

Maria Carmelita Maia e Silva
Lygia Maria Pereira da Silva



Guia de Assistência Integral à **Saúde da Criança e do Adolescente em Situação de Violência**

abordagem multidisciplinar



Falar de cidadania, sem atrelar a educação como elemento vital e desencadeador de mudanças, é caminhar na mesmice, é trilhar caminhos antes percorridos, desprovidos de resultados benéficos a toda uma sociedade. É preciso abastecer o homem de saberes diversos para que, em seu cotidiano, seja plenamente sábio e, assim, proceder às filtrações necessárias que a vida lhe impõe. Urge revesti-lo de conhecimentos múltiplos que o tornem capaz de descortinar horizontes, celebrar conquistas e reerguer-se diante dos insucessos. Exercer a cidadania é partilhar saberes, é comungar conhecimentos, para que, numa ação conjunta e convergente, os resultados sejam profícuos a todos que se encontram inseridos em um mesmo contexto social.

Respalgadas nessa visão humanística do saber como algo a ser partilhado entre todos, as autoras deste livro, preocupadas com a violência crescente em nosso meio social, sobretudo no que diz respeito à criança e ao adolescente, apresentam este excelente guia que se constitui em rica fonte de testemunhos, com propostas de um repensar e de um agir coletivo em prol de uma sociedade que, em seu perfil, retrate, apenas, uma cultura de paz. Urge se falar menos de violência, pois ela sufoca e ameaça a prática da cidadania. É emergente combatê-la para se viver a paz.



Guia de Assistência Integral à **Saúde da Criança e do Adolescente** **em Situação de Violência**

abordagem multidisciplinar



GUIA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Pernambuco - Recife

S586g Silva, Maria Carmelita Maia e.

Guia de assistência integral à saúde da criança e do
adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar/
Maria Carmelita Maia e Silva. Lygia Maria Pereira da Silva - Recife:
EDUPE, 2003.

122 p.: il.

ISBN

1. Assistência Integrada - Adolescentes 2. Violência -
Criança e Adolescente 3. Violência - Multidisciplina I. Título II. Silva,
Lygia Maria Pereira da.

CDU 364.04

Autores
Maria Carmelita Maia e Silva
Lygia Maria Pereira da Silva

Colaboração
Vanessa Vasconcelos / Diita Fontoura / Djalma
Agripino / Bernadete Antunes / Antônio Carlos Cabral
Tereza Maciel /
Maria José Guimarães / Roseane Almeida

Apoio Administrativo
Socorro Martins / Valéria Lyra / Myriam Coelho

**GUIA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL
À SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA**

Abordagem Multidisciplinar

Recife
2003



**PREFEITURA DO
RECIFE**

Prefeito: João Paulo Lima e Silva

Vice-Prefeito: Luciano Siqueira

Secretário de Administração: Danilo Cabral

Secretário de Assuntos Jurídicos: Bruno Ariosto Luna de Holanda

Secretária de Comunicação Social: Sheila Oliveira

Secretário de Cultura: João Roberto Peixe

Secretário de Desenvolvimento Econômico: Francisco Oliveira

Secretária de Educação: Edla Soares

Secretário de Finanças: Eduardo Vital

Secretário de Governo: Múcio Magalhães de Souza

Secretário de Orçamento Participativo e Gestão Cidadã: João da Costa

Secretária da Política de Assistência Social: Ana Maria Farias Lira

Secretário de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente: Djalma Paes

Secretário de Saneamento: Antonio Miranda

Secretário de Saúde: Antônio Mendes

Secretário de Serviços Públicos: Dilson Peixoto

Secretário de Turismo e Esportes: Romeu Baptista

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário-Adjunto: Gustavo Couto

Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância à Saúde: Tereza Maciel Lira

Diretoria Geral de Atenção à Saúde: Tereza de Jesus Campos Neta

Dir.Executiva de Prevenção aos Acidentes e à Violência

Maria Carmelita Maia e Silva

Gerência dos Distritos Sanitários

Olga Souza de Lima

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes

Paulette Cavalcante Albuquerque

Antônio Carlos Borba Cabral

Ceci Alencar

Tiago Feitosa de Oliveira

**GUIA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL
À SAÚDE DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Maria Carmelita Maia e Silva
Lygia Maria Pereira da Silva

Universidade de Pernambuco-UPE-2003

Copyright@ by EDUPE

Este livro não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização do Editor.

Universidade de Pernambuco-UPE

Reitor

Prof. Emanuel Dias de Oliveira e Silva

Vice-Reitor

Prof. Armando Carneiro Pereira do Rêgo Filho

Pró-Reitor Administrativo

Prof. Glêdeston Emerenciano de Melo

Pró-Reitor de Planejamento

Prof. Beda Barkokebas Júnior

Pró-Reitor de Graduação

Prof. José Guido Corrêa de Araújo

Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof^a. Aronita Rosenblatt

Pró-Reitor de Desenvolvimento Institucional e Extensão

Prof. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello

Editora Universidade de Pernambuco-EDUPE

Assistente Comercial/Financeiro

Delba Pinto

Projeto Gráfico

Fabiana Alves de Albuquerque

Revisão

Prof^a. Eveline Lopes

Prof^a. Angela Borges

Fotografias

ABC of Child Abuse, UK 1997

Physical Sings of Child Abuse - C. Hobbs J. Wynne Leeds UK, 1999

Physical Sings of Sexual Abuse in Children, UK 1997

Arte da Capa

Secretária de Comunicação Social do Recife

Pedro Hiliário

Revisão Técnica

Edinilza Ramos de Souza

Impresso no Brasil - Tiragem: 1000 exemplares

EDUPE

Av. Agamenon Magalhães, s/n - Santo Amaro

Recife/PE - CEP. 50100-010 Fone: (0xx81) 3416.4074 Fax: 3416.4068

Editora filiada à



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

AGRADECIMENTOS

Aos servidores da Prefeitura do Recife, em especial aos profissionais dos Centros de Assistência à Criança e ao Adolescente que participaram da concretização deste programa.

Às Secretarias Municipais de Assuntos Jurídicos, Educação e Políticas da Assistência Social.

À Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG/UPE e ao COMDICA, sempre presentes em nossas atividades.

Ao Ministério da Saúde, que vem nos apoiando para a concretização deste trabalho.

À Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP que vem contribuindo para este trabalho, em especial à Dra. Edinilza Ramos de Souza, pela sua competente revisão.

Às Crianças e aos Adolescentes que nos ensinam no dia-a-dia deste trabalho, o nosso muito obrigado.

SUMÁRIO

Apresentação	
1. Introdução	17
2. Justificativa	19
3. Integração dos Conceitos e Nomenclaturas	23
4. Conceito e Classificação dos Maus Tratos	27
5. Efeitos a Curto, Médio e Longo Prazos da Violência na Saúde Biopsicossocial da Criança e do Adolescente	31
6. Assistência Humanizada na Rede de Saúde: Um novo Olhar	35
6.1. Assistência Integral à Criança e ao Adolescente	37
6.1.1. Suspeitar (anamnese, transtornos psicológicos e exame físico).....	39
6.1.2. Diagnosticar (diagnóstico diferencial).....	57
6.1.2.1 Dificuldade no Diagnóstico	58
6.1.3. Exames Complementares/Apoio Laboratorial	59
6.1.4. Coleta de Material para Identificação do Agressor	61
6.1.5. Investigar	61
6.1.6. Assistir	62
6.1.7. Tratar	64
6.1.8. Proteger	71
6.1.9. Documentar	73
6.1.10. Notificar	73
6.1.11. Notificação para o Conselho Tutelar.....	75
6.1.12. Orientar	76
6.1.13. Apoiar/Acompanhar	76
6.1.14. Encaminhar	78
7. Referências Bibliográficas	81
Onde Encontrar Ajuda	87
Núcleos de Assistência Jurídica Municipal	87
Conselhos Tutelares	88
Anexos	

PREFÁCIO

Por considerar a **violência** um problema de saúde pública, a atual gestão resolveu enfrentar a violência contra a criança e o adolescente de forma prioritária.

O Setor Saúde, ao lado de outros setores governamentais e não governamentais, está comprometido em erradicar este grave problema e dá mais um passo à frente, na **garantia** dos direitos da **criança e do adolescente**, integrando as ações de **promoção, prevenção e assistência à saúde**.

O estabelecimento de **normas e rotinas** orienta os profissionais de saúde quanto ao problema de **violência**. Esta ação caracteriza-se como mais um compromisso cumprido. A Secretaria de Saúde atua, de forma integrada, com outros setores municipais, promovendo intervenções positivas cujos alvos são **a criança, o adolescente e suas famílias**.

Este documento é uma proposta de atuação **positiva** e **a firmadora** do compromisso profissional com a **ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**. Concebido numa perspectiva de atuação multidisciplinar e intersetorial, este trabalho adota o conceito de saúde como **qualidade de vida**. Viver sem violência torna-se uma das prioridades nos dias atuais. A prevenção da violência bem como o **cuidado** a criança e a adolescentes vitimizados, com o objetivo da recuperação da saúde integral, são **caminhos** para a construção de uma cultura de paz.

João Paulo Lima e Silva
Prefeito da Cidade do Recife

APRESENTAÇÃO

O modelo de Humanização da Rede de Saúde “Humanizando a Assistência à Saúde no Recife” tem como objetivo promover uma melhor qualidade na assistência prestada ao usuário da rede municipal de saúde.

Para alcançar esse propósito, alguns desafios estão lançados com a adoção de alguns procedimentos, organizando rotinas e incorporando condutas acolhedoras, sobretudo, valorizando o trabalho dos profissionais que estão diretamente ligados aos usuários através da melhoria das relações interpessoais.

Este guia é um reconhecimento do direito da criança e do adolescente a viverem sem violência, direito este previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e assegurado pela rede de assistência da cidade do Recife. Contribuindo efetivamente para o reconhecimento da responsabilidade dos profissionais de saúde na assistência à criança e ao adolescente vitimizados pelos maus tratos, incorpora a perspectiva de um atendimento multidisciplinar, integral, equânime, universal, humanitário, solidário e cidadão, possibilitando uma vida mais saudável às crianças, aos adolescentes e às famílias recifenses.

Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Secretário de Saúde do Recife

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são, muitas vezes, violados com prejuízo para seu desenvolvimento físico e mental.

A real magnitude desse fenômeno ainda não é conhecida. Também é escasso o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais de saúde frente ao problema de violência doméstica e sexual, gerando dificuldades para os profissionais diagnosticarem, registrarem, tratarem, acompanharem e notificarem os casos da violência, como medidas iniciais para um atendimento de proteção às vítimas e de apoio as suas famílias.

É crescente o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus tratos, de abuso físico, sexual, psicológico, de negligência ou de abandono.

Os profissionais de saúde, preocupados com a garantia dos direitos de crianças e de adolescentes e comprometidos com a promoção da saúde da população, muitas vezes, têm dúvidas quanto à maneira mais correta de agir.

Este guia de **Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em Situação de Violência** (Abordagem Multidisciplinar) organiza o fluxo do atendimento desde a Unidade de Saúde, porta de entrada do sistema, até os serviços de referência ambulatorial e hospitalar, com orientações detalhadas dos procedimentos que os profissionais de saúde devem adotar e as informações importantes a serem repassadas à criança, ao adolescente e à família.

O objetivo da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com as parcerias constituídas para o enfrentamento do problema, é dar um passo à frente em relação à prevenção, enfrentamento dos maus tratos da criança e do adolescente, favorecendo uma ampla mobilização social, com a finalidade de modificar esse panorama perverso, promover hábitos saudáveis e uma cultura de paz, que é dever de todos os cidadãos, em especial dos profissionais de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

O direito à saúde é um direito social; a conquista do direito à saúde tem reforçado a conquista de outros direitos. Entendendo que o conceito de saúde vai além da assistência e do tratamento das doenças, envolve, também, as condições de moradia, trabalho, educação, esporte, lazer, meio ambiente, segurança, justiça e cultura.

Nas últimas décadas, o tema “Violência” ganha prioridade no setor saúde e apresenta-se como um importante fator de morbimortalidade. Considerada como um sério problema de saúde pública, apresenta-se de diversas formas, na sociedade e atinge, de maneira diferenciada, os diversos grupos populacionais. Silvermam e Kempe, médicos americanos, foram os responsáveis pela reintrodução dessa temática na esfera da atenção médica, ao reconhecerem a síndrome da criança espancada no ano 1961, com base em achados radiológicos de múltiplas fraturas ósseas. Outro fator relevante foi a repulsa social da violência sexual, iniciada nos EEUU, que se tornou visível com o movimento feminista, na década de 70. Essa captação do problema pela medicina se dá justamente num momento em que a sociedade reconhece a relação entre os problemas enfrentados na vida adulta e os sofrimentos durante a infância, através do conhecimento da psicologia e da psicanálise. **(ASSIS, 1999)**

Um grande passo na garantia da proteção à infância e à adolescência no Brasil foi dado em 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que fortaleceu a política para a infância e a adolescência em consonância com os princípios constitucionais, criando as pré-condições para que meninos e meninas fossem criados de forma mais saudável e respeitosa, e não mais, como propriedade dos pais.

No ECA, o atendimento à criança e ao adolescente tem prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado. O papel do setor de saúde e do setor educacional assume incumbências específicas: identificar, notificar a situação de maus tratos e buscar formas (e parceiros), para proteger a vítima e dar apoio à família. Nele os artigos do Capítulo I, que tratam dos direitos fundamentais garantidos às crianças e aos adolescentes, abordam a proteção à vida e à saúde, desde a sua concepção, determinando as ações que devem garantir o atendimento à gestante e o acesso irrestrito dos meninos e meninas aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS (art 11).

Para intervir na problemática da violência, é realmente necessário ter uma visão mais ampla no que concerne ao entendimento de suas causas. Para que possamos atuar nessa temática, é preciso agir racionalmente, a fim de que ações de enfrentamento sejam implantadas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - M.S., 2002)

A violência só é valorizada e tem visibilidade na mídia e na sociedade quando ela **nos agride**, porém essa forma preconceituosa prejudica o conhecimento da real magnitude do problema.

Outro artigo do ECA, muito importante para informar a atuação dos profissionais da saúde, o art. 13, orienta os encaminhamentos a serem dados pela equipe de saúde: os casos de suspeitas ou confirmação de maus tratos devem ser obrigatoriamente comunicados aos Conselhos Tutelares da respectiva localidade. A obrigatoriedade de notificação está assegurada, também, pelos Conselhos de Classe, a despeito do receio de muitos profissionais de saúde que se omitem, alegando sigilo profissional. (BRASIL, M.S., 2002)

Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor reconhece que esse fenômeno é um grave problema social que causa agravos à saúde, como problemas físicos

(lesões e traumas) e ou emocionais (a curto, médio e longo prazo) que devem ser assistidos por meio de técnicas terapêuticas convencionais. De outro lado, é importante incluir, nessa atenção, as ações de promoção e prevenção próprias da saúde coletiva. São fundamentais os procedimentos de identificação precoce e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e apoio aos familiares, como os serviços públicos existentes, e com organizações não governamentais, parceiras que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas.

Analisando os dados de mortalidade por causas externas no Recife, observa-se que, a partir de 1985, as causas externas passaram a ocupar a segunda posição como causa geral de morte, representando cerca de 14% das mortes ocorridas entre os recifenses no ano de 1999 e a primeira causa de morte entre adultos jovens na faixa etária de 14 a 39 anos, revelando a face cruel da violência na Cidade do Recife, com números considerados alarmantes e com tendência histórica de crescimento, reflexo das iniquidades sociais a que a população está submetida (**DIEVS – Recife, 2002**). Os agressores são pessoas que interagem com a vítima; no convívio familiar cotidiano, em 80% dos casos, são os *Pais Biológicos*, seguindo-se de padrasto entre outros membros do convívio, como avós, tios, irmãos mais velhos, vizinhos. (**DPCA de 2002**)

Esses dados evidenciam a importância do tema e colocam em pauta a necessidade da organização de serviços e fluxos sistematizados para atenção integral, considerando as diferentes demandas pertinentes à saúde, educação, assistência social, jurídica tanto na área de prevenção quanto na área da assistência.

