



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Saliba, Orlando; Saliba Garbin, Cléa Adas; Isper Garbin, Artênio José; Dossi, Ana Paula
Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência
doméstica

Revista de Saúde Pública, vol. 41, núm. 3, junio, 2007, pp. 472-477

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240160021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Orlando Saliba

Cléa Adas Saliba Garbin

Artênio José Ispér Garbin

Ana Paula Dossi

Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica

Responsibility of health providers in domestic violence reporting

RESUMO

A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. O objetivo do trabalho foi verificar a responsabilidade desses profissionais em notificar a violência, especialmente a doméstica e as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos. Assim, foi realizada pesquisa na legislação brasileira e códigos de ética da medicina, odontologia, enfermagem e psicologia. Quanto à legislação, as sanções estão dispostas na Lei das Contravenções Penais, Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso e na lei que trata da notificação compulsória de violência contra a mulher. Também existem penalidades em todos os códigos de ética analisados. Conclui-se que o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo inclusive responder pela omissão.

DESCRIPTORES: Violência doméstica, ética. Violência doméstica, estatística e dados numéricos. Notificação de abuso. Atitude do pessoal de saúde. Comunicação sigilosa.

ABSTRACT

Domestic violence reporting by health providers contributes to the epidemiological assessment of the magnitude of the problem, which allows the development of specific programs and actions. The aim of the study was to assess the level of responsibility of these providers towards reporting violence, especially domestic violence, and potential related legal and ethical implications. The Brazilian legislation and ethics code of Medicine, Dentistry, Nursing and Psychology were studied. Legal sanctions are found in the Criminal Law of Misdemeanor Offenses, the Child and Adolescent Statute, the Elderly Statute and in the law establishing mandatory reporting of violence against women. There are also penalties in all ethics codes reviewed. It is concluded that health providers have the legal duty of reporting known domestic violence cases and they can even be charged with omission.

KEYWORDS: Domestic violence, ethics. Domestic violence, statistics & numerical data. Mandatory reporting. Attitude of health personnel. Confidentiality.

Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Araçatuba, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cléa Adas Saliba Garbin
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
R. José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça
16015-050 Araçatuba, SP, Brasil
E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Recebido: 17/5/2006

Revisado: 10/1/2007

Aprovado: 7/2/2007

INTRODUÇÃO

A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.⁴ A maior parte dos casos de violência acontece em casa,²⁰ afetando sobretudo mulheres, crianças e idosos.* Entretanto, a violência doméstica pode ocasionar danos diretos ou indiretos a todas as pessoas da família, nas várias fases de suas vidas.

Assim, muitas crianças experimentam o dissabor das agressões. Infelizmente, o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com frequência na educação dos filhos na sociedade contemporânea. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica física contra crianças e adolescentes.² Mesmo encarada como algo normal por alguns, a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas que muito provavelmente terão impacto por toda a vida da vítima, levando-a a repetir o comportamento violento.**

Entretanto, essa situação afeta também a mulher, apon-tada como a principal vítima dentro do lar. Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida,¹² onde o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum.¹¹

Estudos mostram que mulheres em situação de violência procuram pelos serviços de saúde²³ do que aquelas que não se encontram nessa circunstância, em decorrência dos efeitos crônicos da agressão.***

Os idosos também sofrem abusos no lar, pois com o avançar da idade aumentam também as situações de vulnerabilidade, passando a exigir mais cuidados, criando uma situação de dependência. Além das formas comuns de violência (física, sexual e psicológica), a família pode fazer uso do benefício financeiro pessoal do idoso, acarretando desatenção às suas necessidades.⁴

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam.⁵ Dessa maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar. Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a

importância do fenômeno,¹⁹ voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias.⁶ Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos.

De acordo com D'Oliveira & Schraiber³ (1999), os profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. Jaramillo & Uribe¹⁴ (2001) observaram que a maioria das disciplinas da saúde não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço¹⁷ se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional.¹⁰

Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

O presente estudo teve por objetivo verificar qual a responsabilidade do profissional de saúde em notificar a violência, em especial a doméstica, e as possíveis implicações legais e éticas decorrentes da não-notificação desses casos.

Assim, foi realizada uma pesquisa na legislação brasileira e nos códigos de ética profissional da medicina, psicologia, enfermagem e odontologia. Verificou-se quais artigos dos respectivos documentos estavam relacionados ao tema em questão e a partir daí procedeu-se à sua análise.

Embora a responsabilidade do profissional de saúde frente à violência possa ser discutida sob dois aspectos principais – o jurídico e o da consciência moral –,¹ optou-se por analisá-las separadamente, sem a intenção de confrontá-las. Foi destacada a obrigação legal e ética a que estão expostos os profissionais de saúde.

* Barsted LL. Uma vida sem violência é um direito nosso. Brasília: Ministério da Justiça;1998.

** Scodelario AS, Camargo CNMF, Ferrari DCA, Silva MAS, Miyahara RP. O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia; 2004.

