfermagem tenha a concepção que se omitir nos casos de violência intrafamiliar passa a ser uma forma de maus-tratos institucional.

Além disso, o planejamento de novas políticas públicas está fortemente ligado aos dados disponibilizados pelas notificações realizadas, fazendo com que a subnotificações resultem em políticas públicas menos efetivas, considerando que os dados disponíveis não apresentam a real situação brasileira.

Cabe ao profissional de enfermagem conhecer as redes de apoio a criança ou adolescente vítimas de violência intrafamiliar, que compreende desde os níveis de atenção a saúde até as organizações não governamentais e as políticas públicas vinculadas à problemática. Num caso de violência intrafamiliar contra a criança e adolescentes identificado pelo enfermeiro, além da notificação, há outras ações que podem ser realizadas acionado as redes de apoio, como comunicar os outros profissionais de saúde, para que haja a construção de um plano de cuidado tanto ao agressor quanto ao agredido. Também a Estratégia de Saúde da Família que atende esta família (no caso da violência ser diagnosticada num outro nível de

complexidade do SUS), bem como realizar visitas domiciliares contínuas a esta família. Além destas ações, também deverá ser comunicado à escola, que esta criança ou adolescente frequenta, que a mesma encontra-se numa situação de violência intrafamiliar. Ainda, existem políticas públicas voltadas a determinadas violências como o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, e também há várias organizações não-governamentais ligadas à proteção e prevenção das situações de violência intrafamiliar.

Constata-se ao longo da elaboração deste estudo o grande número de políticas públicas e organizações não governamentais ligadas à prevenção da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, configurando-se como uma dificuldade para os profissionais de saúde. Desta forma é necessário a elaboração e/ou planejamento de programas de educação permanente aos profissionais de enfermagem, objetivando a informação sobre redes de apoio a prevenção e tratamento dos maus-tratos a violência intrafamiliar. Além disso, instrumentalizá-los para uma correta identificação dos casos ou suspeita de maus-tratos a crianças e jovens. Destaca-se, ainda, como importante, que as instituições e o governo disponibilizem cursos, capacitações e afins para que a enfermagem esteja preparada para realizar as corretas condutas frente à violência intrafamiliar.

O cuidado, objetivo do profissional enfermeiro, deve ser visto de uma forma integral, ou seja, o cuidado a criança ou adolescente não deve ser restringido ao cuidado das patologias, ao corpo físico, sendo necessário um olhar holístico ao indivíduo. Desta forma, desenvolver ações de cuidado, como: notificar os casos de suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar, acionar as redes de apoio e criar planos de cuidado multidisciplinar. Configurando-se, assim, uma situação de cuidado integral a criança ou adolescente, fazendo com que os danos e as suas repercussões às vítimas sejam diminuídos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. A; GUERRA, U. N. A. (a) **Infância e Violência doméstica**. v.1. São Paulo: LACRI USP, 2002

BAZON, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil . **Cad. Saúde Pública**, 2008, vol.24, n.2, p. 323-332.

BEZERRA, S.C.. **Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral**. In: *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 17-22.

BRASIL, Estatuto da criança e do adolescente. **Lei federal nº 8.069**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). **Lei federal nº 8.242**. Brasília: Congresso Nacional, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 1ª Ed., 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **VIVA – Vigilância de violência e acidentes 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministerio da saude. Secretaria de vigilancia em saude. Departamento de analise da situacao de saude. **Viva: vigilancia de violencia e acidentes, 2008 e 2009** / Ministerio da saude, Secretaria de Vigilancia em Saude, Departamento de Analise de situacao de saude. – Brasilia : misnisterio da saude, 2010.

BRASIL. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. Departamento de Analise de Situacao em Saude. Saude **Brasil 2009: uma analise da situacao de saude**. Brasilia, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n. 96, Seção 1E de 18 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**.. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 1968/GM**, publicada em 25 de outubro de 2001. Publicada no Diário Oficial da União n° 206.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 936/GM**, publicada em 19 de maio de 2004.

BRASIL, Ministério da Educação. **Projeto A escola que protege**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12363%3Aescola-que-protege-&catid=307%3Aprojeto-escola-queprotege&Itemid=560> Acesso em: 03 de novembro de 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127> Acesso em 6 de junho de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817> Acesso em 6 de junho de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde na Escola**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1> Acesso em 6 de junho de 2011

CALDAS, RW (coordenação). **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008. 48 p

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem** [resolução na internet]. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/109.pdf>> Acesso em 7 de junho de 2011

COSTA M. C. O., BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007, vol.12, n.5, p. 1101-1109

DEL-CAMPO, ERA., OLIVEIRA TC. Estatuto da Criança e do Adolescente. 6° ed. São Paulo: Atlas, 2009.

