

Associação da ocorrência de violência na infância em médicos da Estratégia Saúde da Família e a notificação da violência infantojuvenil

Association of the occurrence of violence in childhood among doctors of the Family Health Strategy and the notification of violence against children and adolescents

Kedison da Silva Monteiro¹, Débora Oliveira Marques¹, Camila Soares Santos¹, Nathalia França de Oliveira¹

¹Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde - Manaus - Amazonas - Brasil

Palavras-chave:

Maus-tratos infantis. Médicos de atenção primária. Estratégia Saúde da Família. Notificação de doenças. Crianças. Adolescentes.

Resumo

Introdução: A notificação da violência contra crianças e adolescentes configura-se como uma ferramenta para o controle do agravo e o cuidado das vítimas e famílias. Assim, é importante compreender se a ocorrência de violência na infância apresenta uma relação com o ato de notificar a violência infantojuvenil. **Objetivo:** Analisar a associação da ocorrência de violência na infância em médicos da Estratégia Saúde da Família e a notificação da violência infantojuvenil em Manaus. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em unidades básicas de saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário multitemático padronizado, pré-codificado, previamente testado e autoaplicado. Para identificar a ocorrência de violência na infância, empregou-se o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI).

Resultados: Dos 71 médicos que participaram do estudo, mais de 90% referiram a ocorrência de negligência física e emocional de forma moderada a extrema. A ocorrência de abuso físico, sexual e a negligência emocional predominou no sexo feminino. Não há relação entre a ocorrência de violência na infância entre os médicos da Estratégia Saúde da Família em Manaus e o ato de notificar a violência contra crianças e adolescentes. No entanto, observou-se que os profissionais médicos que sofreram abuso sexual (60,0%) foram os que mais notificaram os casos identificados. **Conclusões:** O estudo demonstrou que a ocorrência de violência sexual na infância parece influenciar o ato de notificar. Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de se considerar não somente as experiências profissionais, como o histórico pessoal dos profissionais ao se planejar as capacitações sobre o tema.

Keywords:

Child Abuse. Physicians, primary care. Family Health Strategy. Disease Notification. Child. Adolescent.

Abstract

Introduction: The notification of violence against children and adolescents is a tool for the control of the disease and the care of victims and families. Thus, it is important to understand whether the occurrence of violence in childhood is related to the act of notifying violence against children and adolescents. **Objective:** To analyze the association between the occurrence of violence in childhood in doctors of the Family Health Strategy and the notification of child and adolescent violence in Manaus. **Methods:** A cross-sectional study carried out in basic health units. For data collection, a standardized, pre-coded, previously tested and self-administered multi-thematic questionnaire was used. To identify the occurrence of violence in childhood, the Questionnaire on Childhood Trauma (QUESI) was used. **Results:** Of the 71 physicians who participated in the study, more than 90% reported the occurrence of moderate to extreme physical and emotional neglect. The occurrence of physical, sexual abuse and emotional neglect predominated in females. There is no relationship between the occurrence of violence in childhood among doctors of the Family Health Strategy in Manaus and the act of notifying violence against children and adolescents. However, it was observed that medical professionals who suffered sexual abuse (60.0%) were the ones who most reported the identified cases.

Conclusions: The study showed that the occurrence of sexual violence in childhood seems to influence the act of reporting. Thus, it is emphasized the need to consider not only professional experiences, but also the personal history of professionals when planning training on the subject.

INTRODUÇÃO

A violência direcionada às crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial. Estima-se que um bilhão de crianças e adolescentes tenham sofrido violência física, sexual, psicológica ou negligência, no ano de 2014.¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),² muitas crianças e adolescentes em todo o mundo são vítimas e testemunhas de situações de violência, o que gera consequências físicas, sexuais e reprodutivas, psicológicas e comportamentais, assim como a transmissão intergeracional da violência e a possibilidade de criminalidade na adolescência.

