

DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE: VULNERABILIDADES NA APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE

Nadja Maria Florencio Gouveia dos Santos¹
Jefferson Nunes dos Santos²
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves³

RESUMO

Introdução: Desde o final do século XIX a sociedade vem buscando alternativas de salvaguardar leis que protejam crianças e adolescentes em todos os setores de sua vida. Atualmente existem algumas políticas públicas que foram instituídas para esse público, como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente, no entanto as leis referentes à saúde são escassas. **Objetivo:** Identificar na produção científica quais diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente são efetivas na defesa dos direitos a saúde do público infanto-juvenil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada na disciplina de Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente, do curso de ensino superior de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – *campus* Pesqueira. O levantamento dos artigos foi realizado em cinco bases de dados, sendo elas: SCIELO, MEDLINE, LILACS, BVS e BDENF, nas quais, foram selecionados 13 artigos para análise a partir da utilização de alguns critérios de inclusão e exclusão. **Resultados e Discussão:** Foi possível perceber que o Estatuto da Criança e do Adolescente foi um avanço no que tange a saúde infanto juvenil, sendo que essas leis na prática deixam lacunas importante na prevenção e promoção da saúde desse público, focando mais no setor jurídico, afastando-se um pouco da abordagem sobre a saúde.

Palavras-chave: Saúde da criança, Defesa da criança e do adolescente, Cuidado da criança.

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XIX surgiram preocupações, a nível internacional, com relação aos direitos básicos da vida de criança e adolescentes, o que acabou culminando na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), na qual o enfoque era o desenvolvimento de políticas públicas que promovessem a proteção desse público, visto as vulnerabilidades e susceptibilidade à exposição de violência/agressão que estão expostos (MOREIRA, *et al.*, 2014).

¹ Bacharelanda em Enfermagem do Instituto Federal de Educação de Pernambuco. Pesqueira – PE, Brasil. E-mail: nad.maria@hotmail.com;

² Bacharelando em Enfermagem do Instituto Federal de Educação de Pernambuco. Pesqueira – PE, Brasil. E-mail: jefferson-nunes11@hotmail.com;

³ Enfermeira, Mestre em Hebiatria. Professor Ensino Básico, Técnico, Tecnológico do Instituto Federal de Ciências e Tecnologia de Pernambuco. Pesqueira, PE, Brasil. E-mail: cfabianegg@hotmail.com;

A nível nacional, a defesa dos direitos desse público, teve início com a reformulação do Código de Menores em 1979, no qual se originou a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e suas divisões estaduais a FEBEM, tendo como diretriz a Doutrina da Situação Irregular. Essa doutrina enfatizava que esses sujeitos eram portadores de direitos ocasionais, ou seja, a defesa desse público entrava em vigor a partir do momento que apresentassem alguma situação de privação de condições básicas de vida, seja por negligência ou irresponsabilidade dos responsáveis. (SCISLESKI, *et al.*, 2014; SANTOS *et al.* 2015).

No contexto geral pode-se observar que crianças e adolescentes são a população mais vulnerável a sofrer pela violação de seus direitos, acarretando direta e indiretamente na sua saúde mental, física e emocional. Diante da relevância desse fato, o papel do enfermeiro e dos profissionais de saúde é de suma importância, pois, é esperado que eles desenvolvam um olhar mais crítico e habilidades que possam auxiliar no combate a violência das crianças e adolescentes (CECILIO; SILVEIRA, 2014).

No Brasil, a jurisdição nacional não permite que crianças e adolescentes opinem e tomem decisões por conta própria, principalmente com relação aos procedimentos de saúde que possam ser realizados, sendo os pais ou até os profissionais da saúde como os enfermeiros, que possam ser os responsáveis a responder por esse segmento populacional. A dependência que crianças e adolescentes têm em relação aos seus responsáveis é respaldada no princípio do melhor interesse, pois essa população não tem autonomia nem autodeterminação legal até os 18 anos, causando um silenciamento de sua voz em se manifestar sobre seu bem estar. (BUBADUÉ *et al.*, 2016).

