

VIOLENCIA DOMÉSTICA: DE LO VISIBLE A LO INVISIBLE

Marta Angélica Iossi Silva¹
Maria das Graças Carvalho Ferriani²

Este estudio tuvo por finalidad identificar y analizar las notificaciones realizadas en las sedes de salud del municipio de Guarulhos, los límites en las acciones realizados por los profesionales y el significado de la violencia doméstica en su cotidiano de trabajo. Fue descrito el escenario de las notificaciones realizadas en 2001 y 2002 con el objetivo de obtener una mejor comprensión de la realidad y apoyar el diálogo con las informaciones recolectadas a través de la investigación cualitativa. De los casos notificados constatamos un predominio de casos de negligencia en 45% de las notificaciones, así mismo, 26% fueron notificaciones de violencia física y 14% de las notificaciones fueron sospecha de violencia sexual. Quién más realizó las notificaciones fue el asistente social, siendo responsable por 46% de las mismas. A partir de las discusiones con los agentes sociales, identificamos dos categorías empíricas: "interfases de la violencia" y "miedo".

DESCRIPTORES: salud; violencia doméstica; niño; notificación obligatoria

DOMESTIC VIOLENCE: FROM THE VISIBLE TO THE INVISIBLE

This study aimed to identify and analyze notifications of domestic violence against children registered at the Regional Health Services in Guarulhos, São Paulo, Brazil; the limitations imposed to health professionals' actions and the meaning of domestic violence against children in the health professionals' routine. The notifications registered between 2001 and 2002 were characterized in order to better understand this reality and also to support the collected data through the qualitative approach. There is a predominance of negligence cases 45%, while 26% of the notifications related to physical violence and 14% to suspected sexual violence. Social workers registered the highest number of notifications, 46%. Based on the social agents' discourse, we identified two empirical categories: "interfaces of the violence" and "fear".

DESCRIPTORS: health; domestic violence; child; mandatory reporting

VIOLENCIA DOMÉSTICA: DO VISÍVEL AO INVISÍVEL

Este estudo objetivou identificar e analisar as notificações de violência doméstica contra crianças, realizadas junto às Regionais de Saúde Guarulhos, os limites da atuação dos profissionais da saúde e o significado da violência doméstica contra a criança no cotidiano do seu trabalho. Caracteriza-se o cenário das notificações realizadas nos anos 2001 e 2002, no município, com o intuito de melhor compreender a realidade e subsidiar o diálogo com os dados colhidos através da abordagem qualitativa. Constatou-se predominância dos casos de negligência 45% das notificações, 26% de violência física e 14% de suspeita de violência sexual. Quem mais notificou foram os assistentes sociais, sendo responsáveis por 46% das notificações. Por meio das falas dos atores sociais, identificou-se duas categorias empíricas: "interfaces da violência" e "medo".

DESCRIPTORES: saúde; violência doméstica; criança; notificação de abuso

¹ Profesor Doctor, e-mail: maiossi@eerp.usp.br; ² Profesor Titular, e-mail: caroline@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Investigación en Enfermería

INTRODUCCIÓN

Hablar de violencia contra el niño ha sido a lo largo de la humanidad, algo complejo, en la medida en que impone indicar alternativas y expectativas para combatir la vulnerabilidad social en que se encuentra la infancia, tanto global como localmente. Aún implica, abordar los conflictos familiares, núcleo considerado como un local de protección al niño.

A pesar de existir la violencia desde la Antigüedad, solamente a partir de la década del 60 es que el tema viene siendo ampliamente estudiado y discutido por investigadores del área de la salud⁽¹⁾.

Se puede indicar, que muchos problemas han dificultado determinar la dimensión del fenómeno de la violencia doméstica contra el niño en el Brasil, como por ejemplo, las diferentes definiciones del problema, la diversidad en las fuentes de informaciones y la falta de existencia de informaciones poblacionales nacionales. Sin embargo, los resultados de algunas investigaciones nacionales indican que la violencia intrafamiliar en el Brasil es expresiva, debiendo ser enfrentada como prioridad en las discusiones políticas sociales⁽²⁾.

