UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 4
Maria do Socorro

Fundamentação Teórica: Maus-tratos

Maus-tratos
Renato Nabas

Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência significa "imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis", e os atos violentos podem ser classificados em: **violência autoinfligida** – contra si mesmo, que inclui o comportamento suicida (vai de pensamentos até a busca de meios e planejamentos para matar-se) e autolesões (automutilações); **violência interpessoal** – infligida por outro indivíduo ou grupo de indivíduos. Divide-se em intrafamiliar, aquela que se produz entre os membros da família, e comunitária, a que ocorre fora do lar entre indivíduos com algum tipo de relação (por exemplo, no bar); e **violência coletiva** – infligida por grupos maiores como estados, milícias, organizações terroristas, crime organizado e outros.

Segundo o Unicef, a violência contra criança ou adolescente pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o agressor e a criança ou adolescente. Inclui neste rol a **violência estrutural** – que aparece devido às condições de vida, econômicas e sociais das crianças e adolescentes, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento (Ex.: trabalho infantil); **bullying (violência entre iguais)** – compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas executadas dentro de uma relação desigual de poder entre iguais, sem motivação evidente, causando dor e angústia (estudantes, colegas de trabalho); **violência intrafamiliar** – todo ato ou omissão de pais, parentes ou responsáveis capaz de causar danos físico, sexual e/ou psicológico às crianças e/ou adolescentes. De um lado, implica uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Como a criança vive, basicamente, no ambiente doméstico, a violência intrafamiliar está presente de forma contundente nesse grupo e apresenta as seguintes características: implica uma posição de poder do mais forte sobre a criança/adolescente, em que há a invasão do corpo da criança e do adolescente. Há uma coisificação da criança e do adolescente, transformando-os em objeto de uso, do adulto que deveria oferecer proteção a esses indivíduos, e não se trata de uma opção/escolha da criança ou do adolescente.

Na violência doméstica ou intrafamiliar contra crianças e adolescentes, há ocorrência simultânea de vários tipos de violência, nos quais mais de uma criança ou adolescente sofre violência na rede familiar/social, que tende a se agravar com o tempo, caso o **Pacto do Silêncio**, que as cerca, fruto de uma ameaça do agressor à vítima e à família e de uma conivência de outros familiares, que deveriam exercer o papel de protetores, não seja quebrado.

É uma violência que ocorre em todas as classes sociais, não havendo também diferenciação de credo, raça ou etnia. O que se observa é uma diferença na sua expressão, na dependência do grupo social, sendo que a visibilidade é maior na população de menor renda, por acionar, de forma mais frequente, os serviços públicos como forma de defesa ou denúncia.

Os maus-tratos podem ser considerados um hábito culturalmente aceito em nossa sociedade, em que as punições físicas como processo educacional e disciplinador, introduzidas no Brasil pelos jesuítas, serão responsáveis pela vitimização das crianças. Essas crianças vão se transformar em pais agressores, donos dos seus filhos, que abusam da autoridade e solucionam os conflitos pela força, reforçando um comportamento explosivo, violento e perverso. Nesse ambiente serão geradas novas crianças que, respaldadas no hábito cultural, reiniciarão todo um ciclo de violência.

No Brasil há o registro de um número pequeno de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, além da inexistência de trabalhos populacionais para reconhecimento da real prevalência do fenômeno. Os dados existentes são, na sua maioria, secundários, obtidos de registros de atendimento

em Conselhos Tutelares, Delegacias, Centros de Referência para atendimento de crianças e adolescentes vitimizados, nos quais a negligência figura como a principal violência notificada (cerca de 40 a 45%), seguida pela violência física (cerca de 30 a 35%), violência psicológica (cerca de 10%) e violência sexual (5 a 8%).

Algumas situações podem ser enunciadas para identificação de crianças ou adolescentes mais vulneráveis a sofrer maus-tratos, tais como: crianças não desejadas, não planejadas; prematuros ou crianças hospitalizadas por longos períodos; criança de sexo diferente da expectativa dos pais; crianças e adolescentes com nível intelectual ou estilo de vida diferente dos pais; filhos criados por outras pessoas, ou com pais distantes física ou emocionalmente; filhos de outros relacionamentos; crianças e adolescentes que não aprenderam a respeitar limites, hiperativos ou com transtornos de conduta, portadores de deficiência ou doenças crônicas; filhos adotivos.