Todavia o tema ganhou destaque na sociedade e visibilidade política a partir da década de 1990, com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela lei 8.069 para garantir a promoção da saúde e prevenção de agravos, além de estabelecer leis que preservem os direitos das crianças e adolescentes. Desta forma a garantia dos direitos das crianças e adolescentes entrou na jurisdição nacional, cabendo ao Estado aplicar as leis e as punições (NUNES; SALES, 2014).

À vista disso, o presente relato adotou como metodologia a Revisão Integrativa (RI) da literatura encontrada, a qual serviu de apoio para o entendimento da situação de violação das leis que regem as crianças e adolescente principalmente no âmbito da saúde. Justifica-se a relevância deste relato de experiência o intuito de entender se as leis que salvaguardam as crianças e adolescentes estão sendo eficazes no que propõem com relação á proteção de seus direitos na esfera da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma RI acerca dos escritos sobre a eficácia do ECA em promover a defesa dos direitos à saúde de crianças e adolescentes. Esse estudo teve como fonte as aulas da disciplina de “Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente” do curso de ensino superior de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – *campus* Pesqueira.

A situação estabelecida direciona-se para a aplicabilidade do ECA no setor da saúde e, portanto, engloba como sujeitos crianças e adolescentes de todo o território nacional. A escolha da RI se justifica por ser um método amplo de revisão, visto que seus métodos permitem que seja incluído de forma simultânea, tanto pesquisas experimentais quanto não experimentais que permite um maior entendimento do fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOARES *et al.*, 2014).

Para fins de atender a um padrão de excelência e rigor metodológico, foram definidas etapas, que consistem em: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e categorização dos estudos selecionados (BOTELHO, CUNHA; MACEDO, 2011).

Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Nesta fase, foi elaborada a pergunta norteadora, sendo ela “Quais as fragilidades que o ECA possui que implicam diretamente na eficácia da garantia dos direitos de saúde da criança e do adolescente na atenção primária à saúde?”. E foram estabelecidos os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): saúde da criança, defesa da criança e do adolescente e cuidado da criança. Salienta-se que os referidos DeCS foram cruzados por meio do conector booleano OR, visto que o conector AND, não apresentou resultados substanciais e precisos que atendessem ao objetivo desse estudo. Posteriormente, estabeleceram-se as bases de dados, para serem realizadas as buscas dos estudos, sendo elas: *Scientific Electronic Library On-line.org* (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF)

e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), elegendo um total de 9.021 publicações.

Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

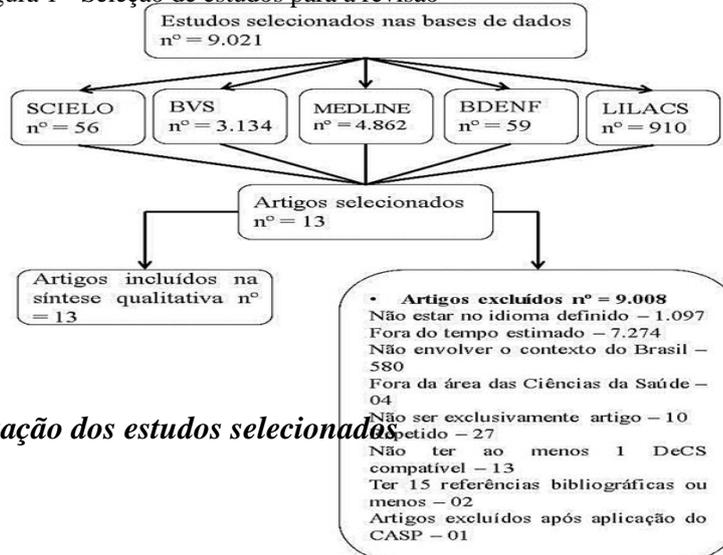
Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações que estivessem nos idiomas português ou inglês; de acesso livre; que estivessem dentro do recorte temporal de 2014 a 2018; que fossem referentes ao contexto do Brasil; que fossem da área das Ciências da Saúde; e serem exclusivamente artigos científicos.

