



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

TARSIA REGINA LEAL RAMOS

ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: CONTRIBUIÇÕES NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E LINHA DE
CUIDADO

SÃO PAULO
2020

TARSIA REGINA LEAL RAMOS

ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: CONTRIBUIÇÕES NO PROCESSO DE PREVENÇÃO E LINHA DE
CUIDADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: LIA LIKIER STEINBERG

SÃO PAULO
2020

Resumo

A violência pode ser entendida como ação ou omissão que cause prejuízo evitável, apresenta-se com uma alta incidência em nosso país, grande potencial de prejuízo físico e emocional, altos custos para o sistema de saúde e atinge todas as classes sociais, etnias, idades, culturas e religiões. Quase metade dos casos notificados de violência tem como vítimas a criança e o adolescente, constituindo uma demanda expressiva das Unidades Básicas de Saúde. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família pode atuar em várias frentes de prevenção e na implementação de uma linha de cuidado integral às vítimas, que vai desde o acolhimento empático até seguimento adequado para minimizar os efeitos desse agravo no desenvolvimento físico, psicológico, social e afetivo das vítimas e para evitar novos casos de violência.

Palavra-chave

Maus-Tratos Infantis. Criança. Adolescente. Acolhimento. Violência.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A mortalidade geral de crianças e adolescentes tem diminuído consideravelmente nos últimos anos, fato que é atribuído por algumas medidas que marcaram o século XX, como incentivo ao aleitamento materno, hidratação oral, controle de desnutrição e imunizações. No entanto, observa-se um aumento explosivo da mortalidade por causas externas em todas as classes sociais, aumentando conforme a faixa etária, sendo responsável por 75,6% da mortalidade na faixa etária dos 15 aos 19 anos. O reconhecimento das consequências das violências e acidentes para o sistema de saúde e sociedade chama atenção para a necessidade de políticas públicas para prevenção, atenção integral às vítimas e promoção da cultura da paz. Essa pauta mostra elevada importância por constituir em altos índices de mortalidade por causas evitáveis e por representarem alto custo para o país. Entre tratamento, reabilitação e sistema judiciário, os gastos com causas externas chegam a somar 8% dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS). A repercussão na população jovem é ainda maior, pois reflete na diminuição do índice de esperança de vida ao nascer e aumento nos anos potenciais de vida perdidos.

O Ministério da Saúde, em 2006, iniciou um sistema de vigilância denominado VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes), e os dados mostram que naquele ano, quase metade das notificações (47,6%) correspondiam a vítimas crianças ou adolescentes, sendo grande parte dessa demanda da Atenção Primária a saúde.

No entanto, os profissionais da saúde, muitas vezes, não se sentem capacitados para abordar e conduzir casos de violência em nosso país, seja pelo curto tempo de consulta, pelo tabu cultural ou por achar não ter os recursos adequados para enfrentar tais casos.

Relatando um pouco da minha experiência, na minha unidade, atendi três casos de violência contra menores, um caso de negligência, outro caso de violência psicológica e um caso de violência sexual por exploração sexual comercial, e senti na pele essa insegurança por desconhecimento dos procedimentos legais em caso de abuso sexual e por dificuldade de comunicação sobre o assunto com a família e com a vítima.

Diante desses fatos, fica claro a necessidade de capacitação contínua dos profissionais da saúde, em especial da Atenção Primária, para agir na prevenção, diagnóstico e linha de cuidado integral às vítimas de violência, no âmbito da saúde e no fortalecimento das redes de atenção e apoio na comunidade.

ESTUDO DA LITERATURA

Violência contra crianças e adolescentes, segundo conceito do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é omissão ou ação que imponha danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento. Pode ser classificada em função do autor da agressão como violência autoinfligida (cometida contra si mesmo), violência interpessoal, quando o autor é outra pessoa ou um grupo de pessoas, esta podendo ser intrafamiliar ou comunitária; e violência coletiva, quando infligida pelo Estado ou grandes organizações e grupos institucionais. A violência tende a ser desigual e assimétrica, pois pressupõe agressor com nível de desenvolvimento psicossocial mais adiantado em relação a vítima e muitas vezes em situação de dominação. A exceção a esse conceito seria o bullying, que pode ser entendido como uma forma de violência entre iguais.