Por outro lado, podemos delinear algumas características que definem o perfil dos agressores: cuidadores imaturos, emocionalmente ou por baixa idade; cuidadores dominadores ou autoritários, que mantêm o domínio de toda a família, limitando o convívio social; pessoas oriundas de famílias com histórico de violência e com histórico de violência na sua vida pessoal; pessoas com dificuldades de socialização; mães portadoras ou com histórico de depressão pós-parto; pessoas dependentes de álcool e/ou drogas; pessoas portadoras de distúrbios de comportamento ou doença mental.

São definidos, basicamente, quatro tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, a saber:

Negligência – omissões dos responsáveis pelas crianças e adolescentes, ao deixarem de prover suas necessidades básicas (abandono é a forma extrema de negligência).

Violência Física – violência pelo uso da força física intencional. É o emprego de força física no processo disciplinador de uma criança ou adolescente. Pode ser considerado um ato violento desde um simples tapa até agressões com instrumentos vários, armas brancas e de fogo, podendo levar à morte.

Violência Psicológica – toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas e humilhações.

Violência Sexual – qualquer forma de prática sexual ou erótica com crianças e adolescentes por agressor com desenvolvimento psicossocial mais adiantado.

O diagnóstico da violência doméstica contra crianças e adolescentes é feito a partir de uma boa anamnese e exame físico. Prestar atenção à ocorrência dos fatores de risco descritos anteriormente é fundamental. Nos casos de abuso sexual, as marcas físicas não estão presentes na maioria dos casos, tornando o diagnóstico mais complicado. Alguns achados podem ser sugestivos de violência sexual, segundo a Academia Americana de Pediatria: abrasões ou escoriações na região interna das coxas e genitália; cicatrizes ou feridas nos pequenos lábios; aumento da abertura himenal; quantidade diminuída ou ausência de hímen; cicatriz ou ferimento na fossa navicular e laceração anal. O diagnóstico definitivo é dado pelo encontro de esperma e/ou presença de gravidez.

Nos casos de negligência, a suspeita pode ser feita a partir de observações de algumas situações a que as crianças e adolescentes estão expostos, tais como: desnutrição ou má nutrição por falta de ingesta alimentar; comportamento apático ou irritadiço; má higiene corporal, que contrasta com o aspecto dos pais; roupas inadequadas ou desconfortáveis; acompanhamento de saúde inadequado ou precário; despreocupação dos pais ou cuidadores com os locais que as crianças ou adolescentes frequentam, assim como sua situação na escola; atraso no desenvolvimento psicomotor e de linguagem; atraso na escolaridade; dificuldades escolares; acidentes frequentes; problemas de adaptação social.

Essas situações, porém, podem ocorrer na ausência de condições sociais mínimas; quando fatores culturais influenciam os valores individuais e levam a uma desvalorização dos filhos pelos pais e à ausência de responsabilidade com os cuidados; na ausência de condições mínimas educacionais e/ou culturais

para o acompanhamento de uma criança ou adolescente, assim como quando há a ocorrência de doença mental, tornando a mãe, por exemplo, inapta psiquicamente para o exercício pleno da maternagem.

As crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica vão se apresentar com um comportamento extremo de apatia, agressividade, isolamento, irritabilidade ou choro frequente, sem causa aparente; sinais de ansiedade ou medo constantes; baixa autoestima e autoconfiança; dificuldade na fala, guagueira, tiques ou manias; depressão; afecções de pele frequentes sem causa aparente; aumento injustificável da incidência de infecções ou doenças alérgicas; enurese noturna, encoprese; recusa alimentar em bebês abaixo de um ano, obesidade, anorexia nervosa, bulimia ou outros distúrbios alimentares; destrutividade ou autodestrutividade, uso de drogas, comportamento delinquente e tentativa de suicídio.

Quando falamos em violência física, temos que nos reportar à descrição da Síndrome da Criança Espancada, feita por Kempe e colaboradores, em 1962, nos Estados Unidos da América. Essa descrição vai tornar pública a ocorrência de maus-tratos praticados por pais e outros familiares às crianças e adolescentes. Nesse momento, o setor saúde assume a responsabilidade para si de identificar as crianças vitimizadas, tratá-las e garantir os seus direitos, como sujeitos.

A Síndrome de Kempe é definida por quadro de fraturas múltiplas, com equimoses e hematomas generalizados, lesões cerebromeníngeas, paralisias, hemorragias oculares, fontanelas tensas, convulsões, deformações ósseas (dos dedos e das vértebras lombares) com frequentes repercussões sobre o estado geral da criança e que constitui uma causa frequente de invalidez permanente e morte.