Já os critérios de exclusão estabelecidos, foram: não ter ao menos um DeCS compatível com os do presente estudo; não possuir ao menos um autor com titulação de Mestrado ou Doutorado; ter menos de quinze referências bibliográficas; serem repetidos; não fossem referentes ao público criança e adolescente e que não envolvessem o ECA em suas análises.

Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Nesta fase, foi realizada a avaliação da qualidade das publicações através do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, instrumento este, que foi elaborado pela Universidade de Oxford, no ano de 2002 e serve de auxílio para melhorar a transparência da investigação qualitativa. Não obstante, a fim de garantir uma qualidade metodológica, foram eleitos para conterem no presente artigo somente artigos categorizados como nota A, que corresponde a 7,0 (sete) ou mais, deixando de fora estudos com nota inferiores, que poderiam vir a aumentar o risco de viés (COSTA, 2016).

Figura 1 - Seleção de estudos para a revisão



Categorização dos estudos selecionados

Para realizar a categorização dos estudos selecionados definiu-se como ferramenta fundamental, a Matriz de Síntese (MS), que serviu para os investigadores extrair e organizarem os dados da RI em várias categorias (BOTELHO CUNHA; MACEDO, 2011). Deste modo, estabeleceu-se como categorias para compor a MS: código atribuído aos artigos, título dos artigos, autores periódico, *qualis* capes e ano de publicação.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos segundo código, título dos artigos, autores, periódico, *qualis* capes e, ano de publicação

CÓDIGO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIÓDICO	QUALIS CAPES	ANO
A1	Sexual violence against children and vulnerability	TRINDADE, L.C., <i>et al.</i>	Rev. Assoc. Med. Bras.	B2	2014
A2	A integralidade e as práticas em saúde da criança: uma revisão narrativa da Produção científica brasileira	PIANI, P.P.F., <i>et al.</i>	Revista Paraense de Medicina	B3	2014
A3	Caracterização do trabalho de menores de uma escola Estadual de Divinópolis- MG	CECÍLIO, S.G.; SILVEIRA, R.C.P.	Ciência & Enfermeria	B1	2014
A4	O adolescente que cumpre medida socioeducativa: ser-aí-com no cotidiano e possibilidades para a enfermagem	CARMO, D.R.P., <i>et al.</i>	Rev. Enferm UERJ	B1	2014
A5	Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil	SILVA, P.A., <i>et al.</i>	Av. Enferm	B1	2015
A6	Conhecimento das famílias de crianças e adolescentes com malformação neural acerca dos seus direitos em saúde	FIGUEIREDO, S.V., <i>et al.</i>	Esc. Anna Nery.	B1	2015
A7	Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil	MORAES, S.P.; VITALLE, M.S.S.	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2015
A8	Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	DESLANDES, S.; MENDES, C.H.F.; PINTO, L.W.	Cad. Saúde Pública	A2	2015
A9	Violência contra crianças no cenário brasileiro	NUNES, A.J.; SALES, M.C.V.	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2016
A10	Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância	BUBADUÉ, R.M., <i>et al.</i>	Rev. Gaúcha Enferm.	B1	2016
A11	Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde	BARBIANI, R.	Saúde Debate	B2	2016
A12	Direitos sociais das crianças com condições crônicas: análise crítica das políticas públicas brasileiras	TAVARES, T.S.; DUARTE, E.D.; SENA, R.R.	Esc. Anna Nery.	B1	2017
A13	Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros	NEUTZLING, B.R.S., <i>et al.</i>	Esc. Anna Nery	B1	2017

DESENVOLVIMENTO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas para crianças e adolescentes passaram por uma nova reformulação. A partir desse ponto, que o ECA, surge através da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, no qual em suas diretrizes se encontram alguns princípios tanto da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, quanto da própria Constituição Federal. Além disso, outro marco do surgimento do ECA é a substituição da Doutrina da Situação Irregular, até então vigente, pela Doutrina da Proteção Integral (SCISLESKI, *et al.*, 2014; SANTOS *et al.* 2015; BUBADUÉ, *et al.*, 2016).