Os serviços de saúde devem estar aptos a prestar atendimento à vítima com profissionais capacitados, equipados com instruções, linha telefônica de emergência, protocolos e demais recursos necessários, para disponibilizar à população e informar quanto à continuidade do atendimento.

Dessa forma, o setor saúde deve acolher as vítimas solidariamente, buscando proteção integral da criança e do adolescente, minimizando a dor e evitando a repetição dos exames na perspectiva da não revitimização. Os profissionais de saúde devem estar capacitados a detectar riscos e a identificar precocemente as possíveis vítimas.

3. INTEGRAÇÃO DOS CONCEITOS E NOMENCLATURAS

Historicamente o conceito de violência vem sendo ampliado em decorrência da maior conscientização a respeito do bem-estar da criança e do adolescente, de seus direitos e do maior conhecimento dos efeitos deletérios que a violência exerce sobre o seu desenvolvimento físico e mental.

Para o enfrentamento da violência, torna-se imprescindível a integração das diversas áreas envolvidas, como saúde, segurança pública, jurídica, assistência social, educação, cultura, entre outras.

Para que seja possível a realização de trabalhos integrados, é necessário existir a compatibilização desses conceitos, de modo que sejam consolidadas as informações para uma intervenção articulada.

Assim foram aqui relacionados conceitos, para se viabilizar a operacionalização de fluxos integrados de atuação no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

I - Violência Social – é um fenômeno complexo, caracterizado por ter uma forte carga cultural. Para ser mais abrangente, substitui o termo maus tratos muito utilizado, para fazer referência à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, institucional ou pela sociedade. (NATAL, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESP, 2002)

De acordo com a Política Nacional da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do MS: “Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicas e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação

complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o **evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos ou grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros**". (BRASIL, M.S., 2001)

II - Violência Estrutural – é aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e dos adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando ainda mais vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento. Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece "naturalizada" (Minayo, 2002). Essa violência se expressa pelos 20 milhões de crianças e adolescentes brasileiros, vivendo com renda familiar de até ½ salário mínimo per capita. A alta taxa de analfabetismo funcional (menos de 4 anos de estudo) dos adolescentes entre 15 e 17 anos é de 20,2 %, agravando-se no Nordeste, que passa para 39,2% de analfabetos funcionais adolescentes. (IBGE, 1997)

III - Família - considerada como a célula da sociedade, a família é constituída por um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consangüinidade ou de convivência. Por ser o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, formando as personalidades e o conteúdo emocional de seus membros, a família é peça de fundamental importância na contextualização social, pois, famílias despreparadas para compreender, administrar e suportar seus temores e conflitos, têm forte tendência a formarem pessoas violentas. (NATAL, SESP, 2002)

IV - Bullying - é um conceito utilizado para definir maus-tratos entre iguais ou violência interpessoal entre iguais. Ainda, sem tradução para o português, o termo *bullying* é um fenômeno definido por três características: a intencionalidade, o prolongamento e o tempo, gerando desequilíbrio de poder físico, psicológico e social entre os implicados. (GENEVAT, 2002)

V - Pedofilia - um desvio no desenvolvimento da sexualidade, caracterizado pelo desejo sexual por crianças e adolescentes, de forma compulsiva e obsessiva.

VI - Violência Intrafamiliar e Violência Doméstica - violência intrafamiliar é definida como sendo toda ação ou omissão que cause prejuízo ao bem-estar, à integridade física, psicológica ou à liberdade e ao direito do pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometido dentro ou fora da casa por algum membro da família, incluindo-se as pessoas que possam assumir a função paternal mesmo sem laços de consangüinidade e em relações de poder à outra. Difere da **Violência Doméstica**, pois esta inclui outros membros do grupo, sem função paternal, que convivem no espaço doméstico, incluindo-se, aí, empregados(as), agregados e pessoas que compartilham o mesmo espaço esporadicamente. (NATAL, SESP, 2002)

Essa violência vem afetando a qualidade de vida de milhares de crianças e jovens. Em nosso país, formas agressivas e cruéis de relacionar são freqüentemente usadas por pais, educadores e responsáveis por abrigos ou internatos como

estratégias para disciplinar crianças e adolescentes. Mas, se reconhece cientificamente que essa mentalidade e esse tipo de atuação, além de serem contraproducentes, são nocivos. **Bater, ferir, violar, menosprezar, humilhar, negligenciar, abandonar e abusar** são atitudes que não devem ser usados no trato da infância e da adolescência por vários motivos, ora expostos.

Quando a violência se estabelece no interior das famílias ou na convivência social, é preciso denunciá-la, desnaturalizá-la, tratando-a como um problema a ser resolvido, buscando alternativas de trabalho com os **conflitos**. A busca de resolução dos conflitos deve ser estimulada, dando oportunidade ao **diálogo** e ao **exercício da tolerância**. No caso das crianças e dos adolescentes, geralmente os pais responsáveis e os adultos tendem a acabar com as divergências de idéias, comportamentos e com o conflito de gerações, por meio da dominação adultocêntrica, da imposição de sua vontade ou por meio de gestos/atitudes violentas. (BRASIL, MS, 2002)

Os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que não é só a violência intrafamiliar e doméstica que afeta os meninos e meninas, pois a *violência social* é muito mais ampla. Por exemplo, uma das suas manifestações mais perversas se dá na institucionalização, na qual o afeto, o carinho, o respeito à sua vontade são substituídas pelo regulamento disciplinar, pelo treinamento massivo, e às vezes, pela repressão, ou até, pela tortura. Em especial, também preocupa a situação do trabalho doméstico, que retira muitas crianças da escola, diminuindo suas expectativas sociais. (MINAYO, 2002)

Muitas vezes, a criança/adolescente é vitimizada através de mais de um tipo de violência. Apenas, como forma didática, abordaremos aqui alguns tipos.

4. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DOS MAUS TRATOS

“Define-se o abuso ou ***maus-tratos*** pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.” (DESLANDES, 1999)

Negligência / Abandono

É o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. Além da negligência de pais ou responsáveis, o Estado pode ser considerado negligente em não proporcionar aos pais condições ou informações necessárias à criação de seus filhos.

O abandono, tipo de violência que pode ser considerada como uma forma extrema de negligência, refere-se à ausência física do responsável pela criança/adolescente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP, 2001)

Abuso Físico

É o uso de força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir essa criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (DESLANDES, 1999)

A violência física é de longe a mais denunciada por

ser a mais visível, a mais fácil de ser conceituada e identificada.

Abuso Sexual na Infância ou na Adolescência

É compreendido como qualquer contato sexual, ato ou jogo sexual, envolvendo relações hetero ou homossexuais, em que o agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança/adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la, para obter satisfação sexual. (DESLANDES, 1999)

Formas de abuso sexual contra criança/adolescente: carícias e manipulação dos órgãos genitais, masturbação, voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos, relação sexual com ou sem penetração (estupro). Engloba, ainda, a situação de exploração sexual, visando a lucros, como é o caso da prostituição e da pornografia.

O abuso sexual é cercado pelo “muro do silêncio”, construído pelo abusador, para garantir-lhe a impunidade e a continuação do abuso. (MONTEIRO FILHO, ABREU, 1997)

É provável que, por trás dos casos de violência física, existam violência psicológica, negligência e abuso sexual. Por isso, durante qualquer atendimento, o profissional de saúde deve estar atento para suspeitar que está diante de uma criança/adolescente vitimizada e, em caso de confirmação de um tipo de violência, suspeitar de outros tipos.

Estupro

É definido pelo código penal de 1940 como sendo a penetração vaginal do pênis mediante violência ou grave ameaça. Essa definição é considerada restrita e encontra-se em recurso, devendo, portanto, o conceito de estupro

ser atualizado com a seguinte definição, concepção: “todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos e cometida à força ou sob ameaça, submetendo ao uso de drogas ou ainda quando esta for incapaz de ter julgamento adequado. (PINTO, WINDT, SIQUEIRA, 2001)

Atentado Violento ao Pudor

“ Constranger alguém, mediante violenta ou grave ameaça, a permitir que com ele pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal...” O código de 1940 acrescenta a expressão “presenciar”. Tanto o homem como a mulher, independente de idade, são sujeitos passivos desse crime.

Abuso Psicológico

Refere-se à interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social como forma de um padrão de comportamento destrutivo. (ASSIS, 1999)

Consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança e punição exageradas, isolamento, aterrorização por meio de opressões verbais, indução à prostituição, ao crime e ao uso de drogas, de tal forma que cause danos profundos na sua estruturação mental. **(GARBARINO COLS, 1988)**

Pela falta de materialidade do ato que atinge, sobretudo, o campo emocional e espiritual da vítima, pela falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado. No entanto, um novo olhar humanizado, sensível, do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo frequentemente articulado aos demais tipos de violência.

Exploração do Trabalho Infantil

O trabalho infantil é o uso de mão-de-obra da criança e do adolescente com menos de 16 anos em qualquer atividade econômica e em situações prejudiciais ao desenvolvimento físico, mental, moral e à escolarização (TAVARES, 2002). Tendo o trabalho infantil suas mais fortes raízes nas desigualdades sociais (desemprego, baixos salários etc.), existe ainda o aspecto interpessoal desse tipo de violência.

5. EFEITOS A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE BIOPSIKOSSOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Não se pode considerar isoladamente nenhum desses efeitos, entendendo que cada um deles pode caracterizar diferentes etapas do desenvolvimento da criança e do adolescente.

O profissional de saúde deve estar alerta para observar a ocorrência de um ou mais desses efeitos concomitantemente, avaliando a possibilidade de ser mais eventual do que sistemático e considerar a etapa do desenvolvimento psicossocial em que a criança e o adolescente se encontram.

Efeitos a curto prazo

As primeiras reações são atitudes de choque e incredulidade; sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade, medo, raiva, isolamento, desamparo; comportamentos confusos e de extrema agitação, pesadelos, terror noturno e alterações do hábito alimentar. Essas reações, muitas vezes, são expressadas por comportamentos de choro, inquietação e tensão.

Tornam-se mais evidentes os efeitos apresentados pela vítima quando se trata de casos agudos (não insidiosos) e graves, quando o comportamento da vítima fica mais perceptível para o profissional de saúde. Um exemplo clássico é o estupro, caso em que a vítima apresenta claramente sinais do stress pós-traumático. (GARBARINO, 1988)

A identificação desses sinais favorece o diagnóstico, viabilizando a adoção de medidas de proteção contidas no ECA bem como a adequada assistência à saúde.

Efeitos a médio e longo prazos da violência

Comportamento autodestrutivo, ansiedade, sentimentos de isolamento e estigmatização, baixa auto-estima, dificuldade em acreditar em outras pessoas, tendência à futura revitimização, comportamento sexual desajustado, problemas psicológicos, uso de álcool frequentemente e outras drogas.

Observam-se na criança vitimizada atitudes de crueldade com crianças menores e animais.

O espectro da severidade depende de como ocorreu esse abuso, quem é o agressor, a idade do agressor e da vítima, o tempo que vem ocorrendo o abuso e, ainda, em sendo revelado, se a criança foi acreditada e como a família e a sociedade estão mobilizadas para o enfrentamento. (HOBBS, HANKS, WYNNE, 1990)

Ressaltaremos abaixo alguns efeitos do abuso sexual, por estes causarem mais frequentemente danos à estruturação da personalidade da pessoa em desenvolvimento.

Efeitos do abuso sexual de acordo com a faixa etária

Pré-escolar – 0 a 5 anos

1. Pesadelos ligados a lugar, pessoa, objetos, incluindo movimentos físicos repetitivos ou vocalizações da experiência do abuso sexual.
2. Erotização prematura: expressa em atitudes e comportamentos ligados à (ao)

- a) preocupação com genitais;
- b) procura repetitiva de outros parceiros para “brincar” de sexo;
- c) excessiva ou indiscriminada masturbação com ou sem objetos;

- d) precocidade na esfera sexual (conversa sobre sexo, vestuário erotizado);
- e) comportamento sedutor;
- f) sexualização nas brincadeiras com bonecas.

3. Aterrorização:

- a) superdeterminação negativa quanto ao despir-se;
- b) resposta com ansiedade a específico comportamento pessoal;
- c) medo inexplicado de um pessoa, de um local ou de um objeto;
- d) fenômeno dissociativo.

Escolar – 6 a 11 anos

- 1. Agressão sexual e coerção com outra criança
- 2. Vestimentas inadequadas para a idade (eróticas)
- 3. Fuga do lar
- 4. Exploração Sexual e/ou Prostituição
- 5. Uso de drogas
- 6. Comportamento autodestrutivo
- 7. Acidentes repetidos
- 8. Tentativas de suicídio
- 9. Exposição a situações de risco à saúde e à vida

Adolescentes – 12 a 18 anos

- 1. Extrema inibição sexual
- 2. Hipersexualização
- 3. Gravidez (como resultado de estupro ou de promiscuidade e de exploração sexual)
- 4. Promiscuidade sexual
- 5. Exploração Sexual e/ou Prostituição
- 6. Uso de Álcool e de drogas
- 7. Rebeldia excessiva
- 8. Abandono do lar
- 9. Automutilação
- 10. Tentativas de suicídios

6. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA REDE DE SAÚDE: *Um Novo Olhar*

Baseada nos princípios da humanização do atendimento e da integralidade das ações, em que a equipe de saúde deve viabilizar não somente uma atenção adequada e eficaz mas, sobretudo, ética e segura, garantindo o sigilo e a proteção; a intervenção, sem aumento do dano, **respeitando o tempo, o ritmo e a decisão da pessoa.**

Cabe à equipe de saúde oferecer o suporte e as informações necessárias, para que a vítima possa compreender o processo que está vivendo, salvo em situações de risco iminente ou quando a vítima não tenha capacidade de tomar decisões, como é o caso de crianças e de alguns adolescentes.

É fundamental estabelecer um vínculo de confiança institucional, pautar-se pela ética, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações.

O Sigilo e a Proteção à Vítima

O sigilo tem o objetivo de preservar a criança/adolescente da estigmatização e da exposição tão comuns nos casos de violência.

O atendimento multidisciplinar requer que informações sejam compartilhadas, devendo o profissional disponibilizar estritamente os dados relevantes à assistência, incluindo a proteção do cliente. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFSS, 1993; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP, 1987)

A violência contra a criança e o adolescente freqüentemente é perpetrada por familiares, devendo o profissional ficar atento à maneira e ao momento de abordar a família a esse respeito, resguardando a confiança e a

segurança da criança/adolescente. (CFSS, 1993)

O sigilo profissional tem sido motivo de conflito no momento da notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Porém os códigos de ética de enfermagem, medicina, psicologia e serviço social são unânimes ao considerar dever do profissional a proteção de seus clientes de situações graves, gerando o imperativo para sua consciência à notificação do fato. Portanto, configura-se como justa causa a revelação do sigilo profissional, quando da comunicação à autoridade competente, de maus tratos sofridos por crianças e adolescentes. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN, 199_ ; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 1988; CFP, 1987; CFSS, 1993)

Qual é a Competência das Unidades e dos Profissionais de Saúde?