O reconhecimento da ocorrência da violência contra crianças e adolescentes como uma ameaça aos direitos fundamentais trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Dentre esses cuidados, destaca-se a notificação. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde, tratando-o como esfera pública privilegiada de proteção que recebe incumbência específica: identificar, notificar a situação de maus-tratos e buscar formas para proteger a vítima e dar apoio à família. Considera-se infração administrativa, sujeita à multa, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável estabelecimento de atenção à saúde, dos casos de que tenha conhecimento.³

A equipe de Saúde da Família que o médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade a integra pode contribuir significativamente para a promoção de uma cultura de paz e para a prevenção, detecção e recuperação da saúde de pessoas em situação de violência (maus-tratos, negligência, exploração sexual, abuso sexual, trabalho infantil, entre outros). Além de identificar, esse profissional também é responsável por implementar ações de controle, monitorar a situação, visando avaliar e evitar recorrências.⁴

O impacto das experiências pessoais de violência na infância nas práticas de atendimento às vítimas de violência por profissionais de saúde não está claro; no entanto, algumas pesquisas apontam que os médicos que apresentam história pregressa de violência infantil se sentem mais confiantes na identificação dos casos e tendem a proporcionar maior qualidade no atendimento,^{5,6} pois acreditam ser necessário o domínio prático nessa etapa para intervir em favor dos sobreviventes da violência.⁷

Para tanto, o objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência de violência na infância em médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a relação com a notificação compulsória da violência infantojuvenil em Manaus, Amazonas.

MÉTODOS

O presente estudo está vinculado à pesquisa "O processo da notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus-AM". Trata-se de um estudo transversal realizado nas unidades básicas de saúde com ESF no município de Manaus (AM), entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, havia 177 equipes de saúde da família à época da pesquisa, nas quais atuavam 123 médicos. Visando ter uma amostra representativa da categoria profissional, todos os médicos com pelo menos um ano de atuação na ESF e que não estavam de licença foram convidados a participar da pesquisa. Dos 123 médicos, 95 eram elegíveis e 71 (74,7%) aceitaram participar do estudo.

As visitas às unidades eram realizadas próximas ao horário de término dos turnos de trabalho, com o intuito de não prejudicar o atendimento dos usuários das unidades. Os médicos que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e posteriormente orientados quanto ao preenchimento do questionário no seu próprio setor de trabalho, de maneira reservada. Antes da entrada em campo, os pesquisadores receberam treinamento, além de orientações relacionadas ao preenchimento do instrumento.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário multitemático padronizado, pré-codificado, previamente testado e autoaplicado. O instrumento abarcou módulos relativos: às características sociodemográficas; à formação profissional e atuação na ESF; e a experiências relacionadas à violência na infância.

Para identificar a ocorrência de violência na infância, utilizou-se o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI).⁸ Trata-se de um instrumento para detectar vivências de violência até os 10 anos de idade. A escala é composta por 28 questões, com 5 itens correspondentes às seguintes subdimensões (Abuso emocional, Abuso físico, Abuso sexual, Negligência física e Negligência emocional) com opções de resposta

do tipo Likert: (1) nunca, (2) poucas vezes, (3) às vezes, (4) muitas vezes, (5) sempre. Os pontos de corte adotados na classificação foram estabelecidos de acordo com os escores na referida subdimensão: De não a leve (≤ 7 pontos) e moderado a extremo (≥ 8 pontos).

As análises foram conduzidas no *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais. Na análise de associação entre a ocorrência de violência na infância e a notificação da violência infantojuvenil pelos profissionais médicos, adotou-se o teste do qui-quadrado a um nível de significância de 5%. Para identificação da categoria de associação, utilizou-se o resíduo padronizado ajustado $+>1,96$.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anuência nº 25/2017, de 7 de julho de 2017) e da Universidade do Estado do Amazonas (Parecer nº 2.309.667, de 2 de outubro de 2017). Os dados foram coletados mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

Dos 71 profissionais médicos que preencheram o instrumento de coleta, observou-se uma maioria do sexo masculino, com 37 anos ou mais de idade ($42,4 \pm 9,2$ anos), casados ou em união estável, autodeclarados brancos, com nível de escolaridade correspondente a especialização (69,0%). Dos que informaram sobre a renda mensal bruta 96% afirmaram receber mais de 10 salários-mínimos. Quanto à religião, 48,0% se autodeclararam católicos. Verificou-se que quase 90% cursaram a graduação em instituições de ensino superior públicas. Quanto ao tempo de atuação na ESF, mais de dois terços estão há mais de seis anos ($9,0 \pm 5,7$ anos); já em relação ao tempo de atuação na UBS, quase 65% possuem até 5 anos ($5,4 \pm 5,0$ anos) de atuação na unidade referida (tabela 1).