FLEURY, F., OUVENEY, AM. **Política de Saúde: uma política social**. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, I. L. V.; CAETANO R.; JORGE M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev. bras. Enferm**, 2008, vol.61, n.1, p. 61-65.

GONÇALVES HS e FERREIRA AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cad Saude Publica**. 2002;18(1):315-9.

GUARESCHI, N. *et al.* **Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência**. In: *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

KRUG, E.G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf> Acesso em 12 de outubro de 2010.

LEAL SMC e LOPES MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Cienc Saude Coletiva**. 2005;10(2):419- k31.

LIMA P.D., FARIAS G. M.. Conduas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, 2008; 10 (3): 643-53.

MENDES, EV. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf> Acesso em 31 de maio de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2000, vol.34, n.4, pp. 427-430.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O papel do Setor Saúde na Prevenção das Violências e na Promoção da Cultura de Paz – o caso do Brasil**. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32133> Acesso em 5 de junho de 2011.

MOURA ATMS, REICHENHEIM ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2005;21(4):1124-33.

NUNES C.B., SARTI C.A., OHARA C.V.S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente **Rev Latino-am Enfermagem**, 2008; 16:136-41.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PMPA). **O Conceito e a atuação do Conselho Tutelar**. Porto Alegre: 2005. Disponível em < http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos_tutelares/default.php?p_secao=11# > Acesso em 2 de junho de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Prefeitura municipal de Panambi. **O que é sentinela?** Disponível em: < <http://www.panambi.rs.gov.br/index.php?list=33&secao=2> > Acesso em: 18 de julho de 2011.

SALIBA, O; GARBIN, CAS; GARBIN, AJI e DOSSI, AP. 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.

SALOMON Z. **Situação da criança e do adolescente em Israel: crescendo em ambientes violentos – vulnerabilidade e resiliência**. In: Westphal M., organizadora. *Violência e criança*. São Paulo: Edusp, 2002. p.73-91.

SANCHEZ R.N., MINAYO M. C. S.. **Violência contra a criança e adolescentes: Questão histórica, Social e de Saúde**. In: *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 29-38.

SBP/ CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/MJ. Sociedade brasileira de pediatria/ Centro latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde – **Guia de Atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP; 2001.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis [online]**. 2007, vol.17, n.1, pp. 29-41.

SECRETÁRIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Disponível em <http://www.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao__sexual> Acesso em 05 de junho de 2011.

SOUZA E.R., MELLO JORGE M.H.P.. **Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade**. In: *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.

SOUZA C.. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. 2006; ano 8, nº 16, p. 20-45

TAVARES, M. L. **Abordagem da Violência Intrafamiliar no Programa Saúde da Família.** In: *Violência faz mal à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 205-217.

WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciênc. saúde coletiva.** 2007; 11:1147-1153.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health.** Geneva: WHO, 2002.

ZOTTIS, G.A.H., ALGERI, S., PORTELLA, V.C.C.. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. **Fam. Saúde Desenv.,** 2006, Vol.8, n.2, p.146-153.

ZOTTIS, G.A.H.. *et al.* Violência e desenvolvimento sustentável: o papel da universidade. **Saude soc.,** 2008, vol.17, n.3, p. 33-41.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DA COLETA DE INFORMAÇÕES

Base de Dados	Editora ou Periódico	Ano	Autoria	Tema Principal
Livro	LACRI USP	2002	Azevedo e Guerra	Violência domestica/infância
SciELO	Cad. Saúde Pública	2008	Bazon	Notificações violência
Brasil	Ministério da Saúde	2006	Bezerra	Estatuto da Criança e do adolescente
Brasil	Congresso Nacional	1991		Estatuto da Criança e do adolescente
Brasil	Congresso Nacional	1991		Conanda
Brasil	Ministério da Saúde	2009		Violência contra crianças e adolescentes
Brasil	Ministério da Saúde	2009		VIVA
Brasil	Ministério da Saúde	2010		VIVA
Brasil	Ministério da Saúde	2010		Análise da situação de saúde no País
Brasil	Ministério da Saúde	2010		Linha de cuidado para crianças e familiares em situação de violência
Brasil	Ministério da Saúde	2007		Os direitos dos adolescentes
Brasil	Ministério da Saúde	2005		Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
Brasil	Ministério da Saúde	2010		Política Nacional de Promoção a Saúde
Brasil	Ministério da Saúde	2001		Notificação de violências contra a criança e o adolescente na rede do SUS
Brasil	Ministério da Justiça	2002		Plano Nacional de enfrentamento de Violência Sexual Infanto-Juvenil
Brasil	Ministério da Saúde	2004		Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
Brasil	Ministério da Educação	Acesso em junho de 2011		Projeto a Escola que Protege
Brasil	Ministério da Saúde	Acesso em junho de 2011		VIVA
Brasil	Ministério da Educação	Acesso em junho de 2011		Programa Saúde na Escola
Brasil	Ministério da Saúde	Acesso em junho de 2011		Programa Saúde na Escola
Livro	SEBRAE / MG	2008	Caldas (coordenação)	Políticas públicas
COFEN	COFEN	2000		Código de ética dos profissionais de enfermagem