As unidades de saúde (US) caracterizam-se como a porta de entrada preferencial dos episódios de violência. Devem, portanto, assegurar a integralidade do atendimento, criar mecanismos de encaminhamentos oportunos, referência e contra-referência, como:

- estabelecer fluxo de atendimento;
- informar a clientela sobre o que será caracterizado em cada atendimento;
- identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- implementar o trabalho em equipe;
- garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança recíproca;
- registrar as informações no prontuário do usuário, relatando o fato ocorrido, agregar quando, onde e como aconteceu;
- preencher devidamente o prontuário, registrando tratamento específico das lesões físicas, carências nutricionais; DST/AIDS/- contracepção de Emergência e outras patologias;
- informar e encaminhar para o atendimento no Centro de

Referência para assistência integral à criança e ao adolescente, quando necessário;

- orientar sobre a medicação indicada, prevenção e tratamento;
- incluir o tema violência nas ações educativas promovidas pela U.S.;
- acompanhar a equipe multidisciplinar;
- atender e avaliar a família;
- preencher a ficha de Notificação de Maus Tratos contra a Criança e o Adolescente
- informar ao Conselho Tutelar;
- realizar o pré-natal nos casos de gravidez decorrente de estupro com acompanhamento psicológico e social;
- nos casos em que a adolescente gestante optar por dar a criança para adoção, realizar o pré-natal com acompanhamento psicossocial e encaminhar à vara da infância e da juventude, para iniciar o referido processo;
- agendar retorno ou visita domiciliar juntamente com a equipe de saúde da família, para o acompanhamento do caso, garantindo a continuidade do atendimento;
- fazer orientações dos diversos métodos contraceptivos.

6.1. Assistência Integral à Criança e ao Adolescente

Freqüentemente, os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência. O motivo da busca do atendimento, muitas vezes, não é declarado, ficando mascarado por outros problemas e sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico.

O sistema de saúde interage com a criança e o adolescente em situação de risco e sua família, desde a rede básica aos serviços de maior complexidade. Por isso,

os profissionais de saúde estão em situação privilegiada para identificar e acolher a criança e o adolescente vitimizados e sua família. É importante que os profissionais que lidam com o tema tenham a perspectiva do que é possível fazer no campo da assistência à saúde. As ações que envolvem essa assistência devem ser integradas, equânimes, universais, de caráter transdisciplinar, descentralizado, intersetorial, respeitando os direitos da criança e do adolescente.

As vítimas de violência intrafamiliar e doméstica são, principalmente, as crianças, adolescentes, mulheres e idosos, que, na maioria das vezes, se sentem culpados de serem responsáveis pelos atos violentos, percepção que a sociedade reforça com suas atitudes julgadoras.

É de responsabilidade do profissional de saúde estar atento para a possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima da violência, mesmo que à primeira vista não haja indicações para suspeitas. Deverão ser realizadas visitas domiciliares, aplicados questionamentos indiretos ou diretos dirigidos a alguns membros da família, resguardando a ética e o sigilo necessários a essas questões.

O que cabe à equipe de saúde

A equipe de saúde deve estar sensibilizada para o tema, adquirir conhecimento e refletir sobre os mitos e preconceitos, para que o atendimento seja prestado sem julgamento, tendo a criança e o adolescente como centro de suas ações. Só assim o profissional estará preparado para desenvolver, na prática, as seguintes ações:

- suspeitar /diagnosticar;
- investigar;
- assistir;
- tratar;

- proteger;
- acolher;
- documentar;
- notificar;
- orientar;
- apoiar /acompanhar;
- encaminhar.

6.1.1. Suspeitar (anamnese, transtornos psicológicos e exame físico)

A suspeita de maus tratos contra a criança e o adolescente surge geralmente, no momento em que se procede à anamnese ou no decorrer do exame físico. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus tratos. Sendo assim, a anamnese completa, juntamente com todas as outras evidências apresentadas pela equipe multiprofissional que está cuidando do caso, pode desvendar o quebra-cabeça e constituir um diagnóstico.

Muitos dos sinais e sintomas relacionados aos maus-tratos são inespecíficos, tornando-se necessário contextualizar cada situação que se apresente, especialmente nos casos de violência sexual.

Em cerca de 80% dos casos, o abusador é um dos pais ou pessoas com algum laço afetivo com a família da vítima e conhecidos da criança. As vítimas são, em geral, do sexo feminino em caso de abuso sexual, e os abusadores, do sexo masculino. Falsas denúncias de abuso também podem ocorrer, principalmente entre casais em litígio, porém essas situações não são tão comuns quanto se imagina, principalmente nos casos de abuso sexual, em que menos de 6% dos casos notificados foram

identificados como falsos. (MONTEIRO FILHO, ABREU, 1999)

Um Novo olhar na Anamnese

É importante acreditar no que a criança diz.

Na Assistência Integral à Saúde de Crianças e de Adolescentes, a anamnese é considerada etapa fundamental diante da complexidade que envolve a manifestação clínica da violência. A identificação dos casos nos serviços de saúde deve ser feita por meio de um novo olhar, mais sensível e crítico, de seus profissionais. Esses, uma vez capacitados, poderão captar precocemente os casos, evitando o prolongamento do sofrimento e promovendo a redução dos danos, provocados no corpo e na mente da criança e do adolescente. Entretanto, essa questão não tem sido suficiente e sistematicamente tratada na maioria dos currículos de graduação, o que confere dificuldades no diagnóstico e no acompanhamento dos casos.

A abordagem à criança e ao adolescente vitimizados e sua família deve ser realizada em local privado, evitando a exposição do caso desnecessariamente e favorecendo uma relação de confiança com o interlocutor. Portanto, mesmo para perguntas e informações breves, deve-se evitar a abordagem na qual não seja possível a privacidade necessária, como portarias, corredores, etc.

Na anamnese, devem ser valorizados e observados os seguintes aspectos:

- história incompatível com as lesões existentes (lesões relacionadas a um fato acidental ou a uma atitude da própria vítima que não condiz com a gravidade do caso);
- a criança ou o adolescente acompanhado por adulto que a(o) aponta como um problema, que não permite que ele/

ela responda às perguntas, controlando-os com palavras, olhar ou contenção física;

- pouco conhecimento por parte do responsável sobre a situação de saúde do paciente;
- relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente;
- supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado – geralmente atribuídos à suposta hiperatividade, má índole e desobediência da criança;
- problemas maternos relacionados à gravidez, mãe solteira, gravidez indesejada, não comparecimento às consultas de pré-natal, tentativas frustradas de abortamento, separação do casal, mães adolescentes sem suporte psicossocial, falta de apoio da família e de recursos materiais adequados;
- relato dos pais sobre experiências próprias de terem sofrido alguma forma de violência na infância, alcoolismo, uso de drogas, isolamento social, etc;
- sintomas de dores crônicas sem causa aparente, dor pélvica crônica, infecções urinárias de repetição, sem etiologia definida, leucorréias, DSTs;
- múltiplas visitas ao serviço de saúde com sinais e sintomas de ansiedade e/ou depressão;
- história de depressão, distúrbio do apetite, distúrbio do sono, da fala, uso de álcool, drogas, tentativa de suicídio, problemas de saúde mental;
- criança/adolescente ansioso, disperso, com dificuldade de concentração, baixo rendimento escolar;
- atraso no crescimento / desenvolvimento, baixo peso;
- enurese e ou ecoprese acima dos 7 anos, quando não há nenhum problema orgânico;
- acompanhamento à saúde inadequado/não cumprimento do calendário vacinal, não seguimento das recomendações médicas, internações frequentes, comparecimento irregular ao serviço de saúde para acompanhamento;
- frequência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade, não participação dos pais nas tarefas escolares.

Exame Físico

A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se sob diversas formas tanto que um sintoma ou sinal isolado não permite afirmar sua existência. Por isso, é fundamental o olhar atento e, ao mesmo tempo, crítico sobre a atuação da equipe de saúde frente aos problemas identificados.

- O respeito ao pudor da criança/adolescente deve ser mantido, mesmo quando se tratar de crianças pequenas. O local, onde será realizado o exame, deve permitir a privacidade necessária.
- Deve-se evitar a exposição excessiva da criança, e o exame deve ser realizado apenas uma vez, evitando repetições que podem acarretar uma dupla vitimização.
- O exame deve ser sempre realizado na presença de um dos responsáveis.
- As crianças maiores devem ser esclarecidas previamente sobre os procedimentos que serão realizados.
- Deve-se proceder a um exame físico completo, e não, compartimentalizado.

As lesões por maus tratos físicos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas, em seguida no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

Em casos de suspeita ou confirmação de abuso sexual, deve-se dar uma atenção especial para as áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais internos e externos.

As lesões, observadas durante o exame físico, incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses, hematomas, fraturas, até queimaduras do III grau. Presença de DSTs, cuidado com o corpo, dente, roupa e outros devem ser observados, como veremos a seguir:

Observar Pele e Mucosas

- Contusões, abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso.
- Equimoses em diversas partes do corpo em diferentes estágios de evolução (coloração, espectro).
- Lesões que reproduzam a forma do instrumento utilizado para agressões (fivelas, cintos, dedos, mordeduras, cigarros, garfo, etc.);
- Alopecia resultante de arrancamento brutal e repetido dos cabelos.
- Região do pescoço, impressões digitais, (tentativa de enforcamento), equimoses, "love bite" (beijos com sucção), marcas de corda no pescoço.
- Cavidade oral (infecções crônicas de garganta).



Foto 1 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Criança de 4 anos de idade, trazida ao hospital com fratura de fêmur. O pai relatou que ela havia caído de uma escada. No outro dia, ela contou para a enfermeira que o pai havia dito que nunca mais faria aquilo.



Foto 2 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 5 anos de idade, do sexo masculino, apresentando lesões de queimaduras de diferentes tempos de ocorrência. Fotografia mostra na nádega direita extensiva queimadura, demonstrando padrão de grill.



Foto 3 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 3 anos atendida no serviço ambulatorial, porque tinha levado uma queda com um irmão no colo, apresentando esquimose na testa. Foto mostra lesões de queimaduras por contato com ambas as pernas em diferentes estágios de cicatrização.



Foto 4 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Criança de 3 anos de idade, apresentando múltiplas esquimoses. A foto mostra áreas de alopecia traumática (sinal de abuso físico e/ou sexual).



Foto 5 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Criança de 3 anos, apresentando uma equimose devido a um beliscão.



Foto 6 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança foi trazida ao hospital pelo vizinho que relatou ter escutado gritos durante a noite. A foto mostra a marca causada pela corda que amarrava a criança à sua cama.



Foto 7 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 5 anos atendida com história de abuso emocional, físico e sexual. A foto mostra abrasão rodeando o pescoço, tendo uma aparência de lesão provocada por corda.



Foto 8 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 4 anos com história de abuso sexual em casa. A foto mostra múltiplas equimoses petequiais no pescoço, ocasionadas por beijo com sucção (" love bite").



Foto 9 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Criança atendida com história de abuso sexual. A foto mostra equimose petequial no palato à procura de sinais de ocorrência de sexo oral.

Esqueleto e Sistema Nervoso Central

- Fraturas Múltiplas inexplicadas em diferentes estágios de consolidação (lesões típicas da síndrome da criança espancada);
 - Fraturas de costelas em menores de 2 anos;
 - Fraturas espiralares e fraturas transversais em ossos longos em lactentes;
 - Fraturas de crânio ou traumatismo craniano por choque direto ou sacudidas vigorosas (síndrome do bebê sacudido), concomitantes com edema cerebral, hematoma subdural e hemorragia retiniana, podendo manifestar-se por convulsões, vômitos, cianose e apnéia;
- Hematomas subperiosteais em diferentes estágios (síndrome do bebê sacudido).



Foto 10 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Criança de 6 semanas de idade; a foto revela uma fratura no osso parietal. O pai relatou que ela havia caído, porém uma fratura mais antiga foi evidenciada, tornando a história relatada inconsistente.

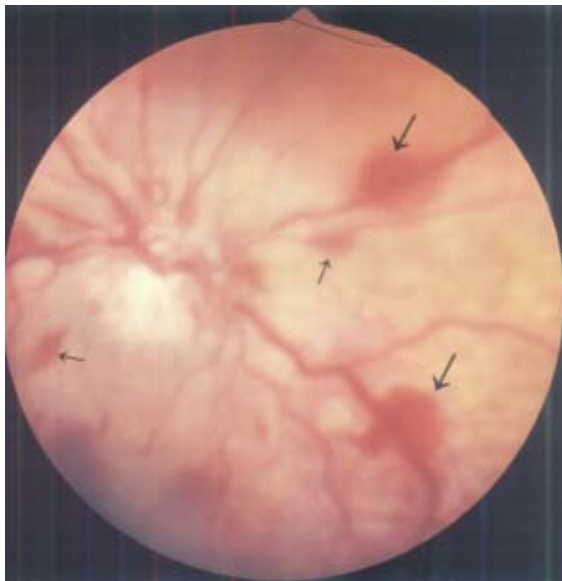


Foto 11 (ABC of Child Abuse, UK 1997) - Hemorragia retiniana numa criança vítima de abuso físico. Pequenas setas indicam hemorragias em forma de chamas. As setas maiores indicam manchas hemorrágicas intra-retinianas. Retinose não traumática pode ser vista neste paciente.

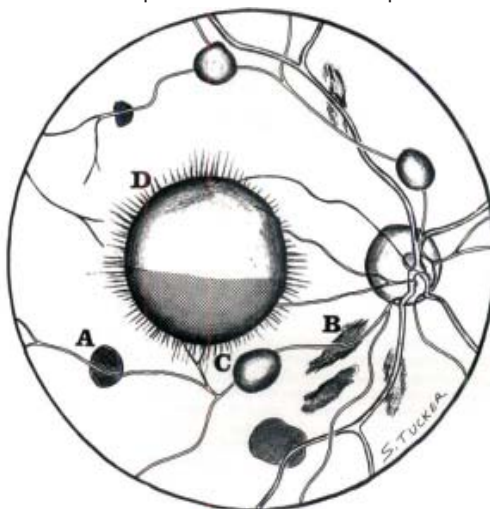


Foto 11.1 - (ABC of Child Abuse, UK 1997)

- A - Mancha hemorrágica intra-retiniana
- B - Hemorragia superficial em formato de chama
- C - Hemorragia pré-retiniana (vasos obscuros)
- D - Retinose traumática

Lesões Torácicas e Abdominais

- As *lesões torácicas* são pouco freqüentes, e, quando acontecem são decorrentes de compressão ou por tração violenta, (pneumotórax e hemotórax);
- Fraturas de costelas em menores de 2 anos, em esterno e na clavícula;
- As *lesões viscerais abdominais* são pouco freqüentes, geralmente ocorrem em crianças acima de 2 anos. Percebem-se sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intramurais (duodeno e jejuno).
- Ruptura subcapsular de rim e baço, trauma hepático ou mesentérico que demandem intervenção cirúrgica de urgência.

Transtornos gênito-urinários

- Deve-se proceder a um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais internos e externos, região perineal, nádegas, ânus.
- Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios e visualizar o intróito vaginal. Fazer a tração, segurando os grandes lábios, fazendo um discreto movimento para trás, o que permitirá uma melhor visualização do orifício himenal. Em caso de lesão grave, laceração de hímem, fúrcula, parede vaginal, o espéculo deverá ser utilizado para visualizar a vagina, suas paredes, o fundo de saco e o colo uterino.
- Examinar as lesões localizadas no pênis e a bolsa escrotal (corrimento uretral, verrugas, etc.)

Em caso de crianças, esse procedimento deverá ser feito em ambiente adequado, devidamente equipado com suporte para analgesias e realização de todos os procedimentos padronizados.

Observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, equimoses, cicatrizes,

hiperemia, erosões, assaduras, fissuras anais, interrupções das pregas anais, tônus do esfíncter anal, reflexo anorectal prolongado, atenuação do tecido himenal ou ausência, dilatação himenal (orifício do hímen maior do que seria esperado para a idade).

A cooperação durante o exame é fundamental para se fazer um exame adequado; deve-se explicar à criança e ao adolescente o que está acontecendo, as etapas do exame e favorecê-lo(a) a ter o controle da situação e pedir ajuda.

Alguns médicos realizam o toque retal para avaliar o tônus do esfíncter e colocam o espéculo para melhor visualização; em geral, esse procedimento não deve ser realizado.

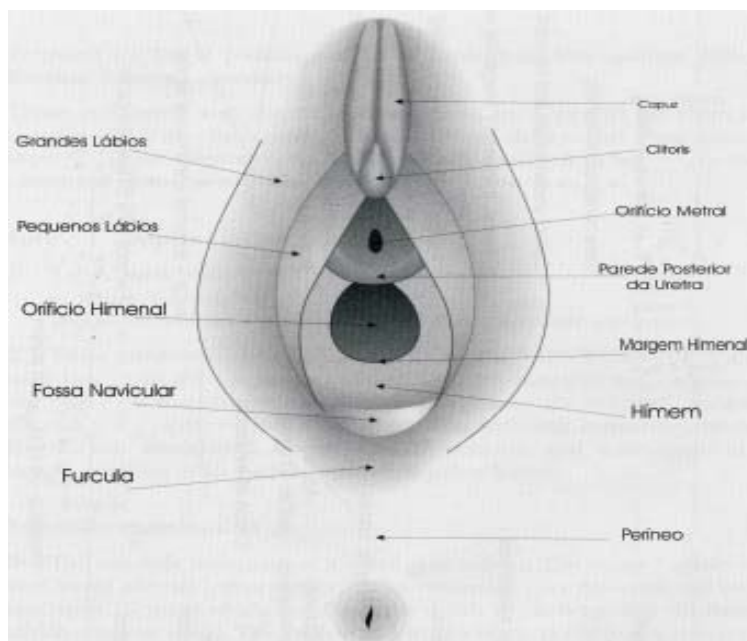


Foto 12 - (Physical signs of sexual abuse in children, UK 1997) - Anatomia e nomenclatura da vulva pré-puberal

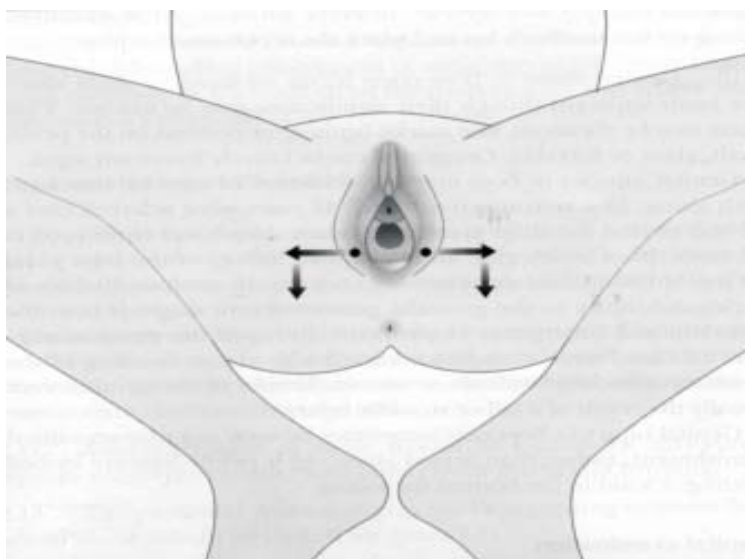


Foto 13 (Physical signs of sexual abuse in children, UK 1997) - Posição para examinar - fazendo delicada tração com o dedo polegar e indicador.



Foto 14 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) Criança de 3 anos no acompanhamento pediátrico com suspeita de abuso sexual. A foto mostra uma pequena laceração à vista na porção distal do pênis. Provável escoriação com unhas.



Foto 15 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - A foto mostra criança de 5 anos que relatou a sua professora dor na região anal e mostrou uma equimose na coxa duas semanas após o relato.



Foto 16 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - A foto mostra criança de 5 anos com sangramento, com diminuição da orla himenal, rotura indo até a parede vaginal posterior, vestibulo e fúrcula.



Foto 17 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 2 anos do sexo feminino. A foto mostra hiperemia, dilatação venosa, relaxamento do esfíncter anal e uma fissura cicatrizada (às 6h do mostrador do relógio).



Foto 18 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 3 anos, sexo feminino. A foto mostra verrugas na região anal. A transmissão não ficou esclarecida (sinal consistente de i n t e r c u r s o intracurral).

Foto 19 (Physical Signs of child abuse - C. Hobbs and J. Wynne Leeds UK, 1999) - Criança de 11 meses. A foto mostra verrugas abundantes na região anal. Posteriormente foi descoberto que os pais tinham verrugas (o modo de transmissão dessas verrugas não foi confirmado).





Foto 20 (IML - Recife) - Criança de 10 anos. A foto mostra criança do sexo feminino, com história de ter sido estuprada há 6 meses na região da mata. Não revelou o fato, e 6 meses após foi descoberta por sua genitora durante o banho.



Foto 21 (IML - Recife) - Criança de 10 anos de idade vítima de agressão.

Outros sinais a serem observados no momento do exame:

- Choro fácil, sem motivo aparente;
- Episódio de ansiedade, medo e pânico;
- Aversão ao contato físico, apatia, avidez afetiva;
- Baixa auto-estima, fadiga;
- Comportamentos regressivos, submissos e auto destrutivos;
- Retardo psicomotor sem etiologia definida, com melhora quando a criança se separa da família (por exemplo, quando hospitalizada);
- Retardo pôn timero-estatural por aporte inadequado, obesidade;
- Excessiva vergonha, ao despir-se;
- Aversão a qualquer atividade de conotação sexual (extrema timidez sexual na adolescência);
- Interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora (hipersexualização);
- Intoxicação por medicamentos, especialmente anti-histamínicos ou sedativos;
- *Síndrome de Münchausen por Procuraão*, na qual o responsável (em geral a mãe) simula, provoca ou causa doenças na criança, para obter um ganho secundário.

6.1.2. Diagnosticar (diagnóstico diferencial)

O diagnóstico da violência contra a criança ou o adolescente, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas e emocionais. É de extrema importância que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo

com suas competências para a construção progressiva do quebra-cabeça.

Quando possível, são úteis as informações, colhidas na comunidade, de uma outra criança que presenciou o evento, de um irmão, de um professor na escola ou creche, amigos e vizinhos.

Quando é necessário fazer o Diagnóstico Diferencial?

Algumas patologias entram no diagnóstico diferencial, quando há suspeita de violência:

- Sífilis congênita;
- Raquitismo, escorbuto, osteogênese imperfeita, doenças ósteo- articulares;
- Hiperostose cortical infantil;
- Doenças dermatológicas (líquen esclero-atrófico, infecções bacterianas);
- Doença de Crohn;
- Tumores (sarcoma de colo intestinal);
- Traumatismo acidental;
- Dano cerebral orgânico / neurológico;
- Transtornos de conduta, psicoses, etc.;
- Infecções crônicas de garganta.

6.1.2.1 Dificuldades no Diagnóstico

O diagnóstico de abuso físico (injúria não acidental) é difícil de ser evidenciado e exige um treinamento emocional. É uma das mais difíceis matérias no trabalho clínico, exigindo tempo, experiência e energia emocional. Estudos afirmam que, quando uma criança, cai de uma mesa, do berço, do carrinho, da cadeira, mesmo numa superfície dura, lesões sérias raramente ocorrem.

O diagnóstico de abuso sexual da mesma forma requer os pré-requisitos acima referenciados; os exames anal e genital devem estar inseridos no contexto do exame clínico, incluindo a pesquisa de outros sinais, no desenvolvimento/crescimento, no comportamento etc. Sabemos que os atos libidinosos diversos da conjunção carnal dificilmente deixam vestígios no corpo da vítima.

A amostra do material colhido deve ser acondicionada em papel filtro previamente identificado, guardado em envelope, depois de seco à temperatura ambiente e anexado ao prontuário. Esse material poderá servir como prova do crime e será encaminhado sob ofício para a guarda no Instituto de Medicina Legal. Caso haja microscópio disponível, deve-se fazer a pesquisa de espermatozóide em lâmina fresca, com solução salina.

6.1.3. Exames Complementares/Apoio Laboratorial

As Unidades de Saúde deverão dispor de equipamentos e materiais permanentes necessários à coleta dos exames.

As Unidades de Referência devem ter acesso à Assistência Laboratorial para a execução dos exames recomendados.

Para investigar Abuso Físico

- Coagulograma completo (diagnóstico diferencial das coagulopatias)
- Raio X completo do esqueleto (menores de 2 anos). Acima dessa idade, geralmente bastam radiografias localizadas
- Tomografia Computadorizada/Ressonância Magnética

Para investigar Abuso Sexual

- Nos casos de abuso, ocorrido com menos de 72 horas, coletar material: pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais nas secreções orgânicas (cavidade oral e região genital) e nas vestes;
- Orientar a vítima a não fazer a higiene pessoal (banho ou lavagem pode anular vestígios/prova) antes do exame;
- Colher material (swab) das secreções oral, vaginal e anal, culturas e pesquisa sorológica para DST/HIV, hepatites, sífilis e tipagem sanguínea, fosfatases e pesquisa de DNA;
- Teste para detecção de gravidez, ultra-sonografia.

Período de Incubação para Doenças Sexualmente Transmitidas e Probabilidade de Abuso Sexual

DOENÇA	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	PROBILIDADE DE ABUSO
Gonorréia	3-4 dias	*** (** Se a criança tem 2 anos)
Clamídia	7-14 dias	** (***) Se a criança for > 3 anos)
Herpes	2-14 dias	**
Trichomonas	1- 4 Semanas	*** Se a criança for > 6 semanas
Verrugas	1 Mês ou Vários meses	*
Vaginose Bacteriana	-----	*
Sífilis	Até 90 dias	*** (Excluir transmissão congênita)
HIV	Maioria soroconvertido antes de 3 meses	* Excluído Infecção Materna
Hepatite B	Até 3 meses	* Excluído Infecção Materna

* Possível

** Provável

***Fortemente Provável

(Fonte: Physical signs of sexual abuse in children, UK 1987)

6.1.4. Coleta de material para Identificação do Agressor

As vestes deverão ser minuciosamente examinadas, com o objetivo de identificar vestígios de sangue, pêlos pubianos, esperma e outros. Vestígios de sêmen no corpo, na área genital devem ser recolhidos com cotonetes umedecidos em soro fisiológico, acondicionados em frascos ou colocados em lâminas devidamente identificadas.

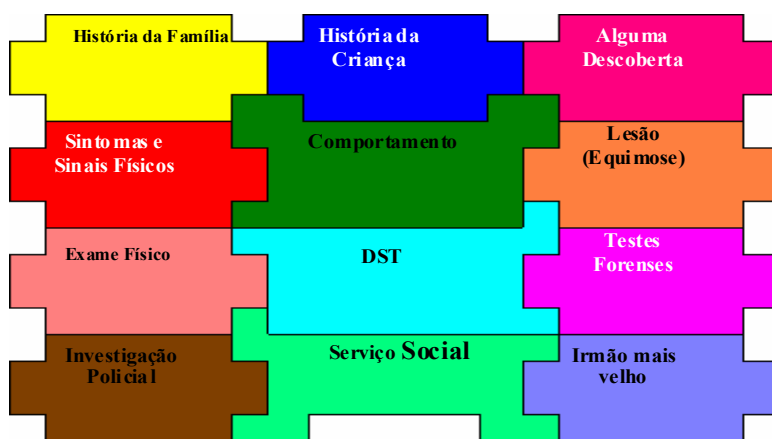
A coleta do material para a pesquisa de espermatozóide deve ser feita com *swab*. Se possível, coletar secreção do fundo do saco vaginal, colocar em lâminas e encaminhar para o laboratório.

6.1.5. Investigar

A investigação deve ser feita com delicadeza, devendo-se evitar julgamento de valor que muito prejudica a interação com o usuário(a) ou acompanhante. É importante que o informante, criança ou adolescente, acompanhante ou visitante, perceba que todas as informações são valiosas para o adequado tratamento da criança e do adolescente vitimizados. As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação de acusação ou censura, embora as intenções de esclarecer a suspeita ou confirmação dos maus-tratos e de proteger a criança de novas agressões devam estar sempre presentes.

A sistematização da investigação deve constar nos impressos utilizados por todos os profissionais. É importante que o máximo de oportunidades sejam criadas para a aquisição de informações acerca da verdadeira causa da ida ao serviço de saúde e ainda sejam investigadas vivências anteriores de violência, episódica e/ou insidiosa (crônica).

A figura do quebra-cabeça abaixo se apresenta como um esquema orientador da equipe acerca das diversas etapas realizadas e oferece, de forma sistemática, um modelo que facilita a equipe multidisciplinar a agrupar os fatos para elaborar o diagnóstico.



(Fonte: Wyne J. Leeds 1999)

É fundamental que o profissional tenha clareza da dificuldade em formular um diagnóstico, devendo, portanto, ir juntando cada peça do quebra-cabeça, sem atropelar as informações, evitando um maior constrangimento para a criança e o adolescente, já tão vitimizados.

6.1.6. Assistir

Do ponto de vista técnico, a assistência à criança e ao adolescente vitimizados não difere da assistência prestada nos casos de acidentes ou patologias. De acordo com o sistema afetado, a criança e o adolescente receberão cuidados dos profissionais especializados. Frequentemente, recomenda-se a centralização da assistência, com o objetivo de reunir as informações

em um só prontuário, a ser preenchido e utilizado por todos os profissionais que participaram do atendimento. Evita-se, assim, o excesso de exposição da criança e do adolescente e de sua família.

Atenção específica deve ser dada aos casos em que houve violência sexual crônica ou que tenha ocorrido há mais de 72 horas. Faz-se necessário planejar a assistência no que diz respeito ao diagnóstico de gravidez, DSTs/AIDS e Hepatite B com o uso de exames complementares o mais breve possível. Adotar as normas técnicas do Ministério da Saúde para tratamento em caso de resultado positivo e em seguida, encaminhar para a equipe multidisciplinar com vistas ao acompanhamento psicossocial e a outros encaminhamentos necessários.

O trabalho junto à família é imprescindível e não deve ser apenas pontual. Essa família deve ser acompanhada durante um período que permita avaliar a possibilidade de retorno da criança à casa ou a outra situação qualquer.

É indispensável um trabalho conjunto com os Conselhos Tutelares, Coordenadoria da Infância e Juventude e outros órgãos de proteção, para que se possa acompanhar com prognóstico. (BRASIL, M.S., 2002)

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados para atuação na assistência tanto no atendimento ambulatorial como nas emergências e nos demais setores, identificando e ajudando as pessoas vitimizadas. Esse acompanhamento deverá ocorrer de forma integrada com as equipes do PSF/PACS e a equipe dos Centros de Referências.

A assistência deve ser **multidisciplinar**, potencializando a ação de cada profissional, ao mesmo tempo que identifica o papel de cada um nas diversas fases do atendimento. Reuniões rotineiras com os membros da equipe para discussões dos casos são necessárias bem como o estabelecimento de um sistema

de referência que possibilitarão atenção digna com qualidade e resolutividade.

6.1.7. Tratar

O tratamento oferecido às vítimas de violência deve levar em consideração o apoio, a orientação e o acompanhamento, visando a uma melhora da qualidade de vida em nível biopsicossocial, ou seja, deve constituir-se em tratamento integral.