En este estudio se conoció el fenómeno de la violencia, en especial, en sus formas y expresiones, considerando su complejidad, polisemia y subjetividad, además de reconocer que también se trata de un problema de múltiples fases y dimensiones, donde los diversos tipos de violencia se acostumbran expresar de forma asociada, conformando una red, donde aquellas que expresan los conflictos del sistema social se articulan en los niveles interpersonales⁽³⁾.

A pesar del cambio verificado en el ámbito legal, con la promulgación del Estatuto del Niño y el Adolescente (ENA) en 1990⁽⁴⁾ y el reconocimiento de los derechos sociales de este grupo poblacional, se tiene en contraposición el aumento de la problemática de niños y jóvenes en situaciones de riesgo social y personal, en los centros urbanos y en el interior de sus hogares.

Entre las políticas públicas para enfrentarla⁽⁵⁻⁷⁾, se destacan aquellas mencionadas para la reducción de la morbi-mortalidad por violencias, la orientación y mejora de la calidad en las notificaciones, la estructuración de una red nacional de prevención de la violencia y promoción de la salud, y la implantación e implementación de núcleos de prevención a la violencia en los estados y municipios e instituciones del Sistema de Vigilancia

Epidemiológica para Accidentes y Violencias (SEVIV), dentro del Estado de São Paulo⁽⁸⁾.

Con relación al municipio de Guarulhos fueron implantados e implementados en la última década, importantes proyectos, programas y acciones en el área específica de protección al niño y adolescente víctima, con énfasis en la notificación, la atención a la salud de la población en situaciones de violencia a través de un comité municipal para enfrentar a la violencia doméstica y sexual contra niños y adolescentes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Basados en nuestra experiencia profesional y subsidiados en los objetivos de la presente investigación se buscó responder a las preguntas: ¿Qué dificultades y facilidades los profesionales de la salud vienen enfrentando para acoger y atender a niños víctimas o supuestas víctimas de violencia doméstica? ¿Cuáles son los límites y barreras sentidos por los profesionales de la salud que los lleva a adoptar posturas de minimización u omisión frente a la violencia? ¿Qué políticas y acciones sectoriales e integradas han sido adoptadas con relación a este problema?

Frente a estas consideraciones, esta investigación se estableció con el objetivo de identificar y analizar las notificaciones de violencia doméstica contra niños, realizadas en las Regionales de Salud de Guarulhos, los límites y lagunas del trabajo de los profesionales de la salud y el significado de la violencia doméstica contra el niño dentro de su mundo de trabajo.

MÉTODO

El presente estudio trata de una investigación descriptiva y exploratoria con enfoque cualitativo, una alternativa metodológica que nos ayudó a entender la realidad expresada por los profesionales de la salud, con relación a su visión sobre el fenómeno de la violencia doméstica contra el niño.

Posterior al análisis y aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Ribeirão Preto - USP, por la Secretaría Municipal de Salud de Guarulhos y el consentimiento de los sujetos de la investigación, expresado por medio de la firma a través del Término de Consentimiento Libre y Aclarado, los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi-estructuradas y análisis de documentos y registros, entre agosto de 2003 y abril de 2004.

Para una mejor comprensión del objeto de estudio, ampliar la conciencia sobre el problema y describir su magnitud, esta investigación buscó identificar de forma cuantitativa el escenario de las notificaciones de violencia doméstica contra niños en las sedes Regionales de Salud de Guarulhos en los años 2001 y 2002.

Para lo cual, se consultó 35 fichas de notificaciones de casos confirmados y/o sospechosos, enviadas por las Unidades Básicas y Emergencia de las cuatro sedes Regionales de Salud del Municipio de Guarulhos con el objetivo de tener una visión crítica del problema.

A partir de este análisis preliminar de notificaciones, se estableció como campo de estudio y realidad la Regional de Salud III para ser comprendida e investigada; por medio de la Unidad de Salud de la Familia (USF) Jd Fortaleza y la Unidad Básica de Salud (UBS) Carmela en donde por las informaciones obtenidas, los índices de notificaciones fueron relevantes. Fueron consultadas historias clínicas de niños, relacionadas a las notificaciones de la Regional III, para caracterizar las situaciones que indicaban la confirmación y/o sospecha de violencia doméstica.