Define-se quatro tipos de violência contra crianças e adolescentes:

- * Negligência: omissão dos responsáveis ao deixarem de prover suas necessidades básicas, podendo chegar a sua forma extrema - o abandono;
- * Violência Física: uso da força física intencional causando danos. Pode ser empregada erroneamente no processo educativo da criança, podendo ir de discretos tapas e beliscos até o óbito;
- * Violência Psicológica: ações que causem danos psicológicos às vítimas, podendo ser na forma de humilhação, depreciação, rejeição e cobranças exageradas;
- * Violência Sexual: prática erótica ou sexual por agressor mais velho, onde a vítima é usada para satisfação sexual do agressor, podendo ir desde exibicionismo e carícias até a consumação do ato sexual com ou sem penetração;

A violência, de uma forma geral, é subnotificada no mundo inteiro e alguns estudos apontam a formação dos profissionais da saúde como uma das razões para a baixa suspeição, pelo medo de tocar no assunto, pelo pouco tempo de consulta disponível, por não ter disponibilidade de recursos para oferecer às vítimas, além do tabu cultural quando se trata de violência sexual.

VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é um fenômeno universal que ocorre em todas as classes sociais, idades, etnias, religiões e culturas, e inclui desde a prática de carícias, manipulação das genitálias e mama, exibicionismo, pornografia, exploração sexual comercial até ao ato sexual, com ou sem penetração.

Geralmente, é praticado um abuso incestuoso, sendo o agressor alguém que a criança ou adolescente ama e confia. A incidência do abuso é desconhecida e atribui-se ao mesmo ser uma das maiores condições de subnotificação mundial, pois geralmente está envolvido num pacto de silêncio, apesar dos crescentes números de denúncias.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2002), cerca de duzentos e vinte e três milhões de crianças e adolescentes foram vítimas de abuso no mundo. A grande maioria dos casos eram de vítimas do sexo feminino, entre 12 e 18 anos de idade, 64% cometido por

familiares, geralmente pai ou padrasto.

A Lei 12.015/2009 modificou o Código Penal Brasileiro, ampliando o conceito de estupro, que antes era exclusivo contra mulheres, mediante a presença de conjução carnal; e substituiu os conceitos de atentado violento ao pudor presumido e estupro presumido, quando praticados por vítimas menores de 14 anos, por crime de estupro de vulnerável.

O abuso sexual é de difícil diagnóstico, pois na maioria das vezes, o abusador pertence ao ciclo familiar e age sem violência física, seduzindo e ameaçando a criança, fazendo a revelação do ocorrido parecer pior que o crime. A suspeita diagnóstica ocorre, muitas vezes, pela presença de sinais indiretos da agressão psicológica como curiosidade incomum sobre os genitais, mudança de comportamento, masturbação excessiva, choro fácil, conhecimento sexual impróprio para a idade, medo de ficar só com alguém. Lesões físicas também podem estar presentes como hematomas, lacerações e fissuras vaginais e anais.

A conduta frente a um caso de abuso sexual, além do acolhimento adequado e acompanhamento com equipe multidisciplinar (melhor relatado no item "Ações" deste trabalho), também inclui protocolos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada. Abaixo, segue o protocolo do Ministério da Saúde (2012):

1) Contracepção de Emergência:

Levonogestrel 1,5mg 1 comprimido ou 0,75mg 2 comprimidos, em dose única;

Indicado para crianças e adolescentes após a menarca, até 5 dias da data do abuso.

Em caso de gravidez decorrente da violência, é direito da adolescente ser informada sobre a possibilidade da interrupção da gestação conforme Lei 2848/40, artigo 128 do Código Penal Brasileiro. O Código Penal não exige nenhum documento nesse caso, bastando o relato, consentimento e assinatura da paciente, devendo seu relato ser recebido com presunção de veracidade. Deve-se também esclarecer o direito da possibilidade de manter a gestação até o fim, garantindo os cuidados pré-natais adequados e a escolha de a criança permanecer com a mãe ou proceder os mecanismos legais para adoção.