Segundo os critérios estabelecidos pelo QUESI para a identificação da ocorrência de violência na infância até os 10 anos de idade, predominou a classificação “não a leve” na ocorrência de abuso emocional, físico e sexual entre os médicos da ESF que responderam a esse módulo no instrumento. Porém, no que se refere às situações de negligência, seja física ou emocional, 94,0% dos médicos apontaram que tais situações ocorriam de forma “moderada a extrema” (tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas, de formação e atuação dos médicos da Estratégia Saúde da Família que participaram da pesquisa. Manaus, Amazonas

Variáveis	n	%
Sexo (N=71)		
Masculino	36	50,7
Feminino	35	49,3
Faixa etária em anos (N=71)		
28 a 36	17	23,9
37 a 41	22	31,0
42 ou mais	32	45,1
Situação conjugal (N=71)		
Solteiro(a)	17	23,9
Casado(a)/união estável	46	64,8
Separado(a)/divorciado(a)	8	11,3
Raça (N=71)		
Branca	33	46,5
Preta	9	12,7
Parda	28	39,4
Indígena	1	1,4
Nível de escolaridade (N=71)		
Graduação	22	31,0
Pós-graduação	49	69,0
Renda bruta* (N=50)		
Até 10 salários mínimos	2	4,0
>10 salários mínimos	48	96,0
Religião (N=71)		
Católica	34	47,9
Evangélica	14	19,7
Outros	23	32,4
Universidade de graduação (N=71)		
Pública	63	88,7
Privada	8	11,3
Tempo na ESF em anos (N=71)		
1 a 5	22	31,0
6 a 9	24	33,8
>10	25	35,0
Tempo na UBS em anos (N=71)		
0 a 5	46	64,9
6 a 10	15	21,1
>10	10	14,0

*Salário-mínimo (2019) - R\$998,00

Ao estratificar a ocorrência de violência na infância entre os médicos da ESF por sexo, constatou-se que as situações de abuso emocional e negligência física não apresentam predileção conforme as distribuições. Quanto ao abuso físico, sexual e a negligência emocional, prevaleceu a classificação “moderada a extrema” entre as mulheres, com mais de metade das participantes em todas as situações identificadas (tabela 3).

Tabela 2. Ocorrência de violência na infância entre os médicos da Estratégia Saúde da Família. Manaus, Amazonas

Tipo de violência	n	%
Abuso emocional (N=66)		
Não a leve	52	78,8
Moderada a extrema	14	21,2
Abuso físico (N= 66)		
Não a leve	59	89,4
Moderada a extrema	7	10,6
Abuso sexual (N=66)		
Não a leve	61	92,4
Moderada a extrema	5	7,6
Negligência física (N=66)		
Não a leve	4	6,1
Moderada a extrema	62	93,9
Negligência emocional (N=68)		
Não a leve	4	5,9
Moderada a extrema	64	94,1

Tabela 3. Distribuição da ocorrência de violência na infância entre médicos da Estratégia Saúde da Família de acordo com o sexo. Manaus, Amazonas

Tipo de violência/Sexo	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Abuso emocional (N=66)				
Não a leve	26	50,0	26	50,0
Moderada a extrema	7	50,0	7	50,0
Abuso físico (N= 66)				
Não a leve	28	47,5	31	52,5
Moderada a extrema	5	71,4	2	28,6
Abuso sexual (N=66)				
Não a leve	30	49,2	31	50,8
Moderada a extrema	3	60,0	2	40,0
Negligência física (N=66)				
Não a leve	2	50,0	2	50,0
Moderada a extrema	31	50,0	31	50,0
Negligência emocional (N=68)				
Não a leve	-	-	4	100,0
Moderada a extrema	33	51,6	31	48,4

A associação entre a ocorrência de violência na infância entre os médicos e o ato de notificar casos de violência contra à criança e ao adolescente de forma compulsória não foi identificada (não alcançou $p < 0,05$). Em 60% dos médicos que referiram ter sofrido abuso sexual na infância de forma “moderada a extrema” houve notificação de violência infantojuvenil durante o período de atuação na ESF. O percentual de notificação de violência entre os médicos que referiram terem vivenciado o abuso físico de forma “moderada a

extrema” é quase o dobro quando comparado ao grupo referente a classificação de “não a leve”. Constatou-se também que todos os profissionais sofreram negligência física ou emocional na infância de forma “não a leve” não haviam notificado casos de violência contra crianças e adolescentes na ESF (tabela 4).