Base de Dados	Editora ou Periódico	Ano	Autoria	Tema Principal
LILACS	Ciênc. Saúde coletiva	2007	Costa e Bigras	Proteção e promoção da qualidade de vida de crianças e jovens
Livro	Atlas	2009	Del-Campo e Oliveira	Estatuto da Criança e do adolescente
Livro	Fiocruz	2008	Fleury e Ouverney	Política de saúde
Livro	Atlas	2002	Gil	Projetos de pesquisa
BDENF	Rev. Bras. Enfermagem	2008	Gomes, Caetano e Jorge	Direitos da criança - leis e resoluções
Scielo	Cad. Saúde publica	2002	Gonçalves e Ferreira	Notificações violência
Livro	Edipucrs	2004	Guareschi, Comunello, Nardini e Hoenisch	Psicologia e violência
WHO	WHO	2002	Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano	Relatório mundial sobre violência e saúde
Scielo	Ciênc. Saúde coletiva	2005	Leal e Lopes	Violência como objeto da assistência
LILACS	Rev. Eletr. Enf.	2008	Lima e Farias	Condutas frente a crianças vítimas de violência
Brasil	Ministério da saúde	2009	Mendes	Redes de atenção a saúde
Scielo	Rev. Saúde publica	2000	Ministério da saúde	Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência
Brasil	Ministério da saúde	Acesso em junho de 2011		Prevenção das violências e na promoção da cultura da paz
LILACS	Cad. Saúde publica	2005	Moura e Reichenheim	Violência familiar contra crianças
Scielo	Rev. Latino-Am Enfermagem	2008	Nunes, Sarti e Ohara	Concepções de profissionais sobre violência intrafamiliar contra criança e adolescentes
Prefeitura Municipal de Porto Alegre	Prefeitura Municipal de Porto Alegre	2005		Conselho Tutelar
Scielo	Rev. Saúde publica	2007	Saliba, Garbin, Garbin e Dossi	Notificações violência
Livro	Edusp	2002	Salomon	Crianças e adolescentes crescendo em ambientes violentos (Israel)
Livro	Ministério da saúde	2006	Sanchez e Minayo	Violência contra crianças e adolescentes
Livro	Sociedade Brasileira de Pediatria	2001		Guia atuação frente maus-tratos infanto-juvenil
CAPES	Physis	2007	Scliar	Historia do conceito de saúde
Brasil	Secretaria Especial dos Direitos Humanos	Acesso em junho de 2011		Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes
Livro	Ministério da saúde	2006	Souza e Mello Jorge	Magnitude da Morbimortalidade da Violência infanto-juvenil
Scielo	Sociologias	2006	Souza	Políticas públicas

Base de Dados	Editora ou Periódico	Ano	Autoria	Tema Principal
Livro	Ministério da saúde	2006	Tavares	Programa saúde na família: abordagem da violência
Scielo	Ciênc. Saúde coletiva	2007	Wieviorka	Violência hoje
BENF	Fam. Saúde Desenv.	2006	Zottis, Algeri e Portella	Violência intrafamiliar contra crianças e atribuições da enfermagem
Scielo	Saúde Soc.	2008	Zottis, Cunha, Krebs, Algeri e Flores	O papel da universidade na violência e no desenvolvimento sustentável
Rio Grande do Sul (RS)	Governo Estado RS	Acesso em julho de 2011		Serviço Sentinela

ANEXO A - Ficha de Notificação / Investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS						
<p>Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).</p>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	4 UF		
	5 Município de notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parde 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares					
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan NET		SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____					
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal					
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei								
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____								
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado								
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado								
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/>			61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado								
Evolução e encaminhamento	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____								
	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____				
	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____				
	71 Data de encerramento _____								
Informações complementares e observações									
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone					
Observações Adicionais:									
TELEFONES ÚTEIS									
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100					
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES					
	Nome		Função		Assinatura				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008					