Los sujetos del estudio fueron profesionales, quienes trabajaban con niños y/o sus familias potencialmente víctimas de violencia doméstica. Fueron entrevistados 02 psicólogos, 02 enfermeros, 02 agentes comunitarios de salud, 02 auxiliares de enfermería y 02 médicos pediatras.

La guía para las entrevistas estaba compuesta por tres preguntas abiertas, siendo: ¿Cuáles es su vivencia o experiencia en la atención de casos de violencia doméstica contra niños? ¿Qué viene siendo realizado frente a los posibles casos? ¿Cómo usted observa el trabajo, los recursos disponibles en el municipio con relación a la asistencia a estos niños?.

En base al material obtenido y al fundamento teórico, se analizó los datos de acuerdo con la propuesta de Minayo⁽¹¹⁾ utilizando el método hermenéutico dialéctico, que permite comparar diferentes posiciones en la interpretación de los datos, los cuales se presentan según la autora como, "el mas capaz de poder brindar una interpretación aproximada a la realidad. Colocando la palabra hablada dentro de la situación, para entenderla a partir de su interior y dentro del campo de la especificidad histórica y total en que es producida".

El análisis cualitativo de las entrevista llevo a la ordenación y clasificación de los datos por

unidades de registros referenciadas por temas y refinadas en expresiones de síntesis, las categorías empíricas que explican la realidad según la visión de los entrevistados.

RESULTADOS

En la Figura 1, se observó que el mayor índice de notificaciones registradas de violencia contra el niño en los años de 2001 y 2002 corresponde al ámbito de la Regional de Salud III, con 40% de los casos notificados.

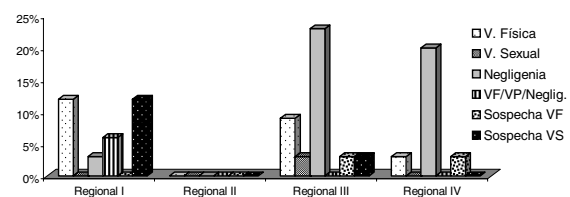


Figura 1 - Distribución de las notificaciones de violencia doméstica contra niños y adolescentes registradas en las Regionales de Salud según el tipo de violencia, Guarulhos, SP, 2001 y 2002.

En relación a los tipos de violencia vividos por las víctimas, en la Figura 2, se notó un predominio de los casos de negligencia (45% de las notificaciones), 26% de violencia física y 14% de sospecha de violencia sexual.

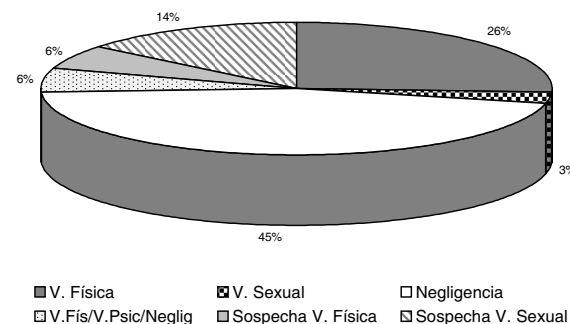


Figura 2 - Distribución de las notificaciones de violencia doméstica contra niños y adolescentes registradas en las Regionales de Salud, según el tipo de violencia, Guarulhos, SP, 2001 y 2002

En la Figura 3, en la categoría profesional responsable por la notificación se verificó que quien mas notificó fue el asistente social, siendo responsable por 46% de las notificaciones, seguido por los psicólogos los cuales fueron responsables por 12%

de las notificaciones. Los enfermeros fueron responsables por apenas 3% de las notificaciones. Un porcentaje significativo, 21% de las notificaciones, no fueron realizadas por la categoría profesional.

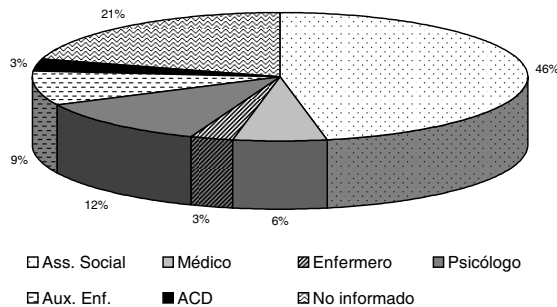


Figura 3 - Distribución de notificaciones por violencia doméstica contra niños y adolescentes registrados en las Regionales de Salud, según la categoría profesional que notificó, Guarulhos, SP, 2001 e 2002.