Tabela 4. Associação da ocorrência de violência na infância entre os médicos da Estratégia Saúde da Família e a notificação de casos de violência infantojuvenil. Manaus, Amazonas

Tipo de violência	Notificou algum caso de violência infanto-juvenil?							p-valor
	NÃO			SIM				
	n	%	RP	n	%	RP		
Abuso emocional (N=66)								
Não a leve	41	78,8	1,6	11	21,2	-1,6	0,099	
Moderada a extrema	8	85,7	-1,6	6	14,3	1,6		
Abuso físico (N=66)								
Não a leve	45	76,3	1,1	14	23,7	-1,1	0,274	
Moderada a extrema	4	57,1	-1,1	3	42,9	1,1		
Abuso sexual (N=66)								
Não a leve	47	77,0	1,8	14	23,0	-1,8	0,069	
Moderada a extrema	2	40,0	-1,8	3	60,0	1,8		
Negligência física (N=66)								
Não a leve	4	100,0	1,2	-	-	-1,2	0,224	
Moderada a extrema	45	72,6	-1,2	17	27,4	1,2		
Negligência emocional (N=68)								
Não a leve	4	100,0	0,8	-	-	-0,8	0,398	
Moderada a extrema	47	73,4	-0,8	17	26,6	0,8		

RP - Resíduo Padronizado

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, as principais características sociodemográficas, de formação e atuação dos médicos participantes apresentam semelhanças com outros estudos sobre o perfil dos profissionais médicos das equipes de Saúde da Família realizados no Brasil. Mais da metade dos médicos do sexo masculino, com média de idade de 42,2 anos, atuava há mais de nove anos na área da Saúde Coletiva e mais de 74% deles haviam feito pós-graduação em nível de especialização.^{9,10,11}

Os resultados mostram que, de maneira geral, a negligência, seja ela física ou emocional, foi a mais relatada pelos profissionais médicos da ESF em Manaus, com a afirmação de mais de 90% dos entrevistados em ambas as situações. Poucos estudos analisaram a ocorrência da violência na infância em profissionais de saúde, em especial entre os médicos. Os dados

existentes na literatura mostram que 33,6% dos médicos de família em Massachusetts, EUA, reportaram história de abuso na infância, sendo que 42,4% eram mulheres e 24,3%, homens (CANDIB, 2012).⁵ Percentuais parecidos foram identificados em estudo realizado com 370 estudantes de Medicina na Inglaterra, cujos resultados mostraram que 38% deles relataram ter vivenciado situações de abuso na infância.¹²

A identificação da ocorrência de abuso físico, sexual e negligência emocional na infância entre as médicas participantes deste estudo apresentaram similaridade com outros estudos que analisaram o perfil dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil,¹³ assim como em pesquisas desenvolvidas em outros estados da Região Norte do Brasil, com a predominância de situações de violência entre as crianças e adolescentes do sexo feminino. Ao refletir sobre a situação das crianças e adolescentes nessa região, podemos afirmar que o desafio é urgente e complexo.¹⁴

Em estudo realizado em Tocantins, com 645 crianças até 12 anos de idade, identificou-se a predominância da violência sexual (85,8%), psicológica (73,1%) seguida da física, com 62,8% dos casos do sexo feminino dentre os analisados.¹⁵ Quanto às consequências imediatas, destaca-se o impacto das violências a saúde mental das vítimas, com a ocorrência de tentativas de suicídio; desenvolvimento de transtornos mentais, de comportamento e de estresse pós-traumático. Essas alterações apresentam associação estatisticamente significativa com o sexo das vítimas.¹⁶

Apesar de neste estudo os dados em relação aos profissionais que sofreram maus-tratos na infância não representarem significância, constatou-se, por meio da análise de associação, que os profissionais médicos que sofreram abuso sexual na infância foram os que mais notificaram casos de violência infantojuvenil como profissionais. De acordo com estudo realizado em Porto Alegre com 92 pediatras, com o objetivo de identificar as barreiras desses profissionais na notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, 11,0% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância e, destes, apenas 50,0% notificaram casos de maus-tratos na sua prática.¹⁷ Dessa forma, tratar casos de violência não é uma tarefa fácil para profissionais de saúde, e o fato de ter sofrido maus-tratos pode dificultar essa abordagem durante a atuação da prática profissional.¹⁸

Ao se deparar com situações de violência contra crianças e adolescentes, o profissional mobiliza emoções e sentimentos que nem sempre permitem a tomada de decisões racionais, fato que pode

dificultar o preenchimento adequado da ficha de notificação. Ressalta-se aí a importância do trabalho multidisciplinar e intersetorial envolvendo ações integradas de cuidado e atenção à saúde, punição do agressor e proteção às crianças e famílias submetidas a situações de violência.¹⁹