A conduta terapêutica medicamentosa segue as normas padronizadas pelo Ministério da Saúde.

- Prevenção de DST, AIDS e Hepatite B para a maioria das DST não virais
- Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST
- Anticoncepção de emergência

QUIMIOPROFILAXIA RECOMENDADA

Realizar a quimioprofilaxia das DST/AIDS com medidas específicas nas primeiras 72 horas.

Para Crianças em casos de DST

Fonte: (Brasil, MS 2001).

Metronidazol – Em gestantes, não se recomenda tratamento quimioprolático, se a gestação não tiver completado o primeiro trimestre. O tratamento da infecção, quando isolada, somente deve ser realizado após esse período. As nutrízes devem suspender a amamentação por 24 horas. Por isso devem ser orientadas quanto à retirada e ao armazenamento prévio do leite, para garantir a nutrição do bebê, enquanto este não puder ser amamentado.

Para Infecção por HIV após Violência Sexual

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada a todas as situações.

Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao tipo e ao grau de risco da agressão bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência, após o ato violento. É necessário um aconselhamento adequado nas diferentes situações, nas quais se pode indicar ou não a profilaxia com anti-retrovirais, visando a uma adesão adequada ao tratamento nos casos em que essa conduta for indicada. Portanto o Ministério da Saúde está elaborando medidas necessárias para se estabelecer um consenso sobre as rotinas a serem implantadas em serviços de saúde, especialmente naqueles credenciados para o atendimento às vítimas de violência.

Esquema Anti-Retroviral

1. Para Crianças e Adolescentes expostos a agressores com sorologia desconhecida ou HIV + virgem de tratamento anti-retroviral.

AZT (Zidovudina) Solução oral: 10mg/ml	120mg/m ² 8/8 horas 28 dias Dose máxima 600mg/dia 3 comprimidos 12/12 horas 28 dias
3TC (Lamivudina) comprimidos de 150mg ou solução oral, 10mg/ml em frasco de 240ml.	4mg por kg 12/12 horas 28 dias Dose máxima de 150 mg 12/12 horas
Indinavir 400mg (cap) ou Ritonavir 100mg (cap) Solução oral: 80mg/ml Fr 240 ml	IDN 500mg/ m² 8/8 horas 28 dias < 0,6 m ² 300 a 400 mg/ m ² 8/8 horas 28 dias RVT 350 a 400mg/ m ² 12/12 horas 28 dias Dose máxima: 600 mg 12/12 horas Iniciar com 200mg/ m ² e 50mg/ m ² 3/3 dias

Fonte: (Brasil, MS 2001).

Cálculo do m^2

$m^2 = \text{peso} \times 4 + 7/90 + \text{peso}$

Prazo para início da quimioprofilaxia: < 72 horas

Tempo de tratamento: 4 semanas

1. Crianças e Adolescentes expostos a agressores com sorologia positiva para HIV + em tratamento anti-retroviral

Esquema individualizado, conforme esquema Arv do agressor (avaliação com especialista).

IMUNOPROFILAXIA PARA HEPATITE B

Vacinação (Engerix B): 1,0 ml em adulto e 0,5ml, em menores de 12 anos, em 3 doses.

- Indicada nos casos em que não se realizou o esquema de vacinação ou foi realizado de forma incompleta;
- A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente, após passados 1 e 6 meses após a primeira.

Administrar 0,5 ml em crianças menores de 12 anos (na região do vasto lateral da coxa), via intramuscular, no esquema de 3 doses. A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente após um e seis meses, depois da primeira. A gravidez e a lactação não são condições que contra-indiquem a vacinação anti-hepatite B.

A duração da eficácia da vacina persiste por longo período, podendo ultrapassar 10 anos. Portanto, indivíduos vacinados que apresentem

sorologia reativa não necessitam de doses de reforço, devendo ser realizada somente pós-exposição, conforme o descrito acima.

- A gravidez e a lactação não são condições que contraindiquem a vacinação anti-hepatite B.

Gamaglobulina hiperimune (HIBG): 0,06ml/kg de peso corporal, IM, dose única.

- Indicada nos casos em que a criança ou adolescente não realizaram o esquema de vacinação ou o realizaram de forma incompleta;
- Se a dose, a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes;
- Aplicar em membro diferente do usado para o esquema de vacinação;
- Maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce da HIBG, até 48 horas após a agressão.

IMUNOPROFILAXIA PARA HEPATITE A

Após exposição ao vírus da Hepatite A (HAV), a forma mais efetiva de prevenção é a imunização. Essa imunização pode ser promovida também de duas formas:

Imunoglobulina – o uso de imunoglobulina, por via intramuscular, na dose de 0,02ml/kg, administrada dentro das 2 semanas posteriores à exposição. Sua eficácia é de 85%, e a proteção tem uma duração de 3 a 6 meses.

A vacina para hepatite A, feita com vírus inativado, é segura, altamente imunogênica e tem uma eficácia de 94% quando administrada em duas doses.

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

Realizá-la em casos de ferimentos perfurocortantes e/ou contato da lesão com a terra.

O tratamento das doenças já instaladas varia de acordo com vários fatores, como por exemplo, idade, peso corporal, estágio de evolução da doença bem como sua gravidade, sendo sua abordagem extensa para um guia de assistência. Sugerimos a consulta de obras específicas no tema em questão.

ANTICONCEPCIONAIS PARA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Realizar a contracepção de emergência em caso de estupro, quando a criança/adolescente já teve sua menarca, e a agressão ocorreu até 72 horas antes do atendimento. Quanto mais precocemente for administrada, maior a proteção.

Fonte: (Brasil, MS 2001)

Início do Uso

- Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a menina estiver grávida, não prescrever contracepção de emergência. Nos casos em que ocorre a gravidez, o uso das pílulas não provoca qualquer efeito adverso ao feto.
- Explicar à menina e ao acompanhante o método, sua eficácia e seus efeitos secundários (náuseas, vômitos, cefaléia, dor abdominal, fadiga etc).
- Aconselhar a menina a não usar a contracepção de emergência como método regular de anticoncepção, por ser menos eficaz que a maioria dos métodos regulares, e os efeitos colaterais são mais freqüentes do que para outro contraceptivo hormonal. (BRASIL, M.S., 2001)
- Explicar que, após tomar as pílulas, a menstruação poderá ocorrer até 10 dias antes ou depois da data esperada, embora em uma porcentagem importante dos casos, a menstruação ocorra na data esperada, com uma variação de 03 dias para mais ou para menos.

Acompanhamento

- Aconselhar a menina e o responsável para retornarem ao serviço, se sua próxima menstruação for bastante diferente do usual, especialmente, se, for escassa e não ocorrer dentro de quatro semanas.

Acompanhamento Psicossocial

Esse atendimento é oferecido nos Centros de Referência de Assistência Integral à Criança e ao Adolescente, por uma equipe multidisciplinar, composta por médico, psicólogo, enfermeiro(a), assistente social, onde seja feito o acolhimento do(a) usuário(a), orientando-se a partir de um prontuário multidisciplinar. **(ver anexo)**

Em um primeiro momento, esse prontuário é preenchido na recepção, por funcionário devidamente

capacitado, e, em seguida, encaminhado para o Serviço Psicossocial e Médico.

A programação terapêutica da Equipe consta de várias atividades, como

- a) grupos de acolhimento com responsáveis;
- b) grupos de acolhimento com crianças e adolescentes;
- c) entrevistas sociais individualizadas com crianças, adolescentes e responsáveis;
- d) grupos de sala de espera, a fim de divulgar junto a eles a proposta do Centro e apresentar temas relativos à criança e ao adolescente;
- e) visitas domiciliares;
- f) grupos de orientação a responsáveis;
- g) dinâmicas de grupo (com usuários na faixa etária de 10 anos a 18 anos incompletos) para as temáticas básicas: identificação, integração, comunicação, grupo; sexualidade; cidadania; projeto de vida;
- h) participação integrada da equipe multiprofissional no acompanhamento da criança e do adolescente e de sua família;
- i) encaminhamento a outros serviços, quando necessário;
- j) articulação com outros setores governamentais e não-governamentais;
- k) participação em reuniões técnicas e administrativas sistemáticas;
- l) estudo de caso semanal com a equipe técnica e uma reunião mensal com a equipe ampliada;
- m) participação em seminários, palestras, encontros, fóruns e cursos.

6.1.8. Proteger

Mesmo dentro da estrutura do serviço de saúde, a criança e o adolescente vitimizado(as) podem não estar protegido(as). Os casos de violência despertam nas pessoas uma curiosidade que é manifestada quase sempre por atitudes invasivas.

Não raro, funcionários de outros setores deslocam-se até o(a) usuário para saciarem sua curiosidade que é inteiramente demonstrada ou mal-disfarçada. Outros usuários ou acompanhantes freqüentemente abordam a vítima com perguntas, obrigando-a ao constrangimento de repetir sua história, piorando seu quadro emocional. Essas atitudes, além de piorarem o trauma, contribuem para estigmatizar a pessoa vitimizada, por exemplo: “aquela que foi estuprada”.

Freqüentemente é o agressor quem leva a criança-vítima ao serviço de saúde para o atendimento e, se não for identificado como agressor, poderá ficar acompanhando a vítima em todo atendimento, dificultando a assistência e agravando o dano emocional já existente. Mesmo identificado, o agressor pode comparecer ao serviço com o objetivo de intimidar a vítima ou cometer novas agressões físicas.

Alguns casos de violência chegam à imprensa. Como sabemos, os meios de comunicação, algumas vezes, tratam os casos de modo espetacular, visando ao aumento da venda de jornais ou revistas e à audiência do rádio e da televisão. Os casos são explorados com o máximo de sensacionalismo, e alguns repórteres abordam a vítima sem respeito ou cuidado com o seu estado emocional.

Cabe ao serviço manter a criança e o adolescente vitimizados, com segurança em relação a novos danos emocionais e/ou físicos. Todos os profissionais que trabalham direta ou indiretamente devem atuar nessa proteção. A primeira proteção é evitar comentar o caso, a menos que seja imprescindível à assistência. A segunda proteção é orientar os familiares para o mesmo cuidado dentro dos serviços, em casa, na vizinhança. Por último, manter vigilância para que não se aproximem da criança e do adolescente pessoas que não estejam envolvidas na sua proteção.

6.1.9. Documentar

Algumas vezes, o sistema judiciário pode solicitar o estudo do prontuário ou a audição de alguns profissionais de saúde que assistem à criança/adolescente. Para que as informações prestadas sejam as mais fidedignas, é necessário que o prontuário seja preenchido de forma completa e coerente. A documentação também irá subsidiar a equipe multidisciplinar na discussão do caso com outras instâncias, envolvidas na proteção, e, também, com as pesquisas científicas dentro de todo o rigor ético e sigiloso.

É importante lembrar que o prontuário é documento do paciente que fica sob os cuidados do serviço de saúde. Não pertence ao centro de referência, hospital ou posto de saúde, muito menos, a qualquer funcionário, seja ele profissional de saúde ou do corpo administrativo.

6.1.10. Notificar

A notificação dos maus tratos à criança e ao adolescente, além de ser um direito de cidadania, é um instrumento de fundamental importância no enfrentamento à violência. Desencadeia ações diversas, como investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessária, uma ação judicial.

Os números obtidos com as notificações ajudam no planejamento de políticas públicas no âmbito da promoção e da assistência à saúde e ainda permitem o desenvolvimento de pesquisas que resultam no conhecimento da dinâmica da violência em família. (GONÇALVES E FERREIRA, 2002)

Apesar de a notificação ser uma determinação legal contida no ECA, a subnotificação é uma realidade não só no Brasil como também em países onde a legislação é bem mais antiga e o sistema de proteção, bem mais aprimorado.

A notificação compulsória de maus tratos à criança e ao adolescente pode ser definida como a informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer órgão ou pessoa, para os serviços de saúde e para o conselho tutelar, com a finalidade de promover os cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus tratos.

O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e os comportamentos violentos no ambiente familiar e por parte de qualquer agressor. (BRASIL, M.S., 2002)

Ao conselho tutelar deve ser enviada notificação que tanto pode ser detalhada como simples, contendo descrição sumária do caso e dados de identificação e endereço da criança ou do adolescente. A notificação à vigilância epidemiológica deve ser parte de um sistema padronizado, codificado e informatizado, viabilizando a leitura e interpretação dos dados colhidos.

A notificação dos maus tratos praticados contra a criança e o adolescente tornou-se obrigatória em lei federal, por meio da Portaria nº 1.968/2001 MS. (BRASIL, M. S., 2002)

Em março de 2002, a Secretaria de Saúde do Recife instituiu a notificação compulsória dos maus tratos à criança e ao adolescente. Também realizou cursos de capacitação para os profissionais da rede de saúde na temática da violência e dos maus tratos, de forma que a norma pudesse ser incorporada por adesão e não apenas como obrigação.

Entretanto, a notificação de maus tratos no Recife é uma experiência recente que está apenas iniciando. Precisa ser assimilada pelos profissionais e ampliada nas unidades de saúde.

O modelo da Ficha de Notificação de Maus Tratos da Criança e do Adolescente e o respectivo Fluxo da Vigilância adotados encontram-se nos anexos deste guia.

6.1.11 Notificação para o Conselho Tutelar

“ O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente ” (ECA,2001).

Quais as atribuições do Conselho Tutelar em caso de violência ?

Sempre que os direitos da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável ou em razão de sua conduta, o Conselho Tutelar aplicará as medidas de proteção.

As medidas de proteção levam em conta as necessidades pedagógicas da criança e do adolescente, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Algumas medidas de proteção são exemplificadas abaixo:

- Encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade;
- Orientação, apoio e acompanhamento temporário;
- Matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- Inclusão em programa comunitário ou oficial, de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoolistas e drogaditos;
- Abrigo em entidade;
- Colocação em família substituta.

O encaminhamento da criança ou adolescente para abrigo deve ser imediatamente comunicado ao poder judiciário; já a colocação em família substituta deve ser precedida de ordem judicial.

A aplicação de uma ou mais medidas de proteção se dá mediante a definição dos conselheiros com o suporte técnico de profissionais de psicologia e serviço social.

6.1.11. Orientar

Ainda não há uma compreensão adequada dos efeitos da violência doméstica sobre a saúde (física e mental) e a adaptação social do indivíduo.

A orientação da vítima e dos familiares deve resultar na compreensão de que

- o que aconteceu foi uma violência com malefícios para a saúde física e mental do(a) vitimizado (a);
- novos episódios não deverão acontecer;
- a criança/adolescente necessita de atendimento multidisciplinar, com o apoio da família;
- a denúncia é importante para fazer cessar a violência e não ser considerada um ato de vingança;
- a orientação deve conduzir a criança/adolescente e família ao conhecimento dos seus direitos e deveres e dos vários serviços de assistência, de proteção e defesa dos direitos existentes na cidade, bem como grupos de auto-ajuda e ajuda mútua;
- o entendimento do fato ocorrido, o apoio prestado pela família e amigos têm um papel relevante na recuperação da saúde integral da criança e do adolescente.

6.1.12. Apoiar/Acompanhar

Não é fácil interromper o ciclo da violência. Quem o faz, não raro, é acusado de dissolver a família e corre risco de ver a si e à vítima excluídos do meio familiar.

Por isso, faz-se necessário apoiar a vítima e sua família

na decisão de revelar, através da denúncia e do próprio relato ao profissional de saúde, a situação de violência em que vive.