Se observó, según el análisis de la Figura 4, que 31% de los casos fueron enviados al Consejo de Defensoría exclusivo, 28% al Consejo Defensor y otros programas sociales relacionados y 23% solo para tratamiento ambulatorio.

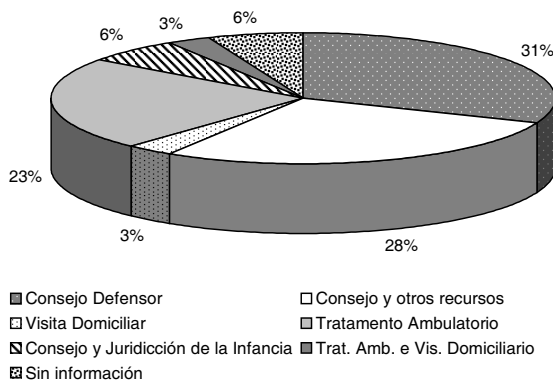


Figura 4 - Distribución de las notificaciones de la violencia doméstica contra niños y adolescentes registradas en las Regionales de Salud, según la referencia realizada, Guarulhos, SP, 2001 y 2002.

LAS CATEGORIAS EMPIRICAS

Posterior al proceso de organización del material recolectado en las entrevistas, de las varias lecturas del material y de su análisis cualitativo, se aprendió de las palabras de los profesionales dos categorías empíricas, "interfases de la violencia" y "miedo".

Interfases de la violencia

Esta categoría mostró la ausencia de políticas públicas que puedan fundamentar el fenómeno de la violencia doméstica contra el niño y la dificultad de los sujetos para identificar y asistir casos dentro de su trabajo diario. Los profesionales también indicaron otros aspectos relacionados a la falta de visibilidad del problema, la falta de preparación de los profesionales para enfrentar con esta situación y destacan la necesidad de integración de las acciones entre las diversas áreas y servicios.

Si, una red de atención y asistencia, sería muy bueno si pudiéramos trabajar, o hasta tener un espacio para discutir de forma integrada los casos, aunque no sean todos, por lo menos los principales (E8)

Me gustaría mucho que la Secretaria implementase y crease un espacio dentro del programa del niño, donde podamos ser capacitados y orientados a trabajar con esta problemática, así como tener la oportunidad de integrar de forma oficial con otros servicios y secretarías (E9)

La percepción de la violencia doméstica como un fenómeno de múltiples fases y de complejas bases macro-estructurales está presente de forma significativa en las expresiones, conforme se demuestra a continuación.

[...] pienso que la violencia que detecto está muy relacionada con las condiciones de vida (E8)

Tengo varios casos de madres etílicas y que salen de noche y dejan a sus niños solos, son estos varios casos (E8)

Sabemos sobre la importancia de la notificación y el registro de los casos que nos llegan, pero a veces es difícil definir si es realmente o no, pues muchos de los casos son de orden social...Entonces, ¿Quiénes son las mayores víctimas? Los niños (E10)

Otra pregunta indicada por los sujetos es la falta de formación y capacitación de los profesionales de la salud para trabajar frente a este problema.

Muchos profesionales no tienen preparación para evaluar y percibir las situaciones de violencia...Creo que es por falta de capacitación de los profesionales seguimiento y supervisión (E6)

Creo que sería necesario divulgar mas entre los profesionales, que hacer y como hacer, muchos no saben como enfrentar o no se sienten respaldadas... (E8)

Así, como yo y muchos compañeros tienen dificultad de identificar lo que es violencia, y que referencia tenemos además del Consejo (E9)

Miedo

Esta categoría empírica mostró el miedo que surge en el imaginario, en la vida diaria y en la acción

de los actores sociales frente a los casos de violencia doméstica, siendo uno de los factores que regía la acción de los sujetos, influenciando en lo que hacen o en lo que piensan que pueden o no realizar.