A ocorrência de violência na infância dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em especial do médico, que muitas vezes é o responsável pela confirmação dos casos de violência contra crianças e adolescentes identificados por outros integrantes da equipe de saúde da família, aponta para uma questão pouco levada em consideração ao se abordar o tema em processos de formação. Portanto, tal estudo acrescenta resultados relevantes perante a escassez de estudos sobre o assunto, pois para apoiar crianças em risco, é necessário que propostas desenvolvam a capacidade dos profissionais de construir relacionamentos, habilidades na regulação da emoção e proficiência na prática reflexiva.²⁰

Ao se considerar que os médicos podem apoiar famílias durante a investigação, advogar e apoiar as políticas estaduais que exigem a investigação dos casos nos níveis locais e estaduais,²¹ principalmente quando o primeiro atendimento garante o acolhimento da criança e da família, há maior possibilidade de que se consiga adesão às ações de seguimento propostas a partir desse encontro.²² Dessa forma, enfatiza-se que apesar de o ato de notificar levar em consideração outros fatores que vão além do histórico de violência vivenciada na infância, tais como medo de represálias, desconhecimento da existência da ficha de notificação e do sistema de notificação, falta de capacitação desde a graduação até a sua efetiva atuação,^{18,23} aponta-se a necessidade de adicionar esses fatores para serem trabalhados junto às equipes sobre os possíveis traumas vividos na infância.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os profissionais que sofreram abuso físico e sexual de forma moderada a extrema durante a infância notificaram mais casos de violência infantojuvenil durante a prática profissional, em comparação com aqueles que não sofreram tais violações, mesmo não apresentando associação estatisticamente significativa.

Tendo em vista os resultados, sobretudo a constatação de que esses profissionais médicos já fizeram parte do contexto de violência intrafamiliar, ressalta-se a necessidade de, ao se abordar o tema da

violência contra crianças e adolescentes na formação desses e outros profissionais de saúde da ESF, levar em consideração de que forma essas vivências podem interferir na identificação e atendimentos dos casos. Deve-se enfatizar, sobretudo, a obrigatoriedade da atuação médica frente a essas situações, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, independentemente do envolvimento em situações progressas de violências.

REFERÊNCIAS

- Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):1-13.
- World Health Organization. Violence prevention the evidence: preventing violence by developing life skills in children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. ECA 2017 – Estatuto da Criança e do Adolescente (Versão Atualizada). Rio de Janeiro: CEDECA, 2017. 258 p.
- Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Jahn AC. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des) cuidado integral. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2014;35(2):100-105.
- Candib LM, Savageau JAW. Inquiring into our past: when the doctor is a survivor of abuse. *Fam. Med*. 2012;44(6):416-24.
- Christofides NJ, Silo Z. How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing & Health Sciences*. 2005;7:9-14.
- Lahunta EA, Tulskey AA. Personal exposure of faculty and medical students to family violence. *JAMA*. 1996;275(24):1903-6.
- Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev. Saúde Públ*. 2006;40(2):249-55.
- Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. *Rev. APS*. 2016;19(3):434 - 445.
- Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(9):1881-1892.
- Ferrari RAP, Thomson Z; Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semin: Ciênc. Biol. Saúde*. 2005;26(2):101-108.
- Cullinane PM, Alpert EJ, Freund KM. First-year Medical Student's knowledge of attitudes toward, and personal histories of family violence. *Acad. Med*. 1997;72(1):48-50.
- Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017;21(9):2811-2823.
- Vieira MS, Oliveira SB; Sókora CA. A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Intellektor*. 2017;13(12):136-151.
- Santos LF, Silva MVFB, Santos NSS, Pacheco LR, Silva JB, Mutti CF. Perfil da violência contra crianças em uma capital brasileira. *Desafios*. 2020; 7(1):36-43.
- Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(4):1019-1031.
- Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, Simas V, Franzon NS. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005;5(1):103-108.
- Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-491.
- Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol. Estud*. 2002;7(2):3-11.
- Albaek AU, Kinn LG, Milde AM. Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qual. Health Res*. 2018;28(2):231-244.
- Palusci VJ, Kay AJ, Batra E, Moon RY, Corey TS, Andrew T, Graham M. Identifying Child Abuse Fatalities During Infancy. *Pediatrics*. 2019;144(3):1-9.
- Ferreira AL. A criança vítima de violência. *Rev. Ped. SOPERJ*. 2012;13(2):4-9.
- Netto MFV, Deslandes SF. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1583-1595.