2) Infecções sexualmente transmissíveis não virais:

☐ Sífilis: Penicilina G Benzatina 50 mil unidades/kg, via IM, dose única; Máximo 2,4 milhões de unidades;

☐ Gonorreia: Ceftriaxone 125mg (menores de 45kg) ou 500mg (maiores de 45kg) via IM, dose única;

☐ Clamídia: Azitromicina 20mg/kg via oral, em dose única; Máximo 1g;

☐ Tricomoníase: Metronidazol 15/kg/dose, via oral, 8/8h por 7 dias.

3) Hepatites Virais

☐ Hepatite B:

Avaliar calendário vacinal. As vítimas que estão imunizadas, não necessitam de dose de reforço ou outras condutas.

As vítimas com calendário incompleto ou desconhecimento da situação vacinal devem completar as três doses (0, 1 e 6 meses) e realizar a imunoglobulina humana.

☐ Hepatite C:

Não existe profilaxia, porém existe recomendação para acompanhamento bioquímico, sorológico ou PCR no momento do atendimento e com 45, 90 e 180 dias, pois em caso de contaminação recente, o tratamento com interferon diminui as chances de evolução para a forma crônica da doença.

4) Infecção por HIV

Esquema de primeira linha: TDF (Tenofovir) + 3TC (Lamivudina) + DTG (Dolutegravir), uma vez ao dia, via oral, por 28 dias;

Em casos de menores de 40kg, troca-se o DTG por outra opção mais segura, geralmente o Lopinavir/Ritonavir;

A necessidade da profilaxia deve ser avaliada e realizada apenas de houve contato com o semem em penetração vaginal ou anal em até 72h do episódio do abuso. Em caso de penetração oral, os casos devem ser individualizados. Se a agressão for crônica pelo mesmo agressor, a profilaxia não está indicada.

NEGLIGÊNCIA

Entende-se como negligência o não atendimento das necessidades básicas da criança e do adolescente, de forma crônica, intencional ou não, gerando consequências prejudiciais em relação a saúde, nutrição, higiene, proteção, educação, afetividade e estímulo ao desenvolvimento. O abandono é a forma extrema desse tipo de violência, tipificado como crime nos artigos 133 e 134 do Código Penal Brasileiro.

A negligência pode ser física, educacional e emocional, sendo esta última a que apresenta maior potencial deletério, maior até que a própria violência física, considerando que o aparelho psíquico está em desenvolvimento e geraria transtornos de comportamento ou de involução afetiva, social, moral e psicomotora. Este tipo de negligência é bastante ignorada até nas literaturas, porém presente de forma insidiosa e traz como fundamento a indiferença, o desafeto, gerando consequências danosas a autoestima da criança e do adolescente.

Alguns sinais e sintomas nos despertam suspeição para casos de negligência como:

1. Negligência física: doenças parasitárias, cáries sem tratamento, calendário vacinal incompleto, dermatites de fralda de repetição, déficit do desenvolvimento neuropsicomotor, descuido da higiene;
2. Negligência educacional: absenteísmo, falta de escolaridade, não realizar a matrícula na idade oportuna;
3. Negligência emocional: desatenção às necessidades de afeto e proteção, permissão ao uso de drogas, impedimento de socialização e lazer, expulsão da moradia ou recusa em acolhê-lo se retorno.

Para alguns, omissão do cuidado quando ligado à pobreza justificaria a impossibilidade do cuidado adequado. Se assim o fosse, poderíamos supor que todas as famílias em situação de miséria e injusta social não conseguiriam cuidar de sua prole, quando observamos que mesmo em situações de extrema pobreza existem pais afetuosos, preocupados com o bem-estar dos filhos. Uma boa maneira de verificar intencionalidade na violência, é observar o tratamento dispensado a outros filhos, buscando verificar se existe tratamento desigual. De qualquer forma, é sempre obrigatória a notificação de casos de negligência para os profissionais da saúde e educação (artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente).