Porque yo tengo casos así. Ya tuve casos en que la familia me dice lo que sucede, todo el mundo lo sabe, luego pasa por la emergencia y nadie percibe o hace como que no percibe muchas veces por miedo (E4)

Yo misma cuando terminé de hablar por teléfono me quede con miedo. Dice, Dios ¿Qué fue lo que yo hice? Me quede preocupada, no conseguí dormir bien. (E5)

Las expresiones de los profesionales resaltan el miedo de ser perseguidos por los familiares de las víctimas notificadas.

Porque otras personas lo hicieron por mí, no necesitaba ser de aquí, porque luego uno es mal visto en el barrio. Ya pensó, denunciar a una familia y en el mes siguiente tener que ir allá (E5)

Es... recelosa, supe que ella fue llamada y ella enojada dijo que iba a descubrir quien fue que hizo la denuncia...Yo estuve feliz de ver que no dijeran de donde vino la denuncia (E4)

DISCUSIÓN

Considerando los datos registrados junto a las Regionales de Salud, el municipio de Guarulhos aún presenta una significativa subnotificación de los casos de violencia doméstica contra niños, lo que se ha constituido en un factor difícil para el establecimiento de nuevas políticas y acciones integradas, una vez que " el acto de notificar es un elemento crucial como una acción puntual contra la violencia, en la acción política global y en la comprensión del fenómeno"⁽¹²⁾.

La subnotificación está frecuentemente relacionada con la falta de conocimiento de los profesionales de la salud, de la importancia y de los procedimientos necesarios para la notificación, la ausencia de adhesión para la notificación, preocupación de los profesionales con la ruptura y confiabilidad de las informaciones, y finalmente por la falta de percepción de los profesionales, sobre la relevancia de esta temática para la salud pública⁽¹³⁾.

El estudio mostró que la región de la Región de Salud III, es la región con mayor índice de notificaciones. Esta área corresponde a inúmeros barrios y villas con alta concentración de pobreza y situaciones de miseria, áreas de invasión territorial y barrios pobres; heterogeneidad y alta migración de

su población y super población de los hogares. Se suma a esto, la escasez del capital social, factores estos que vienen manteniendo los niveles de desigualdad económica, cultural y social en la región.

En esta región se encuentran instaladas 06 Unidades Básicas de Salud con 12 Equipos de Salud de la Familia, 03 Unidades de Emergencia y 01 Central Odontológica.

De acuerdo con los datos de la Secretaría Municipal de Salud⁽¹⁴⁾ en base a los datos del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), esta región presenta una estimativa de 287.902 habitantes, corresponden a 20,97% de la población total del municipio. De estos 71.198 (24,73%) se encuentran entre el grupo etáreo de 0 a 09 años.

El Mapa de Exclusión e Inclusión Social de Guarulhos⁽¹⁵⁾ indican que diversos barrios que componen la Región III presentan índices significativos de exclusión social, desempleo, baja calidad de vida y desarrollo humano.

Otro aspecto relevante observado en el análisis de los resultados, se refieren al alto porcentaje de casos de negligencia notificados y el cuidado en la identificación de los casos de negligencia en el trabajo diario del profesional de la salud. Esta identificación es compleja, exige de los profesionales una visión crítica para diferenciar la existencia en la falta de atención de las necesidades del niño, las privaciones y carencias producto de las situaciones de pobreza.

Aún, se observo que la baja notificación realizada por los enfermeros parece mostrar la necesidad de una mayor inserción en esta categoría, que se muestra peculiar no solo por su saber científico, sino por su capacidad de acción, de saber escuchar y de relacionarse como un agente en potencia de acción y transformación.

Además, enfermería es comprendida como una práctica social, cargada de compromiso con la emancipación y desarrollo humano, la cual no puede realizarse si no es dentro de la perspectiva de complejidad de transformaciones del contexto social contemporáneo, en el cual está incluido el enfoque integral y multidisciplinario de la violencia doméstica contra el niño.