A suspeita da violência física deve se dar quando crianças ou adolescentes apresentam lesões não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor, lesões que não se justificam pelo acidente relatado pelos pais ou responsável; lesões em várias partes do corpo, em regiões cobertas, não relatadas e percebidas ao exame físico (arranhões, marcas de instrumentos com cintas, fivelas; hematomas em vários estágios de evolução; cicatrizes de queimaduras; lesões puntiformes ocasionadas por queimaduras com pontas de cigarros); lesões ou fraturas em estágios diferentes de cicatrização ou cura; inexplicável atraso entre o momento da ocorrência da lesão e a procura do socorro médico.

As lesões de pele mais comumente encontradas numa situação de violência física são: lacerações, equimoses, hematomas, cortes, perfurações ou queimaduras que lembram objetos, como fios, cintos, fivelas, mãos, dedos, sola de sapato, garfos, facas, pontas de cigarro, ferro de passar; lesões com marcas da arcada dentária de adulto; lesões circulares em pescoço, punhos ou tornozelos como tentativa de enforcamento; hematomas ou equimoses em várias partes do corpo, com diferentes colorações; hematomas ou equimoses em áreas cobertas pela roupa; queimaduras por imersão ou escaldadura – envolvendo parte inteira do membro, como toda mão (mão em luva); queimaduras em região genital e de nádegas; queimaduras por ponta de cigarro.

As lesões de ossos e tecidos moles são as manifestações radiológicas mais comuns na violência física contra crianças e adolescentes; e as imagens mais presentes são de fraturas próximas às articulações, fraturas de costelas, fraturas com traços oblíquos ou em espiral, fraturas de escápula e esterno, fratura bilateral de clavícula, fraturas de coluna vertebral, fraturas de crânio, fraturas de região temporal, fraturas de mandíbula.

E, por fim, dentro da violência física encontramos uma síndrome, em particular, denominada Síndrome do Bebê Sacudido, que se refere a lesões de gravidade variáveis (cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da espinha, lesões cerebrais e morte), que ocorrem quando uma criança, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida.

Quanto ao abuso sexual, alterações de comportamento e alterações ao exame físico podem indicar a ocorrência desta violência. As alterações comportamentais mais encontradas são: conduta sedutora; relato de agressões sexuais; dificuldade em se adaptar à escola ou dificuldades de aprendizagem; aversão ao contato físico; comportamento incompatível com a idade (regressões); envolvimento com drogas; autoflagelação; culpabilização; fuga de casa; depressão; tentativa de suicídio; mudanças bruscas de comportamento e

humor; sono perturbado; masturbação visível e continuada; timidez excessiva; tristeza ou choro sem causa aparente; medo de ficar só com alguém ou em algum lugar; baixa autoestima; dificuldade de concentração; interesse precoce por brincadeiras sexuais.

À observação clínica e exame físico, a vítima de abuso sexual pode se apresentar com roupas rasgadas ou com manchas de sangue; hemorragias, secreções e/ou lesões em órgãos genitais ou ânus; marcas de mordidas ou lesões corporais, especialmente em áreas genitais; sintomas compatíveis com infecção urinária; dificuldade para caminhar; gravidez; sinais de doenças sexualmente transmissíveis.

Como o agressor, na grande maioria das vezes, é alguém da família (pai, padrasto – maior frequência) com quem a criança ou adolescente tem muita proximidade, o abuso se inicia através de atos que vêm como demonstrações de interesse, afeto e proteção, nos quais o agressor se aproveita da relação de confiança e de responsabilidade pelo cuidado da vítima. Essas abordagens se tornam frequentes e abusivas, gerando insegurança e dúvida na criança ou adolescente. Há uma alteração de papéis, aquele(a) que deveria ser o(a) cuidador(a) passa a ser o(a) amante, que atribui culpa à vítima pelo que vem ocorrendo e através de ameaças passa exigir o silêncio. Essa situação vai gerar na criança ou adolescente medo, aversão, resistência, juntamente com sentimentos contraditórios de prazer/violência. Com isso, a vítima vai se tornando mais insegura, desprotegida e envergonhada, alimentando o silêncio. Portanto, o abuso se dá dentro de uma estrutura familiar e em muitos casos a mãe se comporta como uma cúmplice silenciosa, que não vai dar crédito à revelação da criança ou adolescente.

Esse abuso, fruto geralmente de uma relação incestuosa, pode ser tipificado como estupro; pornografia e prostituição infantil; abuso verbal, telefonemas obscenos; exposição a vídeos/filmes obscenos; voyeurismos; brutalização e assassinato.

A lei 12.015 de 07/08/2009 modificou o Código Penal Brasileiro nos artigos que definem os tipos penais de crimes sexuais, extinguindo o "atentado violento ao pudor", ampliando a definição de "estupro", que era crime exclusivo contra a mulher (conjunção carnal pênis-vagina), para a prática de conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso contra indivíduos de ambos os sexos, mediante violência ou grave ameaça. O "estupro presumido" e o "atentado violento ao pudor presumido", referentes à ocorrência com vítimas menores de 14 anos, foram substituídos pelo crime de "estupro vulnerável".