*** Tavares DMC. Violência doméstica: uma questão de saúde pública [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

LEGISLAÇÃO

Prevenir e combater a violência doméstica são funções inerentes ao Poder Público, e o Estado tem se empenhado na prevenção e controle da violência, por meio de campanhas, programas e, principalmente, pela legislação específica. Sabe-se que a violência apresenta um forte componente cultural, dificilmente superável por meio de leis e normas.²¹ No entanto, é necessário um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado. O artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941* reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. O não cumprimento acarreta pena pecuniária. A interpretação desse artigo remete à idéia de que o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou gênero da vítima.

Fora do âmbito penal existem normas que implicam na notificação compulsória dos casos de agressão. São elas: Estatuto da Criança e Adolescente** Estatuto do Idoso*** e a lei sobre a notificação compulsória da violência contra a mulher.****

Sobre a violência contra crianças e adolescentes, a primeira manifestação do Estado Brasileiro para protegê-las ocorreu em 1923.²² Porém, somente em 1990 surgiu o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA), amparado pela Lei 8.069** de 13 de julho do referido ano. O ECA promove uma nova concepção nas questões de direito dos menores, afasta uma política meramente assistencialista, e cria uma estrutura que protege e defende esse grupo. Por meio dele, a notificação dos casos, mesmo que suspeitos de maus-tratos, passou a ser obrigatória (Art. 13).⁷ A comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional e poderá ser feita à autoridade judicial nos locais onde não houver o Conselho Tutelar.

Por previsão expressa do artigo 245 do ECA, o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, será penalizado com multa.**

Além das crianças, os idosos também são vitimados pela violência, possivelmente pela fragilidade adqui-

rida com o avançar da idade. As agressões domésticas, segundo Minayo¹⁸ (2003), ocorrem em número infinitamente maior do que a violência institucional. Por esse e por outros motivos, em primeiro de outubro de 2003, entrou em vigor a Lei 10.741 conhecida como Estatuto do Idoso,*** onde estão previstas garantias com a finalidade de proteger as pessoas de mais idade.

Todo cidadão tem o direito inalienável de proteger-se contra todo tipo de agressão física, sendo-lhe devido o apoio das autoridades, se maltratado ou ameaçado até mesmo pela família.¹⁶ Os artigos 19 e 57 da Lei 10.741/03*** mencionam claramente a responsabilidade que profissionais de saúde e instituições têm de comunicar os casos de abuso de que tiverem conhecimento. No caso do idoso, a denúncia deve ser registrada no Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), Ministério Público e Delegacias de Polícia. A pena para o não cumprimento varia entre R\$500,00 e R\$3.000,00.**** Como bem enfatizam Fonseca & Gonçalves⁸ (2003), a notificação constitui instrumento de proteção aos direitos do idoso e medida que permite articular ações solidárias e reconstruir relações afetivas.

Se a violência contra crianças ou idosos goza do privilégio da comoção, o mesmo não ocorre no caso de violência contra as mulheres.⁶ Assim, a vítima geralmente é considerada culpada pela agressão e o preconceito entre os profissionais de saúde promove uma nova ofensa à mulher.¹³

O combate à violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e, principalmente, culturais para que seja desnaturalizada pela sociedade. Com essa intenção, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778,***** que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). A penalidade para quem descumprir a referida norma está evidente no artigo: “Art. 5º A inobservância das

* Brasil. Lei no.3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3688.htm> [Acesso 20 nov 2006]

** Brasil. Lei no.8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm> [Acesso em 20 nov 2006]

*** Brasil. Lei no.10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm> [Acesso em 20 nov 2006]

**** Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm> [Acesso em 22 dez 2006]

***** Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm> [Acesso em 22 dez 2006]

obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis”.*

Contudo, essa lei não esclarece ao profissional a forma adequada de fazer essas notificações, fato que pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia do instrumento legal.

CÓDIGOS DE ÉTICA

Entende-se por código de ética o conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. Baseado nele, o profissional pode tomar decisões e adotar condutas para o desenvolvimento do seu trabalho.

Os códigos de ética médica, odontológica, de enfermagem e psicologia foram avaliados para verificar como é tratada a questão da violência doméstica. Nenhum desses documentos apresenta a expressão “violência doméstica” explicitamente. Porém, alguns artigos fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Assim, as normas específicas de cada profissão prevêm, mesmo que implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência a quem for competente.

Código de Ética Médica

O Código de Ética Médica** traz em seu artigo 6º o dever que o médico tem de preservar a dignidade e integridade do seu paciente. Esse artigo poderia estabelecer a responsabilidade do médico na comunicação dos casos de violência, pois, ao denunciar, o médico estaria zelando pela saúde de seu paciente. Contudo, a legislação deixa mais evidente essa obrigação no artigo 49: “É vedado ao médico: Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento”.

Nota-se que a maior preocupação desse documento é a omissão, ou seja, o pactuar com a situação de brutalidade. Entretanto, tão importante quanto a identificação da violência é a sua denúncia, o que geralmente não

acontece. Prova disso é o estudo realizado por Braz & Cardoso¹ (2000), no qual os autores constataram que todos os profissionais entrevistados, mesmo diante de fortes suspeitas de maus-tratos contra crianças, tendem a não denunciar o caso.