A família em situação de violência pode precisar de apoio para adquirir uma nova consciência acerca da criança e do adolescente e das relações familiares. Alguns pais só percebem que, há muito tempo cometem violência, quando o resultado desta é a hospitalização do seu filho. Esta relação de apoio, orientação e esclarecimento aos pais não deve ser substituta da denúncia aos órgãos competentes, o que é, conforme o ECA, dever do profissional de saúde e da instituição.

É bem conflituosa a posição do adulto que assume a defesa e a proteção da criança em situação de violência, quando pode estar denunciando uma pessoa bem conceituada na sociedade e que pode ser também provedor da família. As pressões são fortes e, se não houver apoio dos profissionais envolvidos com a assistência, a criança/adolescente pode perder a proteção logo à saída do serviço de saúde.

A mulher, muitas vezes, assume a defesa de seus filhos que sofreram violência perpetrada pelo pai. É importante ter em mente que frequentemente essa mulher também sofre violência conjugal e pode estar fragilizada. Precisa-se identificar os recursos emocionais da pessoa que assume a defesa e proteção da criança. Não raro o cuidador precisa de um suporte terapêutico para lidar com a situação e com todos os seus desdobramentos.

O profissional de saúde deve estar ciente da importância do seu papel como notificador, e, para tanto, deve ser apoiado pelo serviço no enfrentamento dos possíveis desdobramentos desse processo. Para garantia da continuidade do processo de notificação, faz-se necessário um feed-back para o profissional que notificou.

6.1.13. Encaminhar

A prestação de uma assistência efetiva, que contemple os aspectos individual, institucional e social, dar-se-á, sobretudo, mediante o **estabelecimento de sistemas de referência** entre o setor de saúde e outros setores assistenciais, escola e as áreas jurídicas, de segurança e as organizações da sociedade civil. A criança/adolescente vitimizado(a) freqüentemente necessita de assistência integral.

Os Centros de Referência oferecem um atendimento qualificado, integrado, multidisciplinar e intersetorial, propiciando um atendimento especializado, visando à garantia dos direitos fundamentais, o fortalecimento da sua auto-estima, o restabelecimento do direito à convivência familiar e comunitária.

Esses centros também devem criar as condições necessárias para que crianças e adolescentes, vítimas de maus tratos de suas famílias, possam resgatar e garantir direitos, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação, justiça, segurança, esporte, lazer e cultura, guardando um compromisso ético e político, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. **(ver anexo 03 – fluxograma)**

Quando encaminhar para os serviços especializados?

- Em todos os casos de violência sexual;
- Nas lesões mais graves que necessitem de atendimento especializado (fraturas, rupturas etc).
- Em queimaduras de maior gravidade, trauma ou fraturas cranianas.
- Caso haja suspeita de lesões de órgãos internos.
- Nos estados de stress pós-traumático;
- Em risco de homicídio ou risco de vida;
- Na inexistência de outros recursos para a prevenção de novos episódios (risco de novas agressões);

- Nos casos de maus tratos que necessitem de uma intervenção multidisciplinar, como também o envolvimento de outros níveis do serviço.

A abordagem terapêutica cabível deverá ser feita de forma criteriosa, particularizando cada caso.

O entrosamento dos serviços de saúde com outros órgãos públicos, envolvidos nesta problemática, é de fundamental importância, no sentido de socializar as informações sobre a necessidade do atendimento integral à criança e ao adolescente vitimizados. Também há necessidade da atuação médica imediata nas ocorrências de violência sexual, objetivando uma maior resolutividade e eficácia no atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, S. G. O percurso da violência na História Ocidental: Infância e Saúde. **Horizontes**, Bragança Paulista, v. 17, p.11-79, 1999.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988/ obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. – 29.ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2002. – (Coleção Saraiva de legislação)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de planejamento familiar**: Saúde da mulher. Brasília: 2001.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069/1990. Recife: CEDCA, 2001.

_____. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Brasília: 2002.

_____. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília : 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 8)

_____. Portaria MS/GM Nº. 737 de 16/005/01: Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 maio 2001, n. 96

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de ética médica** [s.l., 1988]. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/>>,. Acesso: 10 out. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Código de ética de psicologia**. [s.l., 1987]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/> .acesso: 10 fev. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFSS. **Código de ética de serviço social**. [Brasília, 1993]. Disponível em: <<http://www.cfss.org.br/>>. Acesso: 10 fev. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. **Código de ética**. Recife: [1999].

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Protocolo de implantação da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. Curitiba : 2000. (Mimeo)

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas na emergência: prevenção numa hora dessas? **Revista Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DIRETORIA EXECUTIVA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE – DPCA. Disponível em <http://www.dpca.cjb.net/> acesso em 17/02/2003

DIRETORIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Perfil de Mortalidade por causas externas em residentes no Recife – 1991 – 2002 – DIEVS – SEC – Saúde do Recife-2002.

FINKLHOR, D. The Main problem is still underreporting, not overreporting. In: GELLES, R. J. ; LOEKE, D. R. (org.). Current controverswies on family violence. [s.l. : s.n.], 1993. P. 273-87.

GELLES, R. J.; LOEKE, D. R. (Orgs). **Current controversies on family violence.** [s.l. : s.d.], 1993. p. 273-287.

GENEVAT, R; DEL REY, R.; ORTEGA R. Etiquetas Verbales en el Vocabulares de docentes, padres y madres para nominar el feno meno bullying. **Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado.** Sevilla, v.5, n.4, 2002]. Disponível em: <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n4.asp>. Acesso em: — —

GARBARINO, J. GUTTMAN E, SEELEY J. W. 1988 The psycologically battered child. Jossey-Bass, San Francisco.

GONÇALVES, E. FERREIRA, H. S. A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra criança e adolescente por profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18., n.1, p.—, jan/fev 2002.

HOBBS, C.J. ; WYNNE, J.M. The examination of the genitalia of the infant and child – normal and abnormal: child abuse. **Currents Paediatrics**, [s.l.], v.5, p. 236-42, 1995.

_____. **Physical Signs of Child Abuse.** [s.l.] : Saunders 1995.

HOBBS, C. J.; HANKS, H. ; WYNNE, J. M. **Child abuse and neglect**: a clinicians. Livingstone : Handbook Churchill, 1990.

HOBBS, C. J. Infanticide and the battered baby. **Child Protection Serials**, [sl.], n.1, p.116-22, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Criança e Adolescente**: indicadores sociais, v.6. Rio de Janeiro : IBGE, 1997.

MINAYO, M. C. S. ; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexão partindo do campo de saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. H, n. 1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. O impacto da violência social sobre a saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, sup 1, 1994.

. **Violência contra crianças e adolescentes**: questão social - questão de saúde. [Rio de Janeiro : s.n., 2002]

MONTEIRO FILHO, Lauro ; ABREU, Vânia Izzo de (Coord.). **Abuso Sexual**: mitos e realidades. 2. ed. Petrópolis : Autores & agentes & associados, 1997.

NATAL. Secretaria do Estado da Saúde Pública. **Protocolo estadual de atendimento às pessoas em situação de violência**: orientação para a prática em serviço. Natal :

2002.

PINTO, Antonio Luiz de Toledo ; WINDT, Mônica Cristina Vaz dos Santos ; SIQUEIRA, Luiz Eduardo Alves. **Código Penal**. 39. ed. São Paulo : Saraiva, 2001.

Royal College of Physicians of London. Physical Signs of Sexual Abuse in Children. Second Edition. 1997- London.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

TAVARES, M. A. O trabalho infantil e as múltiplas faces da violência in SILVA, L.M.P. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: Edupe, 2002.

SOUZA, E. R. Homicídio no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, sup. 10, p. 45-60, 1994 .

Suplementos.

SOUZA, E. R.; MINAYO M. C. S. **Impacto**. [s.n.t.]

ONDE ENCONTRAR AJUDA

Unidade de Saúde da Família - Procure a mais próxima
Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima (24 h)
Av. Norte, 6465 - Casa Amarela - Recife - PE - DS III
Fone: 3441-5257

Maternidade Bandeira Filho (24 h)
Rua Londrina s/n- Afogados - Recife - PE - DS V
Fone: 3428-5026

Policlínica Arnaldo Marques (24 h)
Av. Dois Rios, s/n - Ibura de baixo - Recife - PE DS VI
Fone: 3339-5005/5879

Policlínica Amaury Coutinho (24 h)
Rua Iguatu s/n, Campina do Barreto - Recife - PE - DS II
Fone: 3441-7377/3444-3544

Centros Especializados de Saúde do Recife Criança e Adolescente:

Professor Nelson Chaves - Rua Ramiz Galvão, 397 - Arruda
- Recife - PE - Fone : 3444-9664

Policlínica Lessa de Andrade, Estrada dos Remédios, 2416 -
Madalena - Recife - PE - Fone: 3446-2839

Gouveia de Barros

Pátio da Santa Cruz, s/n - Boa Vista - Recife - PE
Fones: 3423-3637/3423-3289

Agamenon Magalhães - Praça da Paz, s/n
Afogados-Recife- PE Fones: 3428-7888/3428-6581

DISQUE-SAÚDE: 1520

NÚCLEOS DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA MUNICIPAL

1. Rua 11 de Agosto, s/n - Bidu Krause, Totó - Recife - PE
Fone : 3252-5754

2. Av. Beberibe, 3764 - Beberibe - Recife - PE
Fone: 3241-1682

3. Av. Caxangá , 2678 - Caxangá - Recife - PE
Fone: 3226-1443/3226-2047

4. Av. Dois Rios, 1178 - Ibura - Recife - PE

Fone: 3339-3975

5. Av. Herculando Bandeira, 587 - Pina - Recife - PE

Fone: 3463-1399/9657

6. Cais do Apolo, 925 - Térreo - Recife - PE

Fone: 3425-8270

CONSELHOS TUTELARES

RPA 1 – Rua Fernandes Vieira, 405

Boa Vista - Recife - PE

Fone: 3421-3380

RPA 2 - Rua Inácio Galvão dos Santos, 309

Encruzilhada - Recife - PE

Fones: 3242-7184/3241-0237

RPA 3 - Rua Conselheiro Pereti, 218

Casa Amarela - Recife - PE

Fone: 3267-2419

RPA 4 - Rua João Francisco Lisboa , 555

Várzea - Recife - PE Fone: 3227-2771

RPA 5 - Rua Osório Borba, 83

Jardim São Paulo - Recife - PE

Fone: 3455-2295

RPA 6 - Rua Paulo Setúbal, 46

Pina-Recife - PE

Fone: 3327-2400

Plantão Central (RPA1)

Rua Fernandes Vieira, 405 - Boa Vista – Recife – PE

Fone: 3421-3380

DPCA: Rua Benfica, 1008 – Madalena - Recife - PE -

Fones: 3303.8074 (Portaria)

3303.8080 (Disk-Denúncia)

COMDICA: Conselho Municipal do Direito da Criança-Recife-
PE

Fones: 3226.1876

ANEXOS

ANEXO 1

13 DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO



1 Direito a proteção a vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.



2 Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.



3 Direito a não ser separado de sua mãe, ou, no caso, a receber alojamento no mesmo ambiente sem restrições. A ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.



4 Direito a ter conhecimento adequado da sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico e suas fases cognitivas, além de receber suporte psicológico, quando se fizer necessário.



5 Direito de destruir de alguma forma de inscrição, prontuário de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.



6 Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.



7 Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.



8 Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.



9 Direito a não sentir dor, quando existir, e a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.



10 Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação e seus efeitos, física, sexual, psicológica e negligência.



11 Direito a preservação de sua imagem, identidade, cotidiano de valores, dos espaços e objetos pessoais. A não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, respeitando-se a ética.



12 Direito a confidencialidade de seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento das mesmas arquivadas na instituição, pelo prazo estipulado por lei.



13 Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.



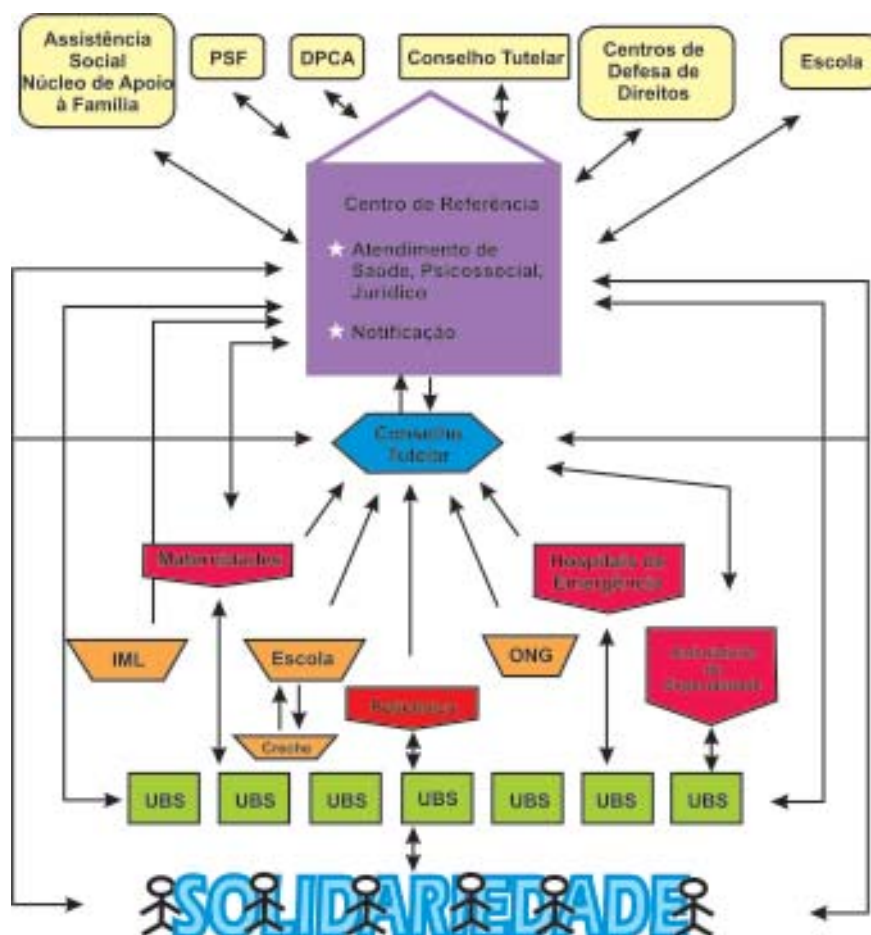
Prefeitura do Recife
agir por uma vida melhor



SUS
Secretaria de Saúde do Recife

ANEXO 2

Fluxograma para o Atendimento da Criança e do Adolescente em Situação de Violência



ANEXO 3



Secretaria de Saúde
Secretaria de Política da Assistência Social
Secretaria de Assuntos Jurídicos
Secretaria de Educação

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Crianças e adolescentes de até 18 anos incompletos e portadores de deficiência até 21 anos incompletos)

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Nº DA NOTIFICAÇÃO:	DATA NOTIFICAÇÃO (an/mes/dia):	MUNICÍPIO RECIFE
UNIDADE DE SAÚDE:		
ENDEREÇO:		UF/RG:
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO (Nome e Categoria Profissional):		

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO DO CASO

NOME:		REGISTRO NA UNIDADE:	
DATA DO NASC.: / /	IDADE: () Anos, () Meses, () Anos	SEXO:	M (Masculino), F (Feminino)
		RACA:	1 (Branco), 2 (Pardo), 3 (Preto), 4 (Indígena), 5 (Não sabe)
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:	
RESPONSÁVEL LEGAL:		GRAU DE RELACIONAMENTO:	
ACOMPANHANTE:		GRAU DE RELACIONAMENTO:	
ENDEREÇO - Logradouro:		Nº:	Bairro:
Distrito Sanitário:		Município:	Fone:
Ponto de Referência:			
Nº DO CARTÃO SUS:			