Devido a isso, o ECA ainda reforça que esse público detém um nível de atenção prioritário, pois desempenham um papel fundamental em meio a sociedade, agregando valores que nutrem e desenvolvem o país, visto que são cidadãos em constante processo de construção de si mesmos, atuando, portanto, como portadores do futuro (ARAGÃO *et al.*, 2013; SANTOS *et al.* 2015; BARBIANI, 2016).

Posteriormente a implementação do ECA, sugeriram outras políticas que se basearam nos seus princípios e englobaram esse segmento populacional em suas diretrizes, como é o caso: da Lei 8.080 de 1990, que enfatiza a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; da Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Nº. 41 de 1995, que aborda os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado; da Lei Nº. 10.406 de 2002, a qual institui o Código Civil; e até mesmo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 311, de 2007, que aprova a Reformulação do Código de Ética de Enfermagem (SCISLESKI, *et al.*, 2014; BUBADUÉ, *et al.*, 2016).

Já no campo da saúde, a estratégia empregada pela Atenção Primária à Saúde (APS), se caracteriza como um elemento importante que pode favorecer mudanças e estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para a população em geral, pois seu contexto implica em uma organização de cuidado que coordena diversos serviços em busca de uma cobertura integral de seus usuários (GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO, *et al.*, 2016).

Dessa maneira, uma importante ferramenta utilizada pela APS, é o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituído pela Portaria nº 2.488, de 2011, na qual estabelece que o método mais eficaz de prestação de cuidado integral as necessidades da população é por meio de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO, *et al.*, 2016)

Direcionando a aplicação da estratégia da APS para o segmento infantil, o Ministério da Saúde (MS), instituiu no ano de 2015, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da Portaria nº 11.303, na qual compacta de maneira clara e objetiva os eixos que compõem a atenção à saúde da criança, sendo eles: aleitamento materno; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Já o público juvenil, que de acordo com o ECA são sujeitos dentro da faixa etária dos 12 aos 18 anos, o governo brasileiro vem se empenhando para elaboração de políticas públicas que evidencie o seu papel de responsáveis por tomar suas próprias decisões referentes aos seus direitos (GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO *et al.*, 2016).

Baseado nisso, a APS também dispõe de um programa voltado para esse público, sendo ele, o Programa da Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989, que tem a intenção de atender e problematizar necessidades específicas dos adolescentes, como: gravidez, infecções sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas (GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO *et al.*, 2016).

Todas essas leis e programas demonstram o quanto o público infantojuvenil conseguiu conquistar ao longo dos anos, todavia, nota-se que eles ainda não dispõem de uma eficácia na garantia de seus direitos. Dentre os maiores empecilhos para essa garantia, encontram-se questões como as condições étnico-raciais, de gênero, socioeconômicas, culturais e epidemiológicas que a criança ou adolescente apresenta (ARAGÃO, *et al.*, 2013).

Porém, o que mais impacta nesse processo é a fragilidade na rede de apoio social, pois sem uma articulação entre todos os setores responsáveis (educação, saúde, assistência social, defesa social, família e etc.), por prover condições dignas de vida a esse público, não é possível garantir uma cobertura integral das necessidades que apresentem (ARAGÃO, *et al.*, 2013; GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que compete a esta fase, estruturou-se essencialmente na interpretação dos resultados obtidos na realização das fases anteriores, o que permitiu a modelagem das

deduções, a partir dos artigos selecionados para a RI, tendo por base o objetivo do presente estudo.

Tabela 1 – Distribuição de artigos segundo periódicos, ano da publicação e quantidade

PERIÓDICOS	ANO	QUANTIDADE	
		Nº	%
Rev. Assoc. Med. Bras.	2014	1	7,7
Revista Paraense de Medicina	2014	1	7,7
Ciência e Enfermagem	2014	1	7,7
Rev. Enferm UERJ	2014	1	7,7
Av. Enferm	2015	1	7,7
Esc. Anna Nery	2015/2017	3	23,1
Ciência & Saúde Coletiva	2015/2016	2	15,3
Cad. Saúde Pública	2015	1	7,7
Rev. Gaúcha Enferm.	2016	1	7,7
Saúde Debate	2016	1	7,7
TOTAL		13	100

A base de dados que proporcionou um maior percentual de artigos foi a MEDLINE, apresentando 4.862 (54%) dos achados conforme Figura 1. Já o maior número de artigos encontrados por Periódico, foi referente à Revista de Enfermagem Esc. Anna Nery, apresentando o percentual de 23,1%, seguido pela Revista Ciência & Saúde Coletiva, com percentual de 15,3% (Tabela 1).