A violência doméstica contra crianças e adolescentes, se não abordada de forma satisfatória, se não ressignificada pela criança ou adolescente, pode trazer consequências psíquicas para a vida adulta, colocando-se como uma das etiologias do que se denomina estresse pós-traumático. Os sintomas, mais comumente encontrado nesses adultos, são: fobias, pânico, personalidade antissocial; depressão com ideias de suicídio, tentativa ou suicídio; cronificação dos sentimentos de estigmatização; isolamento; ansiedade, tensão e dificuldades alimentares; dificuldades de relacionamento com pessoas do sexo do agressor, no caso de violência sexual; reedição da violência, revitimização no casamento; distúrbios sexuais; drogadição e alcoolismo.

O prognóstico desses agravos psíquicos vai depender da idade do início da violência – quanto mais jovem a criança, menor sua capacidade de compreensão e suas defesas; quanto mais velho o agressor, mais forte a hierarquia de poder e mais evidente a fragilidade da barreira intergeracional, sendo ambos fatores causadores de maior dano; a duração da violência (meses/anos) – quanto maiores a frequência e o tempo de duração, maiores serão os danos; o relacionamento entre aquele que violenta e a criança/adolescente – quanto mais íntima a relação entre eles (pais, mães/filhos), maior o paradoxo entre proteção e abuso e, portanto, maior o dano; a ausência/presença de figuras protetoras – a presença de figuras protetoras ou a existência de pessoas que acreditem na criança ou adolescente no momento da revelação diminuem os danos psíquicos; o impacto da revelação da violência para a família e para a criança – quando a reação do ambiente é de crença e acolhimento da criança, os danos são menores, mas o inverso acontece quando família, escola, médicos e agentes legais ignoram os apelos da criança, duvidam de sua palavra, acusam-

na de responsável pelas agressões ou obrigam-na a passar por exames malconduzidos e até dolorosos, depoimentos sem fim e acareações com seus agressores, que podem levar a novas situações de violência.

Nos casos de suspeita de violência doméstica, o profissional de saúde não deve induzir o diagnóstico. Deve escutar e aceitar tudo o que a criança ou adolescente tem a dizer, mantendo uma atitude de crédito, sem emitir qualquer comentário, principalmente os depreciativos; evitar a repetição da narrativa pela vítima e não se preocupar com a confirmação da violência e/ou identificação do agressor de forma imediata.

A violência contra criança ou adolescente é um fenômeno de notificação compulsória, segundo portaria do Ministério da Saúde de 2001, cabendo, portanto, a notificação à autoridade sanitária por meio de impresso próprio existente em todas as unidades de saúde e divisões de vigilância epidemiológica, de todos os casos suspeitos ou confirmados. Além dessa notificação, o profissional deve denunciar/notificar a situação ao Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e Juventude, de acordo com os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente e se responsabilizar profissionalmente pelo cuidado à vítima, de preferência em uma equipe multiprofissional composta, além do médico, por um psicólogo e um assistente social. A esta equipe caberá o papel de fazer um diagnóstico clínico e psicossocial da criança ou adolescente vitimizado e propor um tratamento que vise a um restabelecimento de vínculos familiares e a uma superação do trauma vivido. Ao Conselho Tutelar, juntamente com a Vara da Infância, caberá avaliar e encontrar formas de proteger a criança ou adolescente, evitando a revitimização por meio do encontro de pessoas vinculadas à vítima que sejam protetoras, famílias substitutas e, em último caso, o abrigamento provisório.

Cabe ressaltar que a denúncia/notificação é o primeiro passo para o tratamento. Quebra o pacto do silêncio e permite que a violência se torne visível e que a criança ou adolescente possa ser protegido.

O reconhecimento do direito da criança e do adolescente a um ambiente que garanta sua proteção é essencial para a prevenção da violência, e deve ser acompanhado por leis adequadas que sejam devidamente cumpridas. No século XX, o Brasil avançou na legislação em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, iniciando com o Código de Menores em 1927, revisto em 1979, avançando até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990.