VIOLÊNCIA FÍSICA

A violência física é conceituada como o emprego da força física, de forma intencional ou não, para lesionar ou ferir a vítima. Acomete todas as faixas etárias, porém predomina em

crianças menores de três anos.

A suspeita clínica se baseia nos dados da anamnese, exame físico e laboratoriais. Muitas vezes é difícil diferenciar se o trauma teve intencionalidade, devendo os profissionais estarem atentos a sinais que aumentam a suspeição para abuso físico, como incompatibilidade entre os dados da história e os achados físicos, omissão de parte da história, mudança do relato, relatos diferentes quando contados por diferentes pessoas da família, demora na procura ao serviço médico, crianças maiores se negarem a relatar o ocorrido, presença de usuário de drogas na família, histórico de violência prévia.

No exame físico, a criança pode mostrar-se agressiva, apática e com sinais de negligência. Pode haver hematomas, escoriações, queimaduras, alterações na cavidade oral, e até lesões mais graves como fraturas (principalmente as distais e espiraladas) e abdome agudo. Os exames laboratoriais são importantes, nesse contexto, para afastar diagnósticos diferenciais como doenças da coagulação em presença de hematomas.

Uma síndrome bastante comum nesse contexto é a síndrome do bebê sacudido (shaken baby syndrome) caracterizada por alteração do sistema nervoso central e hemorragias retinianas causadas por chacoalhamento de crianças pequenas. O ato não precisa ser demorado ou repetido, podendo acontecer com apenas um episódio do ato violento. A vítima costuma ser bebês menores de um ano, o autor da agressão geralmente é o pai ou a babá. As lesões mais frequentemente encontradas nessa síndrome são hemorragia subdural por rompimento das veias pontes e hemorragias retinianas. Estas últimas aumentam muito a suspeição de abuso físico, uma vez que são raras mesmo em acidentes graves. Até 20% das vítimas evoluem para óbito e muitas apresentam sequelas neurológicas como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, convulsões e alterações oculares, podendo levar a cegueira.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica conceitua-se por palavras ou atitudes usados contra a criança ou adolescente, de caráter repetitivo e deliberado, causando prejuízo emocional que ultrapassa a capacidade de integração psicológica da vítima e resulta em dificuldades no seu desenvolvimento social, relacional e afetivo.

Esse tipo de violência pode acontecer por rejeição afetiva (demonstrar desafeto), por alto grau de expectativa e exigência (atribuição de tarefas não compatíveis a idade da criança e do adolescente), por terrorismo (ameaças), isolamento (privá-lo de amizades) e por corrupção (instigando a vítima a atos noçivos ou explorando para o sexo).

Os sinais de alerta são diversos, dentre todos os tipos de violência, a violência psicológica tem o maior espectro de sinais e sintomas, bem como consequências para a vítima, podendo ser expresso por distúrbios alimentares, cognitivos, comportamentais, sofrimento depressivo exteriorizado, desconfiança paranoica, impacidade de demonstrar afeto, hiperreatividade agressiva.

As consequências podem ser leves como sentimento de culpa, tristeza e ansiedade até devastadoras como comportamentos destrutivos, atos criminosos, e tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Aqui cabe ressaltar um tipo bastante singular de violência psicológica (e muitas vezes física) - a síndrome de Munchausen por tranferência. Ela é caracterizada por simulação de sintomas de doenças na criança/adolescente, de forma deliberada pelo seu responsável sem intenção de conseguir benefício que não seja a avaliação médica. O objetivo, muitas vezes, é obter alguma vantagem pessoal, como atenção do conjuge ou fugir do estresse domiciliar. A simulação pode acontecer por mentira, por manipulação dos sinais da criança ou por indução dos sintomas, dando medicamentos que podem ser deletérios. Os sintomas dependem da medicação administrada. Existem relatos de casos fatais, podendo a mortalidade chegar a 9%.