Além disso, constatou-se que dentro dos critérios de inclusão, 9.008 (99,34%) dos estudos não os contemplavam plenamente, sendo que 1.097 (12,2%) não se encaixavam nos idiomas pré-definidos, 7.274 (80,63%) estavam fora da margem de tempo estipulado, 580 (6,4%) não envolviam o contexto brasileiro em suas análises, 10 (0,11%) não eram artigos científicos. Já os critérios de exclusão concretizam 43 (0,47%) dos artigos restantes, dos quais 27 (0,3%) eram repetidos, 13 (0,14%) não possuíam descritores compatíveis com o presente estudo, 02 (0,02%) não possuíam o mínimo de referencias bibliográficas estabelecido, 01 (0,01) não obteve pontuação satisfatória no CASP. Sobrando, portanto, 13 (0,14%) que corresponde aos estudos selecionados para comporem a MS (Figura 1).

De acordo com os resultados obtidos nessa RI pode-se observar que atingir a integralidade proposta na PNAB pode se tornar um processo lento. Pois, assim como existem

leis para algumas categorias específicas da sociedade (classe, cor/etnia, gênero e etc.), que influenciam na vida e na saúde das pessoas, existem também para o público infante-juvenil.

A partir dessa perspectiva, os serviços de saúde tentam homogeneizar suas práticas de atendimento, desconsiderando as peculiaridades deste público. Além de não promoverem um cuidado diferenciado e especializado, não dispõem eficientemente de instalações que preservem a imagem, identidade e intimidade, não atendendo as necessidades de forma integral (AYRES *et al.*, 2012; FONSECA, 2013; DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2017).

Segundo Van der Gaag e Dukerlberg (2004) *apud* Meireles *et al.* (2013), a qualidade de vida das crianças e adolescentes envolve diversos aspectos, como: bem-estar físico, mental, emocional e socioeconômico, constituindo um constructo multidimensional e complexo de atenção. Porém, o que se percebe é que o Brasil ainda não consegue assegurar esse bem estar psicossocial devido a sua escassez na regulamentação de suas leis e políticas que vislumbrem a proteção integral a saúde da criança e do adolescente (MEIRELES, 2013).

Isso pode ser exemplificado quando o ECA em seu Art. 9º enfatiza que a mulher em seu local de trabalho, deve dispor de um espaço com estrutura adequado para promover a amamentação ao seu filho, também se aplicando a mulheres que estejam em privação de liberdade. Contudo, mesmo que isso esteja reforçado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu Art. 389, parágrafos 1º e 2º e pela Portaria 3.296/86 do Ministério do Trabalho, esse direito ainda não é eficientemente aplicado (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2017).

As agressões com relação a este público vulnerável são inúmeras, podendo partir de vários seguimentos sociais, sendo um deles, o próprio meio familiar. No Brasil, o ECA torna obrigatório, conforme seu Art. 13º, a notificação por parte dos profissionais da saúde ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, em casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus tratos contra a criança ou adolescente (MOREIRA *et al.* 2014; BRASIL, 2001; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Dessa forma este procedimento foi assegurado tanto pela Portaria nº 1.968/2001, que dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos de crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto pela Portaria nº 104/2011, que retrata sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências (MOREIRA *et al.* 2014; BRASIL, 2001; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Todavia existem também entraves quanto ao “muro do silêncio” ou “conspiração do silêncio”, que se ergue devido à visão da família como um espaço sagrado que não se pode ter

intervenções vindas do espaço extrafamiliar, além da omissão da família ou receio da própria criança ou adolescente de relatar ocorrido, temendo as punições por parte dos agressores. (LUGÃO, *et al.*, 2012; ZAMBON, *et al.*, 2012; LOBATO, *et al.*, 2012).