A Constituição brasileira de 1988 reconheceu crianças e adolescentes como um grupo sujeito de direitos, destacando os direitos à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Segundo a Constituição, cabe à família, ao Estado e à sociedade o dever de proteger as crianças e adolescentes de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é a lei que regulamenta a Constituição e se pauta pela doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente, que garante a todos deste grupo socioetário direitos de pleno desenvolvimento. Enquanto o Código de Menores de 1979 era um instrumento de proteção e vigilância de menores vítimas da omissão e transgressão da família, sociedade e Estado, cabendo à autoridade policial essas atribuições, o ECA transforma esses "portadores de carências" em crianças e adolescentes sujeitos de direitos, definindo as consequências das ações/omissões contra esses cidadãos, além de legislar sobre o grupo de crianças e adolescentes em conflito com a lei e criar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares como garantia dos direitos previstos no Estatuto.

O Conselho Tutelar é um órgão criado a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 131): "o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente". Em cada município há, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, permitida uma recondução. Suas competências estão ligadas à aplicação de medidas de proteção, atendendo crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçado ou violados, bem como seus pais, recebendo comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e requisitando certidões de nascimento e óbitos de crianças e adolescentes, quando necessário.

As Varas da Infância e Juventude possuem "competência jurisdicional", isto é, podem atuar em qualquer situação de exposição de criança ou adolescente a risco determinado por culpa do Estado, da sociedade, da família, ou pela própria conduta do jovem, no caso de atos infracionais. Contam com uma equipe técnica (psicólogos, assistentes sociais) para auxílio na interpretação e atendimento, oferecendo suporte aos juízes. Não há necessidade de intermediação de advogados nesta Vara, podendo qualquer denúncia ser feita por telefone ou por escrito, por qualquer cidadão ou pelo Conselho Tutelar. Não é instaurado um processo, mas sim uma ação civil pública, um instrumento jurídico que prescinde do advogado.

O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes deve se dar na perspectiva das redes democráticas, que são compreendidas como espaços de formação de parcerias, cooperações e articulações dos sujeitos institucionais no âmbito público e privado. Para isso exige-se a articulação da rede de denúncia (defesa) com a rede de proteção e atendimento às vítimas e seus familiares, na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Constituição de 1988.

Quando é efetuado o atendimento de uma criança ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de violência doméstica, o profissional da saúde, juntamente com a rede de proteção, articulada pelo Conselho Tutelar/Vara da Infância, deve encorajar os pais e/ou responsáveis a lavrar um Boletim de Ocorrência e realizar o exame de corpo delito. Essas providências são fundamentais para que se criminalize o agressor. O processo contra o agressor será efetuado pela Vara Criminal, a partir de queixa de crime realizada pela Vara da Infância e Juventude ou Delegacia de Polícia, e a pena prevista é de até 10 anos de prisão. A penalização do agressor é fundamental para a criança ou adolescente abusado, pois ela corporifica a interdição, tendo um efeito bastante terapêutico. Por outro lado, deve-se encorajar o abusador a realizar um tratamento de sua saúde mental e de outras comorbidades existentes, como uso e abuso de álcool e drogas, por exemplo.

A prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes ocorrerá em diferentes níveis. A prevenção primária é constituída por campanhas de conscientização da população sobre o problema, sensibilização das pessoas que trabalham com crianças e adolescentes para a necessidade do enfrentamento da violência, educação às crianças para o reconhecimento do adulto que quer dar carinho e atenção ("toque bom") daquele que quer se utilizar do seu corpo ("toque ruim") e educação aos pais, através da discussão da não utilização da força física no processo disciplinador, do desenvolvimento da sexualidade infantil, por exemplo. Como prevenção secundária se incluem os programas e atividades de suporte emocional e social às famílias em situação de risco. E, finalmente, como prevenção terciária, temos o encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados a um tratamento psicossocial e jurídico, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para atendimento às vítimas de violência doméstica e atendimento e acompanhamento ao agressor.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**. Brasília-DF, 2002. Compêndio que traz todos os conceitos sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, quadro clínico, prognóstico e formas de intervenção.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Ordinária no 8069/90**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/L8069.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011. Além do ECA, outras leis e tratados em que o Brasil é signatário de garantia dos direitos da criança e do adolescente. Traz também a lei de constituição do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e de adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/

publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011. Esta publicação do Ministério da Saúde discute a estratégia da linha de cuidado e sua aplicação para atenção integral à saúde das crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência, além de apresentar todos os conceitos e tipologia da violência sofrida por crianças e adolescentes. Discute também a forma de prevenção da violência associada à visão da promoção da saúde e a cultura de paz.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências**. Documento do Ministério da Saúde que define as estratégias para redução da morbimortalidade por acidentes e violências, além de apresentar vários conceitos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras formas de violência.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ficha0206200901.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011. Ficha de notificação compulsória oficial, adotada pelo Ministério da Saúde, em todo o território nacional desde 2006.