Código de Ética Odontológica

O Código de Ética Odontológica*** apresenta as seguintes disposições a respeito: “Art. 5 – Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”.

Considerando que o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que maiores chances tem de detectar violência doméstica, principalmente a física por ser a face o local preferencial das lesões^{9,24,****} a observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental para o exercício ético dessa profissão.

Outra questão que merece ser discutida refere-se ao sigilo profissional, que deve ser mantido (Art.10, I), exceto em situações nas quais a sua conservação implica diretamente na manutenção de um mal maior à vida ou à integridade do paciente. Assim, ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deverá rompê-lo (Art.10, §1º, b).

Código de Ética da Enfermagem

Segundo o Código de Ética da Enfermagem,***** é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

O documento que norteia eticamente os profissionais da enfermagem, apesar de não explicitar a expressão violência doméstica mencionou maus-tratos. Aqui, entende-se que essa expressão deve ser interpretada de maneira ampla referindo-se a todas as formas de abuso.

Leal & Lopes¹⁵ (2005), em trabalho realizado com uma equipe de enfermagem, concluíram que as principais dificuldades desses trabalhadores são o despreparo para lidar com o paciente violentado e a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico

* Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [Lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm> [Acesso em 22 dez 2006]

** Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=240&tipo=RESOLU%C7%C3&org%C3=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1246> [Acesso em 31 mar 2007]

*** Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 42 de 20 de maio de 2003. Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais da Odontologia. [resolução na internet]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf [Acesso em 31 mar 2007]

**** Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação de mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2006.

***** Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34> [Acesso em 31 mar 2007]

e capacitação dos enfermeiros para lidar com vítimas de violência.

Código de Ética da Psicologia

O Código de Ética da Psicologia,* nos seus “Princípios Fundamentais”, prevê a responsabilidade do profissional dessa área ao mencionar que “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Da mesma maneira o art. 2º veda a participação ou a convivência com “quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão”.

O psicólogo deverá guardar o sigilo das informações que tomar conhecimento durante o exercício profissional (Art. 9º). Entretanto, a integridade, a liberdade e o direito à vida devem prevalecer. Situações conflitantes entre esses bens e o sigilo profissional serão resolvidas pela regra do menor prejuízo (Art.10), ou seja, prevalecerá aquilo que cause menos dano à vítima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, inclusive a doméstica, podendo responder pela omissão. Apesar

dos códigos de ética consultados não apresentarem explicitamente a expressão violência doméstica, eles deixam claro o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes.

Ao Estado brasileiro compete a criação de mecanismos para coibir a violência no seio familiar.** As Leis 8.069/1990,*** 10.741**** e 10.778***** de 2003 são exemplos disso. Caberá então, ao serviço de saúde utilizar-se desses recursos a fim de contribuir para a prevenção e erradicação da violência.

O setor de saúde não pode assumir a responsabilidade no combate à violência, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais¹⁵ conflituosas.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica.¹⁰ Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de idéias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

* Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 010 de 21 de julho de 2005. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais da Psicologia [resolução na internet]. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/a_orien/codigo/fr_codigo_etica_indice_new.htm. [Acesso em 31 mar 2007]

** Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: RT; 2002.

*** Brasil. Lei no.8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm> [Acesso em 20 nov 2006]

**** Brasil. Lei no.10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm> [Acesso em 20 nov 2006]

***** Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm> [Acesso em 22 dez 2006]

REFERÊNCIAS

1. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2000;8(1):91-7.
2. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo em um programa de intervenção. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):143-9.
3. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. *J Rede Saude*. 1999;19:3-4.
4. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(Supl 1):9-21.
5. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):129-37.
6. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Cienc Saude Coletiva*. 1999;4(1):81-94.
7. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(6):659-65.
8. Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Inter Psicol*. 2003;7(2):121-8.
9. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2567-73.
10. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):315-9.
11. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica* 1994;10(Supl 1):135-45.
12. Heise, L, Ellsberg, M, Gotemoeller, M. Ending violence against women. Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health;1999.(Population Reports Series L, 11).
13. Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2349-57.
14. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm*. 2001;XIX(1):38-45.
15. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(2):419-31.
16. Martinez WN. Comentários ao estatuto do idoso. São Paulo: LTr; 2005.
17. Mendez-Hernandez P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velazquez L, Riviera-Riviera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex*. 2003;45(6):472-82.
18. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):783-91.
19. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1124-33.
20. Neumann ZA. Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. *Rev da Saude*. 2002;3:47-8.
21. Pitanguy J, Heringer R. Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher: papéis e responsabilidade de homens jovens e adultos. Rio de Janeiro: Cidadania Estudo Pesquisa Informação e Ação; 2002.
22. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2002;10(3):334-44.
23. Schraiber LB, D'Oliveira APLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comun, Saude Educ*. 1999;3(5):11-26.
24. Senn DR, McDowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition and reporting domestic violence, abuse, and neglect. *Dent Clin North Am*. 2001;45(2):343-63.