AÇÕES

As ações para combate a violência contra crianças e adolescentes na Estratégia de Saúde da Família consiste, essencialmente, em atuação em prevenção e implantação de uma linha de cuidado integral e adequado para a vítima para amenizar os efeitos do ato violento e para prevenção de revitimização (novos episódios de violência).

PREVENÇÃO

Prevenção é uma estratégia de promoção da saúde, que visa prevenir e controlar os agravos por meio da implantação de condições de proteção e defesa de grupos que se encontram em situação de vulnerabilidades. A prevenção, também, deve ser entendida como atuante no processo de tratamento e reabilitação dos agravos.

Prevenção por fortalecimento dos laços

Desde o pré-natal, é possível atuar de forma preventiva contra violência, trabalhando com os responsáveis a aceitação da gravidez não planejada ou em decorrência de violência, trabalhar as expectativas em relação ao bebê e promover vínculos afetivos e de cuidado. É importante que a família esteja orientada sobre as fases do desenvolvimento e demandas da criança, sobre sua capacidade de entendimento e melhor tradução do seu comportamento, para evitar frustrações. Essas orientações são especialmente importantes para pais de crianças com deficiências, que muitas vezes não atendem as expectativas dos mesmos, demandam mais trabalho e assim ficam vulneráveis a várias formas de violência.

Prevenção por identificação de vulnerabilidades

Outra forma de prevenir é identificando as famílias que estão expostas a situações que aumentam a vulnerabilidade a violência pelo desgaste que causam. Situações como abuso de álcool e outras drogas, perda do emprego, separação do cônjuge, morte de ente querido, filhos com deficiência física/intelectual, absenteísmo no pré-natal, intenção de deixar a criança com terceiros, tentativa de abortamento, quererem maior atenção por parte dos profissionais da saúde.

Prevenção por orientação específica

É possível, ainda, prevenir a violência, sobretudo a sexual, orientando de forma específica os responsáveis e as crianças e adolescentes, adequando a fala conforme sua faixa etária, sobre a questão do toque físico e locais do corpo que devem ser protegidos e a quem a vítima deve relatar em caso de toques inapropriados.

Orientar os pais sobre métodos efetivos de educar e ensinar, a despeito de castigos físicos, a necessidade de afeto e carinho, o poder que as palavras tem de ferir a criança ou adolescente e influenciar no seu desenvolvimento psíquico são outras orientações específicas importantes no contexto da violência.

Buscar parcerias de ações preventivas junto aos profissionais da educação, através de palestras com equipe multidisciplinar, orientação sexual como matéria de base curricular também são ações que se mostraram efetivas, aumentando número de denúncias na comunidade.

Prevenção por rede de apoio

As estratégias realizadas no território são muito eficientes na prevenção dos agravos.

Destaca-se, nesse contexto, organização de redes para mobilização da comunidade e pessoas para promoção de atividades de recreação, orientadores para famílias em situação de vulnerabilidade, redução do acesso a drogas e armas na comunidade. O profissional também deve sempre acionar os meios legais para proteção e apoio da vítima e da família. É interessante, também, a avaliação da possibilidade de criação de grupos, nas Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de acompanhar pacientes da saúde mental e incluir nesses grupos pacientes vítimas de violência, através de conversas e compartilhamento de situações vividas e acompanhamento da saúde psicossocial das vítimas.

LINHA DE CUIDADO

A linha de cuidado é uma estratégia para conduzir a vítima de violência a fim de alcançar atenção integral e integralidade da ação para proporcionar melhor tratamento, reabilitação, proteção e prevenção de revitimizações.

O cuidado é uma expressão plural, que reflete a preocupação, responsabilidade e solidariedade com a dor da vítima. No contexto da saúde, o cuidado deve sempre ser uma prática integral e humanizada. A Política Nacional de Humanização (PNH) orienta para linha de cuidado as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação, seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

ACOLHIMENTO

O acolhimento não é um local ou espaço físico, é um posicionamento ético que todos os profissionais devem compartilhar. É importante que qualquer membro da equipe receba as crianças, adolescentes e famílias com empatia e respeito. O profissional deve acompanhar o caso, adotando sempre atitudes de proteção à criança e ao adolescente, evitando perguntas desnecessárias e repetitivas, falando de forma apropriada para a idade da vítima e atuando de forma conjunta com toda a equipe.