RELATO DO CASO

DATA EM QUE TIVERAM INÍCIO OS MAUS TRATOS: / / (Dia / Mês / Ano)						
AGRESSOR	CLASSIFICAÇÃO DOS MAUS TRATOS (CID-10-CM)					
	Negligência e abandono (T74.0)	Serviços físicos (abusos físicos) (T74.1)	Abuso sexual (T74.2)	Abuso psicológico (T74.3)	Outros sintomas especificados de maus tratos (T74.4)	Sintomas não especificados de maus tratos (T74.9)
Mãe						
Pai						
Família						
Outro (especificar):						
Descrição sumária do ocorrido e do atendimento:						
EM CASO DE ABUSO SEXUAL ESPECIFICAR:						
☐ ESTUPRO ☐ ATENTADO VIOLENTO AO FUDOR ☐ SEDUÇÃO ☐ TOQUE IMPÍDICO ☐ PERCUNHAS/ATAJAS ☐ OUTROS						

CONDIÇÃO

☐ ENCAMINHADO AO CONSELHO TUTELAR
☐ ENCAMINHADO AO CENTRO DE REFERÊNCIA
☐ ENCAMINHADO PARA OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE, QUAL? _____
☐ ENCAMINHADO PARA DP/CA
☐ OUTRA QUAL? _____

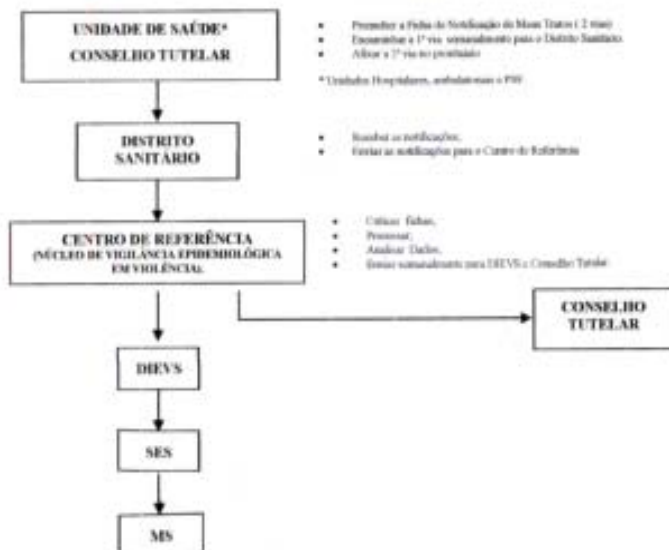
RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO: _____ DATA: / /

1. NOTIFICAÇÃO

De acordo com a Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001, do Ministério da Saúde e com o Estatuto da Criança e do Adolescente, nos seus artigos 13 e 243: A notificação e maus tratos contra crianças e adolescentes é uma obrigação do profissional de saúde.

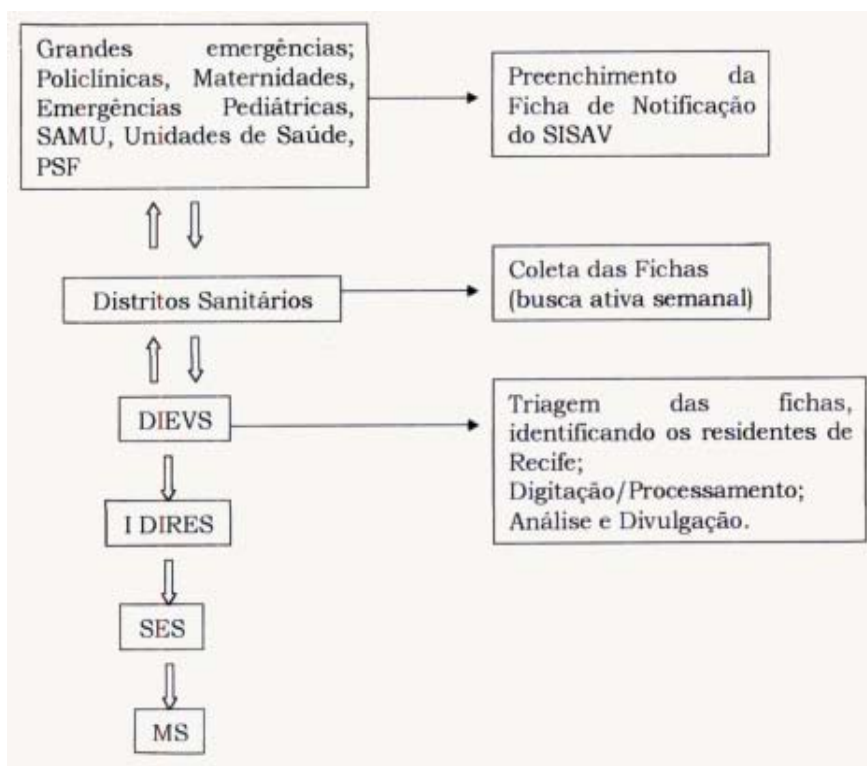
Notificar é cuidar, é promover saúde, é cidadania. Mais que uma lei a ser cumprida, é um dever.

2. FLUXO



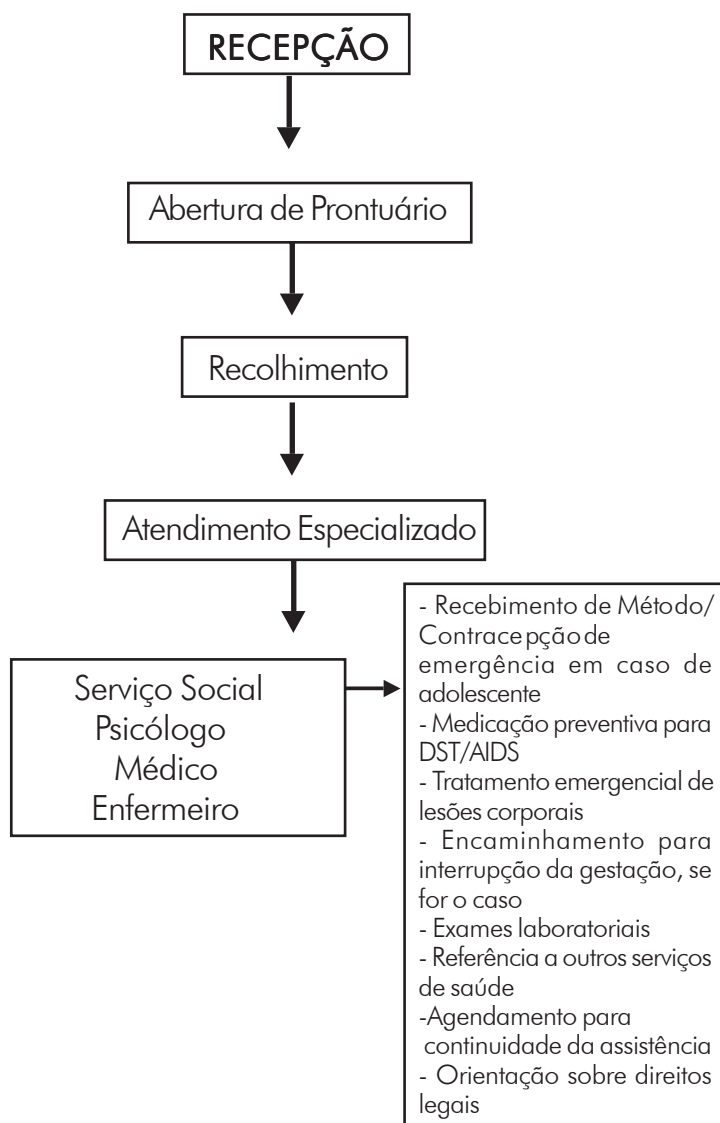
ANEXO 4

Fluxo de encaminhamento da Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violência (1ª Etapa)



ANEXO 5

FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO A PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE





Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

Diretoria Geral de Atenção

ANEXO 6



PRONTUÁRIO - Multidisciplinar do Programa de Assistência Integral à Criança e ao Adolescente

RECEPÇÃO N° do registro _____

Nome da Unidade _____

Data e hora do Atendimento: ____/____/____ : ____h Sexo: ☐ M ☐ F

Nome _____ Data de Nasc. ____/____/____

Endereço de Residência _____

Bairro _____ Município _____

CEP _____ Tel _____

Ponto de Referência _____

Escola/Creche _____ Tel: _____

Procura da Unidade: ☐ Espontânea ☐ Encaminhada por ☐ PSF

Qual? _____

☐ Unidade de Saúde. Qual? _____

☐ Escola. Qual? _____

☐ ONG. Qual? _____

☐ Conselho Tutelar. Qual? _____

Profissional que procedeu à conduta _____

Permissão deve ser concedida dos pais ou responsáveis pela criança/adolescente e da própria criança/adolescente quando apropriado. Consentimento verbal é normalmente suficiente.

CONSENTIMENTO ESCRITO (se requerido)

Eu dou permissão para exame médico para avaliação de possível abuso infantil e para qualquer forma de tratamento de injúrias. Eu entendo que a busca por estas evidências pode incluir fotografias das injúrias, e estas fotografias podem incluir fotos da área genital e/ou anal. Em caso de o médico achar apropriado, a informação contida neste formulário pode ser repassada para o Serviço Social, à Polícia ou a qualquer outra agência de proteção à criança com interesses genuínos.

Assinatura do(a) responsável: _____

Data: ____/____/____

Médico informante: _____ Data: ____/____/____

ATENDIMENTO SOCIAL**CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR**

Nome do Responsável: _____		Ponto de Referência: _____	
Endereço: _____	Idade: _____	Religião: _____	Estado Civil: _____
Local de Trabalho: _____		Ocupação: _____	
Grupo étnico: ☐ Branco ☐ Negro ☐ Indígena ☐ Asiático			
Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ União Consensual ☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a)			

Nome da ☐ Mãe / ☐ Madrasta / ☐ Companheira: _____		Ponto de Referência: _____	
Endereço: _____	Idade: _____	Religião: _____	Estado Civil: _____
Local de Trabalho: _____		Ocupação: _____	
Grupo étnico: ☐ Branco ☐ Negro ☐ Indígena ☐ Asiático			
Estado Civil: ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Separada ☐ União Consensual ☐ Solteira ☐ Viúva			

Pai/Padrasto/ Companheiro: _____		Ponto de Referência: _____	
Endereço: _____	Idade: _____	Religião: _____	Estado Civil: _____
Local de Trabalho: _____		Ocupação: _____	
Grupo étnico: ☐ Branco ☐ Negro ☐ Indígena ☐ Asiático			
Estado Civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ União Consensual ☐ Solteiro ☐ Viúvo			

OUTROS ADULTOS DE REFERÊNCIA PARA CRIANÇA:			
1. Nome: _____	Idade: _____	Grau de parentesco: _____	
2. Nome: _____	Idade: _____	Grau de parentesco: _____	

Motivo da atual consulta : _____

SITUAÇÃO DOS MEMBROS DA CASA

Nome	Idade	Ordem de Nascimento/Filhos	Grau de Parentesco*	Estado/Série	Onde Vive/Comentários

* Relação com a criança

HISTÓRIA SOCIAL DA FAMÍLIA (incluindo desordens psíquicas)

Situação Habitacional: ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Invasão ☐ Financiada
☐ N.º de Cômodos ☐ Outros: _____

Casa/Habituação/Tipo de Material predominante: ☐ Taipa ☐ Alvenaria ☐ Papelão
☐ Adobe ☐ Madeira ☐ Outros: _____

Abastecimento de água: ☐ Rede Pública ☐ Poço/Nascente ☐ Outros: _____
--

Tratamento de água: ☐ Filtrada ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ S/ Tratamento ☐ Outros: _____
--

Iluminação: ☐ Relógio Próprio ☐ S/ Relógio ☐ Relógio Comunitário ☐ Lampião ☐ Outros: _____

Escoamento Sanitário: ☐ Rede Pública ☐ Fossa Rudimentar ☐ Fossa Séptica ☐ Céu Aberto ☐ Outros: _____

Destino do Lixo: ☐ Coletado ☐ Queimado ☐ Enterrado ☐ Céu aberto ☐ Outros: _____
--

Bichos de estimação: _____

Uso de drogas por algum membro da família: ☐ Cola ☐ Maconha ☐ Outros: _____
Uso de álcool por algum membro da família: Sim ☐ Não ☐

Tabagismo por algum membro da família: Sim ☐ Não ☐

Saúde Materna: _____

Saúde Paterna: _____

Violência Doméstica: _____

HISTÓRIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

ESCOLARIDADE

Estuda: ☐ Local: _____ Série: _____ Turno: _____
Não estuda: ☐ Abandono Por quê? _____
Repetições: ☐ Não ☐ Sim n° _____ Quando: _____ Por que? _____
Profissionalizante: _____
Aspirações: _____

ATIVIDADES PROFISSIONAIS

Trabalha: _____ Ocupação: _____
Remuneração: _____ Horário: _____
Idade que começou a trabalhar: _____
Situação com a Previdência: _____
Situação Profissional da Família: _____
Renda Familiar: _____
N° de pessoas do núcleo familiar: _____

LAZER

Participação em grupos: ☐ Comunitário: _____ ☐ Lazer: _____
☐ Religioso: _____ ☐ Escolar: _____ ☐ Outros: _____
Atividades de lazer que gosta: _____
Conduta dos pais com relação ao lazer: _____

CONTEXTO / RELACIONAMENTO FAMILIAR

RISCOS AMBIENTAIS

EXPOSIÇÃO A TÓXICOS

☐ Inseticidas Domésticos ☐ Poluentes Industriais ☐ Fumaça ☐ Esgoto / Fossas ☐ Outros/Quais? _____

VIOLENCIA NA COMUNIDADE: _____

ACIDENTES POSSÍVEIS : _____

EXPOSIÇÃO A (ROEDORES, RÉPTEIS, PECONHENTOS E OUTROS ANIMAIS : Sim ☐ Não ☐ Especifique _____

CONDUTA DURANTE ENTREVISTA

Responsável:

Criança:

EM RELAÇÃO AO CASO

Conduta do Responsável:

PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL

ENCAMINHAMENTOS

Assistente Social: _____ Data: ____/____/____

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

História Contada

Pela Criança – (use as próprias palavras das crianças) :

Pelo Acompanhante:

Conduta durante a entrevista

Criança/Adolescente:

Acompanhante:

História:

	Pessoas presentes	Relação com a Criança	Ocupação
1.			
2.			
3.			

Árvore Genealógica:

--

Em caso de criança adotada (Detalhe os Membros da Família Adotiva):

História recente :

Histórico das dificuldades relatadas :

Dinâmica familiar:

Relacionamento social:

Saúde:

Parto: _____
Pós-Parto: _____
Doenças de Infância: _____
Desenvolvimento Psicomotor: _____
Desenvolvimento da Linguagem: _____
Sono: _____
Alimentação: _____
Manipulação, Tiques, Hábitos: _____
Controle Esfincteriano: _____
Sexualidade: _____
Doenças: _____
Constelação Afetiva: _____
Acidentes: _____
Atendimento psicológico anterior: _____

Vida escolar e profissional**Escolar:**

Profissional:

Esta criança ou filho já esteve em algum momento registrado em Conselho Tutelar, Juizado da Criança? ☐ SIM ☐ NÃO

Se **Sim**, por favor descreva os detalhes.