A pesar de tener el conocimiento de que las fichas de notificación deben ser llenadas correctamente, 21% de las notificaciones no presentan la categoría profesional notificante, lo que confirma el hecho de que los profesionales no tomen en

consideración el llenado e importancia de la ficha de notificación. Frente a este aspecto, otro factor a ser considerado es la posibilidad de que, el no llenar la función y consecuentemente la firma sean un indicador de que muchos profesionales temen a problemas legales relacionados a la notificación.

En nuestro estudio, a pesar de que los resultados más significativos indiquen la notificación de los casos a los Consejos Tutelares conforme esta indicado por el ECA, nos llamó la atención el hecho de que 23% de las notificaciones hayan sido referidas como tratamiento ambulatorio de las víctimas, sin la debida notificación del Consejo Defensor, considerando su obligatoriedad.

Las entrevistas mencionan que una gran dificultad para hacer efectiva la atención a niños víctimas de violencia doméstica es la dificultad de los sujetos en identificar los casos con exactitud y la falta de preparación de los profesionales para enfrentar con este aspecto.

Por sus expresiones se entiende la dificultad técnica del proceso de notificación. A pesar de ser obligatoria la notificación, los profesionales tienen dificultad en considerarla como una conducta usual, la cual está llena de inseguridad y dudas.

Esta dificultad puede relacionarse a que este tipo de violencia doméstica contra el niño, no sea tratada de forma sistemática e integral durante la formación de los profesionales, los que están ausentes en los programas curriculares de graduación, así como dentro de la educación permanente en los servicios de salud. Por lo cual, muchos profesionales no disponen de información básica que permita su real diagnóstico⁽¹²⁾.

Los profesionales mencionan en sus expresiones, una clara percepción en la importancia de que las políticas públicas sean integradas y articuladas, para la asistencia a los niños víctimas de violencia doméstica; articulación que debe darse para la organización de políticas públicas más visibles y sustentables.

En este sentido la salud pública, " necesita dirigir su trabajo para el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores y no solo limitarse a espacios tradicionales por ella ocupados"⁽¹⁶⁾

Con respecto a los factores que determinan la violencia doméstica contra el niño, se percibe en las entrevistas, que de acuerdo con estos profesionales son vinculadas con violencia estructural y social, al cual los niños, familia y la sociedad están expuestos.

Las consideraciones y producción teórica presentada nos llevan a la reflexión sobre la violencia que se da en el campo estructural, delimitando la violencia al espacio privado de las familias. El patrón de violencia impuesto por muchas familias y sus niños no debe ser visto de forma aislada con relación a los problemas más relevantes como son, el poder, la frustración, reducción de derechos sociales y la privación causada por el desempleo, injusticia social, políticas económicas deficientes y por la ausencia del Estado en cuanto su rol de crear y gerenciar las políticas sociales.

Se entiende que el aspecto económico no es el único vértice a ser considerado en la determinación histórica de la violencia, sino también deben considerarse factores educacionales, culturales, sociales y política que se interrelacionan dialécticamente por la disputa del poder, pose del otro y de la autoridad.

La calidad de vida de los niños y adolescentes, puede ser una realidad cuando la lucha contra la violencia entre las clases sociales (violencia estructural producto de la pobreza, prostitución y explotación infantil) y la lucha contra la violencia dentro de las clases sociales (la niñez que sufre violencia en el hogar) sean consideradas de forma simultánea⁽¹⁷⁾.

Con relación a la categoría empírica "miedo", se observó que al mencionar la situación de miedo, los profesionales lo resaltan como algo real producto de las experiencias amenazadoras con las cuales conviven en su día a día, por lo que se sienten amenazados en su integridad física y en el desarrollo de su trabajo, lo que puede influir en la resistencia para realizar las notificaciones por sentirse perseguidos por los familiares de las víctimas notificadas⁽¹²⁾.

Para comprender la dinámica y manifestación de este miedo relatado por los sujetos, es preciso entenderlo como un fenómeno de la sociedad complejo que involucra las relaciones entre las fuerzas sociales, culturas y políticas de la sociedad, no siendo posible su estudio fuera de la sociedad, una vez que el se alimenta de hechos sociales, a ejemplo de la violencia urbana, imaginaria y cultural producto de las relaciones cotidianas⁽¹⁸⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Con este trabajo se puede reafirmar que la violencia doméstica contra el niño y sus matices se imponen como una forma de comprender la actual

dinâmica de la familia y la sociedad. El tema es complejo, y dada esta complejidad es un conocimiento aún en construcción.