No que concerne à AB, esta desenvolve ações imprescindíveis para a aplicabilidade do que o Art.13º do ECA que preconiza, a proximidade entre a equipe multiprofissional e a comunidade, possibilita a Estratégia Saúde Familiar (ESF) conhecer a história e dinâmica das famílias adstritas no seu território, e desta forma, perceber quais são e como procedem as inter-relações familiares, as formas de comunicação e as resoluções de conflitos, desta forma, as potencialidades para a detecção e prevenção de agravos a saúde da criança e do adolescente crescem exponencialmente (LOBATO, *et al.* 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto torna-se evidente os desafios que as leis brasileiras apresentam no que diz respeito a proteção das crianças e adolescentes. Verificou-se que existem pouquíssimas leis que regem o próprio ECA que possam assegurar os direitos e deveres das crianças e adolescentes.

Os artigos encontrados na RI apontam, em sua maioria, lacunas na obtenção da efetivação das leis nacionais para este público. Observa-se ainda que esse segmento social não têm voz nem opinião acerca de seu próprio bem estar físico, mental e emocional, bem como para os procedimentos no setor da saúde.

Faz-se necessário a ampliação de estudos sobre este relevante tema no contexto da saúde, pois existem poucas leis que amparam o público infatojuvenil na proteção e prevenção de agravos na saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, A. S *et al.* Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 172-179, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_22.pdf>.
- AYRES, J. R. C. M., *et al.* Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>>.

BUBADUE, R. M., *et al.* Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160458018.pdf>>.

BARBIANI, Rosângela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, Abr – Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00200.pdf>>.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, Maio-Ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>.

BRASIL, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 16 jul. 2017. Disponível em: <https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf>.

_____. Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos de crianças e adolescentes. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 18 maio 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html>.

_____. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 de ago de 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>.

CECILIO, S.G; SILVEIRA, R.C.P. Caracterização do Trabalho de Menores de uma Escola Estadual de Divinópolis-MG. *Rev. Ciencia y Enfermeria*. V.1. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_05.pdf>.

COSTA, Antônio Pedro. Processo de construção e avaliação de artigos de índole Qualitativa: possíveis caminhos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 50, n. 6, p. 890-891. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361049857002>>.

DAMASCENO, S. S., *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf>>.

SCISLESKI, A. C. C., *et al.* Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 660-675, Set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n3/1982-3703-pcp-34-03-0660.pdf>>.

DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado**. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2017. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca_annotado_2013_6ed.pdf>.

FONSECA, F.F *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.** v.31, n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/19.pdf>>

GONÇALVES, C. F. G.; SILVA, L. M. P.; PITANGUI, A. C. R. Rede de atendimento ao adolescente em situação de violência: percepções dos profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 4, Out-Dez, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33042>>.

JAEGER, M. E., *et al.* O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>>.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, Set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf>>.

LUGÃO, K. V. M. S. F., *et al.* Abuso sexual crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na infância e na adolescência. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** v. 24, n. 3, P. 179-182, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/6-Abuso_sexual_cronico.pdf>.

MEIRELES, A.R, *et al.* Bem estar da Criança e do Adolescente: um Constructo Multidimensional. **Rev. Med. Minas Gerais.** v. 23, n. 2, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/30>>.

MOREIRA, G. A. R., *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, Out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4267.pdf>>.

NUNES, A.J; SALES, M.C.V. Violência contra Crianças no Cenário Brasileiro. **Rev Ciência & Saúde coletiva.** v. 21, n.3. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0871.pdf>>.

SANTOS, J. S., *et al.* O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 733-740, Out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf>.

SOARES, C. B., *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf>.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <http://users.php.ufl.edu/rbauer/ebpp/whitemore_knafl_05.pdf>.

ZAMBON, M.P *et al.* Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: um Desafio. **Rev Assoc Med Bras** 2012; v.58, n4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400018>.