ATENDIMENTO

Deve-se proceder a consulta clínica: anamnese, exame físico, exames complementares, sem uso de força ou coerção para que o atendimento não seja em si um novo ato de violência. A criança deve se sentir segura, sem medo de represálias ou ameaças por parte da equipe. Devem ser realizados os tratamentos e profilaxias preconizados, em caso de abuso sexual. Se disponível, deve-se proceder o exame clínico na presença do serviço de psicologia, quando não disponível na unidade, deve-se encaminhar para avaliação psicológica posterior. Por fim, é necessário o acionamento do apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), escolas e outras redes de apoio da saúde e comunidade para plano terapêutico conjunto e individualizado para a vítima. Se risco de revitimização em caso de retorno para a casa, a vítima deve ser hospitalizada para segurança na instituição hospitalar.

NOTIFICAÇÃO

O profissional deve preencher a ficha de notificação e encaminhar para a VIVA e Secretaria Municipal de Saúde. A notificação da violência é de caráter semanal, exceto a violência sexual e violência resultante em morte, que devem ser notificadas imediatamente. É importante comunicar o caso ao Conselho Tutelar da forma mais rápida possível, mesmo que seja por telefone e posteriormente encaminhar a ficha de notificação e relatório. Deve-se acionar Ministério Público quando necessário, em casos de interrupção da gravidez

decorrente da violência e sempre anexar cópias dos documentos no prontuário da vítima. Em caso de alto risco de revitimização em sua moradia, deve-se, também, acionar a Vara da Infância e Juventude para procedimentos legais da guarda da criança. Em caso de abuso sexual, orientar o encaminhamento para delegacia para realizar boletim de ocorrência, corpo de delito e provas forenses.

SEGUIMENTO NA REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL

O seguimento é parte igualmente importante, para prevenir novos episódios de violência e realizar o acompanhamento da evolução física, social e psicológica da vítima. É necessário acompanhar a criança e adolescente nas redes de apoio da comunidade e rede de apoio de proteção legal, assim como garantir o acompanhamento pela equipe multidisciplinar.

Para colocar em prática o protocolo supracitado, é necessário fortalecer e preparar a equipe de saúde com capacitação continuada para todas as dimensões do atendimento, uma vez que casos de violência contra crianças e adolescentes contituem um dos maiores desafios da equipe de saúde, por envolver questões familiares e legais.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação das ações discutidas no presente trabalho, esperamos primeiramente aumentar a suspeição para casos de violência contra crianças e adolescentes através de um olhar crítico e responsável, sempre descartando os diagnósticos diferenciais, e assim diminuir os casos de subnotificação desses agravos.

Espera-se, também, a redução da incidência de todos os tipos de violência na comunidade ao fortalecer as redes de apoio, criar espaços de compartilhamento de informações e orientações e acompanhamento adequado para as famílias, sobretudo àquelas em situação de vulnerabilidade e risco aumentado para tais moléstias.

Também é esperado que a linha de cuidado, como preconizada pelo Ministério da Saúde, seja protocolo regular em nossas unidades, que seja seguido e implementado com empatia e respeito e assim melhore a criação de vínculo da vítima e sua família com a equipe e reduza as consequências deletérias da violência no desenvolvimento físico e psicossocial desses pacientes.

Por fim, esperamos que com acompanhamento e seguimento estreito desses pacientes, possamos assegurar um novo ambiente (ou uma nova adequação) de proteção e cuidado para essas crianças e adolescentes, garantindo seus direitos fundamentais e assim reduzindo os riscos de novos episódios de violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, edição única, 2010.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília, vol 49, n 27, jun 2018.

NUNES, A. J; SALES, A. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol 21, n 3, pag. 871-880, 2016.