Para impedir la (re) producción del ciclo de la violencia intrafamiliar, las iniciativas sociopolíticas en el área deben responder a los retos de eliminar la violencia doméstica contra niños en la clandestinidad; comprender mejor el proceso de producción de este fenómeno y formar profesionales competentes y socialmente comprometidas contra el combate de esta forma de violencia.

Se resalta que, este proceso de visibilidad no se da de forma homogénea, existiendo progresos y retrocesos, éxitos y obstáculos, por lo que se requiere de un ejercicio de perseverancia y compromiso.

Conocer el significado y las interfases de la violencia doméstica contra niños en la visión de los profesionales de la salud permitió verificar que estos profesionales carecen de formación y apoyo, por lo cual, el proceso de trabajo necesita ser visto como un aspecto que requiere mayor articulación de la políticas sociales a ser establecidas entre diversas áreas.

Se considera a este estudio como una contribución para el área de salud, y para enfermería,

mediante un estudio mas profundo para la comprensión del objeto de estudio, mostrando que el rol del enfermero, como parte del equipo de salud, involucra una postura mas activa, para apropiarse de nuevos conocimientos y prácticas.

Se concluye, esperando que los resultados presentados de este trabajo permitan transformaciones en la práctica asistencial y fomenten la realización de nuevas investigaciones, una vez que este estudio no se limita a la comprensión del significado de la violencia doméstica contra el niño.

Se espera que otros estudios permitan una mayor evaluación de los sistemas de información para el seguimiento de la magnitud del problema, que busquen perfeccionar el referencial teórico-analítico, capaces de permitir la comprensión de este fenómeno en su especificidad, los factores de la vulnerabilidad y la protección común a las diversas culturas y sociedades; considerar este tema como parte de los programas curriculares en los variados niveles de formación, puede ser un camino para nuevos conocimientos y orientaciones, que permitan la promoción de los derechos, la protección y la ciudadanía de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gelles RJ. Intimate violence in families. London (UK): Sage Publications; 1997.
2. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ ENSP CLAVES; 1994.
3. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública 1994; 10 (Suppl 1):7-18.
4. Ministério da Justiça. (BR). Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 1997.
5. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria NS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União 2001 18 mai: n. 96, Seção 1E.
6. Ministério da Saúde (BR). Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 936 de 18 de maio de 2004. Diário Oficial da União 2004 20 maio: n. 96, Seção 1, p.52.
8. Decreto n. 47.171 de 1º de outubro de 2002. Dispõe sobre a instituição do sistema de vigilância epidemiológica para acidentes e violências e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo 2002 1º out: n.188, Seção 1, p.6.
9. Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Projeto de atenção à saúde da população em situações de violências e outras causas externas. Guarulhos (SP): Prefeitura Municipal; 2004.
10. Prefeitura Municipal de Guarulhos [página na internet]. Guarulhos: Prefeitura Municipal; 2004. [acessado em 08 out 2004]. Decreto Nº 22.855 de 08 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do comitê municipal de enfrentamento à violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes e dá outras providências [2 telas. Disponível em http://201.28.8.134/06_prefeitura/leis/decretos_download/22855decr.pdf].
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO; 1996.
12. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2002 janeiro/fevereiro; 18(1): 315-9.
13. Waldman EA, Jorge MHM. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. Ci Saúde Coletiva 1999; 4 (1):71-9.
14. Prefeitura Municipal de Guarulhos (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Relatório de produção. Guarulhos (SP): Prefeitura Municipal; julho 2004.
15. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Mapa de exclusão e inclusão social de Guarulhos. São Paulo: Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais; 2003.

16. Gomes R, Almeida ABB, Ecteins IB, Solter M, Paiva SCS. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. Rev Latino-am Enfermagem julho 1999; 7(3): 5-8.
17. Azevedo MA. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF; (organizador). Violência e criança. São Paulo (SP): EDUSP; 2002. p.125-135.
18. Burke P. Violência social e civilização. São Paulo (SP): Braudel Papers; 1995.