Suicídio

Pensamento

☐ SIM ☐ NÃOAção ☐ SIM ☐ NÃO

Quando? _____ Nº de vezes: _____
Métodos Utilizados: _____
Motivos: _____

Fuga de Casa

Pensamento

☐ SIM ☐ NÃOAção ☐ SIM ☐ NÃO

Quando? _____ Nº de vezes: _____
Métodos Utilizados: _____
Motivos: _____

Distúrbio do Comportamento: ☐ SIM ☐ NÃO Especifique: _____

Distúrbio do Comportamento: ☐ SIM ☐ NÃO Especifique: _____

Aspectos significativos da entrevista

Parecer diagnóstico

Orientação terapêutica

Plano terapêutico

ENCAMINHAMENTOS

Nome da pessoa que relatou a história _____
Relação com a criança _____

Psicólogo(a): _____ Data: ____/____/____

ATENDIMENTO MÉDICO

História Perinatal

Peso ao nascer: _____ Kg Gestação / Idade Gestacional: ☐ pré-termo ☐ termo ☐ pós-termo

Local de Nascimento: _____

Tipo de parto: _____ Saúde Neonatal: _____

Alimentação Materna: Sim ☐ Quanto tempo? _____ Não ☐

Vacinas: ☐ Atualizadas ☐ Não vacinadas ☐ Atrasadas.

Se atrasada, quais e por que?: _____

História Progressiva (morbidades, internamentos, história de abuso, envolvimento com Serviço Social, Conselho Tutelar),

História Desenvolvidor

História Sexual

Idade da 1ª menstruação: ____/____/____ Data da Última Menstruação (DUM): ____/____/____

Uso de tampões: ☐ Sim ☐ Não Idade da 1ª relação: _____

Sexo Consensual: _____

Hábitos

Banho de Rô	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Fumo	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Alcool	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Tics	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Drogas	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Sucção de dedos	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Onicofagia	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Tricotilomania	Sim ()	Não ()	Frequência:	
Outras	Sim ()	Não ()	Quais?	

Comportamento

COMPORTAMENTO	Normal	Mínimo Déficit	Problema Significante	Comentários
Deprimido	()	()	()	
Mentiroso	()	()	()	
Perturbador	()	()	()	
Comportamento Sexualizado	()	()	()	
Problemas Escolares	()	()	()	
Enurese	()	()	()	
Ecoprese	()	()	()	
Agressivo	()	()	()	
Evasivo	()	()	()	
Faminto	()	()	()	
Problemas alimentares	()	()	()	
Auto-injuriado	()	()	()	
Problemas de sono	()	()	()	
Outros	()	()	()	

Sintomas descritos pelo paciente ou historiador (informante)

SINTOMAS FÍSICOS	Descritos pelo Paciente		Descrito pelo Historiador		Comentários
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Dor abdominal ou pélvica	()	()	()	()	
Dor de cabeça	()	()	()	()	
Dor vaginal	()	()	()	()	
Desconforto ou coceira vulvar	()	()	()	()	
Infecções do trato urinário	()	()	()	()	
Sangramento vaginal	()	()	()	()	
Corrimento vaginal	()	()	()	()	
Dor retal/ânus dolorido	()	()	()	()	
Sangramento ou corrimento retal	()	()	()	()	
Constipação	()	()	()	()	
Secreção do pênis ou pênis dolorido	()	()	()	()	
Informação Adicional:					

EXAME FÍSICO (de preferência não examinar sozinho, a não ser que esteja treinado)

- É geralmente recomendado o uso de exame físico geral, incluindo o do crescimento e do desenvolvimento.
- Observar os sinais de negligência.
- Observação no comportamento, maneiras e estado emocional.
- Anotar tamanho, aparência de qualquer lesão: nódulos, edema, vermelhidão.
- Desenhe todas as lesões nos gráficos do corpo.
- Examine a genitália e o ânus rotineiramente, a não ser que seja contra-indicado ou não tenha adquirido a permissão.
- Colher material para cultura das DST, quando indicados.
- Considerar exame médico-legal, quando o incidente ocorrer com menos de uma semana.

CONDIÇÕES GERAIS

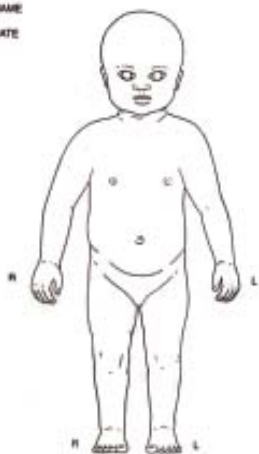
Roupas	() Satisfatória	() Insatisfatória
Limpeza	() Satisfatória	() Insatisfatória
Unhas/Cabelos	() satisfatória	() Insatisfatória
Assaduras de fraldas	() Satisfatória	() Insatisfatória
Dentes	() Satisfatória	() Insatisfatória

DESCREVER O ESTADO EMOCIONAL/ATITUDE

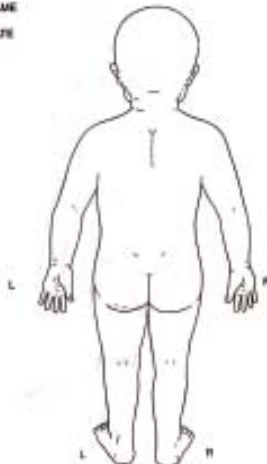
CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO

Peso _____ kg Altura _____ Circunferência da Cabeça _____
Peso/Alt(percentual) _____ Altura dos pais _____
Estado geral _____ Boca/Dente _____ Aparelho Respiratório _____
Aparelho cardiovascular _____ Aparelho Respiratório _____
Coluna: Com alteração () Sem alteração ()
Neurológico: Com alteração () Sem alteração ()

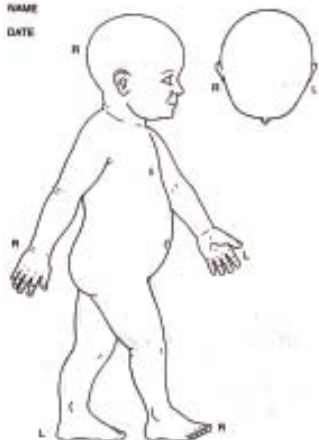
NAME
DATE



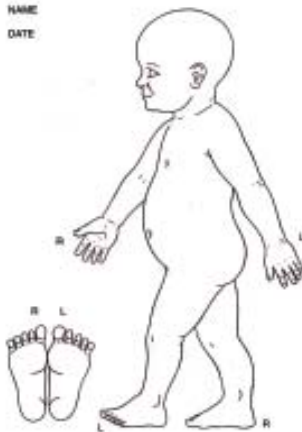
NAME
DATE



NAME
DATE



NAME
DATE



EXAME FÍSICO / GENITAL MENINAS

Estágio de Tanner

Mama: ①, ②, ③, ④, ⑤

Pêlos Púbicos: ①, ②, ③, ④, ⑤

Genitais: ①, ②, ③, ④, ⑤

POSIÇÃO DO EXAME:

☐ Em pé ☐ Ginecológico ☐ Lateral Esquerdo ☐ Normal ☐ Anormal

ACHADOS DA GENITÁLIA

☐ Normal ☐ Anormal

Se **anormal**:

	SIM	NÃO	DESCRIÇÃO
<i>Avermelhado</i>	()	()	
<i>Abrasão local</i>	()	()	
<i>Equimose</i>	()	()	
<i>Lacerado</i>	()	()	
<i>Fusão labial</i>	()	()	
<i>Corrimento</i>			
<i>Abertura do Hymen</i>	() Visualizado	() Não visualizado	
<i>Método de Exame</i>	() Separação	() Tração	
<i>Diâmetro Horizontal (transp.)</i>	_____ mm Vertical (AP) _____ mm		
<i>Secreção Hymenal / Irregularidade</i>	() Sim	() Não	<u>Descrição:</u>
<i>Bordas Hymenal</i>	() Normal	() Anormal	<u>Descrição:</u>
<i>Atenuação:</i>			
<i>Fossa navicular</i>	() Normal	() Anormal	<u>Descrição:</u>
<i>Vagina</i>	() Normal	() Anormal	<u>Descrição:</u>

Nome

n.º

Desenhe a forma do hymen, ânus e as lesões encontradas na genitália, perineo e região glútea.



EXAME FÍSICO (Pergunte se existe área dolorosa quando o prepúcio é retraído)

MENINOS

Estágio Tanner: _____

Genitais: ①, ②, ③, ④, ⑤

Pêlos Pubianos: ①, ②, ③, ④, ⑤

Pênis: _____ Circuncidado: ☐ SIM ☐ NÃO

Descrição de Anormalidades: _____

Trauma / Equimose: _____

DESENHO



Desenhe a forma do ânus e as lesões encontradas na genitália, perineo e região glútea.

Posição de Exame:

☐ Esquerdo Lateral☐ Joelhos☐ Outros

Normal ()

Anormal ()

	SIM	NÃO	DESCRIÇÃO
Avermelhado	()	()	
Equimose	()	()	
Mudança na pele	()	()	
Prolapso de Mucosa	()	()	
Congestão venosa	()	()	
Aberto / dilatado	()	()	
Fissuras / Laceração	()	()	N.º ☐ Superficial ☐ profundo ☐ Extenso
Cicatrizes	()	()	N.º ☐ Superficial ☐ profundo ☐ Extenso
Verrugas	()	()	N.º ☐ Superficial ☐ profundo ☐ Extenso
Outros	()	()	N.º ☐ Superficial ☐ profundo ☐ Extenso

INVESTIGAÇÕES**Lâminas: Colhidas**

	GENITAL	ANAL	ORAL	DATA	RESULTADO
Pesquisa de Esperma	()	()	()	___/___/___	
Trichomonas	()	()	()	___/___/___	
Chlamydia PCR	()	()	()	___/___/___	
Cultura Gonorréica	()	()	()	___/___/___	
Outros	()	()	()	___/___/___	

Outras Investigações :

	SIM	NÃO	DATA	RESULTADO
Hemograma, Plaquetas.	()	()	___/___/___	
Rastreamento de roupas	()	()	___/___/___	
Estudos futuros das roupas	()	()	___/___/___	
Raio X	()	()	___/___/___	
Ultra-sonografia	()	()	___/___/___	
DNA	()	()	___/___/___	
Outros (HIV)				

Parecer diagnóstico**Plano de investigação****Plano de tratamento****Referida para****Revisão:** ☐ SIM ☐ NÃO___/___/___
Data da Revisão

Médico(a): _____ Data: ___/___/___

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CONSULTA PRINCIPAL		ACOMPANHANTE			ESTADO CIVIL	
Data: ____/____/____		Sozinho ☐	Mãe ☐	Pai ☐	Solteiro ☐	
Idade: anos meses		Companheiro ☐	Amigo(a) ☐	Parente ☐	União estável ☐	
		Outros: _____			Separado ☐	
MOTIVOS DA CONSULTA SEGUNDO ENCAMINHAMENTO				MOTIVO DA CONSULTA SEGUNDO ACOMPANHANTE		
1. _____				1. _____		
2. _____				2. _____		
3. _____				3. _____		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES						
PRÉ-NATAL						
Acompanhamento da gravidez: Sim ☐ Não ☐ Acompanhamento Médico: Sim ☐ Não ☐						
Intercorrências: Sim ☐ Não ☐ Quais? _____						
NATAL						
Tempo de gestação: _____ meses Tipo de parto: Espontâneo ☐ Fórceps ☐ Cessário ☐						
Choro: Imediato ☐ Tardio ☐ Peso ao nascer: < 2.500g ☐ Entre 2.500 g e 3.750 g ☐ > 3.750 g ☐						
NEONATAL						
Espontâneo ☐ Icterícia ☐ Infecções ☐ Convulsões ☐						
Dispneia ☐ Outros ☐ Quais? _____						
ALIMENTAÇÃO						
Intolerância Alimentar: Sim ☐ Não ☐ Quais? _____						
IMUNIZAÇÕES						
TIPO DE VACINA	OBSERVAÇÕES	SIM (DOSES)		NÃO		
B.C.G.						
SABIN Antipólio						
D.P.T.						
Antisarampo						
M.M.R.						
D.T.						
d.T.						
T.T.						
Rubéola						
Caxumba						
Hepatite						
Outras						

DOENÇAS ANTERIORES							
Coqueluche	☐	Sarampo	☐	Caxumba	☐	Varicela	☐
Tuberculose	☐	Rubéola	☐	Otitis Recorrente	☐	Asma	☐
Amigdalite Recorrente	☐	Anemia	☐	F. Reumat.	☐		
Gastroenterite / Diarréia.	☐	Urticária	☐	Convulsão	☐		
TRATAMENTOS ANTERIORES							
Internações	☐	Cirurgias	☐	Tipo: _____			
Transfusões	☐	Quantas:	_____				
Tratamento Neuropsiquiátrico	☐	Tipo: _____					
Tratamento Atual:	☐	Tipo: _____					
CONTÁGIOS ATUAIS							
Tuberculose	☐	Hanseníase	☐	Escabiose	☐	Vírose	☐
Hepatite	☐	D.S.T.	☐				
Outros	☐	Quais? _____					

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO							
Sempre foi considerado	gordo	☐	Magro	☐	Peso Normal	☐	
	alto	☐	baixo	☐	Altura normal	☐	
	esperto	☐	lento	☐		☐	
Auto-percepção							
Considera-se:							
Em relação à idade:	Criança	☐	Adolescente	☐	Adulto	☐	
Em relação ao peso:	Gordo	☐	Magro	☐	Adequado	☐	
Em relação à altura:	Alto	☐	Baixo	☐	Adequado	☐	
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR							
Idade em que: Andou _____ meses				Falou as primeiras palavras _____ meses			
Deixou a chupeta _____ meses				Deixou de mamar _____ meses			
Enurese: Sim ☐ Não ☐							

SEXUALIDADE										
Ocorrência de :		SIM	NÃO	IDADE		SIM	NÃO	IDADE		
	Telarca	☐	☐		Menarca	☐	☐			
	Burbarca	☐	☐		Espemarca	☐	☐			
	Masturbação	☐	☐		Namoro	☐	☐			
	Relações Sexuais	☐	☐			☐	☐			
Relações Sexuais	Hetero	☐	Homo	☐	Bissexual	☐				
Companheiro	Único	☐	Vários	☐	Nenhum	☐				
Fonte de informação	Pai / Mãe	☐	Amigos	☐	Escola	☐	Livros	☐	Nenhum	☐
Concepção	Gravidez	Sim ☐	Não ☐	Quantas vezes? _____						
	Abortos	Sim ☐	Não ☐	Quantas vezes? _____						
	Mét.Anticoncep.	Sim ☐	Não ☐	Qual? _____						
Preservativos		Sim ☐	Não ☐	Às vezes? _____						
Abuso Sexual		Sim ☐	Não ☐							

Responsável: _____ Data: ____/____/____

ANEXO 7

CENTRO ESPECIALIZADO DE SAÚDE DO RECIFE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

FICHA DE ESTUDO DE CASO COM PREVISÃO DE ALTA

NOME _____
D/N ____/____/____ IDADE _____ SEXO _____

PRONTUÁRIO _____
DATADA ENTRADA NO ATENDIMENTO ____/____/____
QUEIXA _____

FORMA DE VIOLÊNCIA _____

PLANO TERAPÊUTICO _____

EVOLUÇÃO DO CASO _____

PREVISÃO DE ALTA _____

ASSINATURA DA EQUIPE _____

ASSINATURA DA GERENTE _____

ANEXO 8

MODELO DE OFÍCIO PARA NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR



Prefeitura do Recife



Notificação ao conselho Tutelar _____
____(nome da unidade de saúde)____ vem, através do presente ofício, com fundamento no Artigo 245 do E.C.A., comunicar o caso de _____suspeita/ confirmação_____ de maus tratos contra a criança/adolescente _____nome da criança/adolescente_____ que se encontra internada em atendimento neste estabelecimento , aguardando as providências deste Conselho.

Endereço da criança/adolescente (se conhecido)

Em anexo, o relatório psicossocial e o laudo médico.

Gostaríamos de informar que a criança terá alta em _____dias.

Atenciosamente,

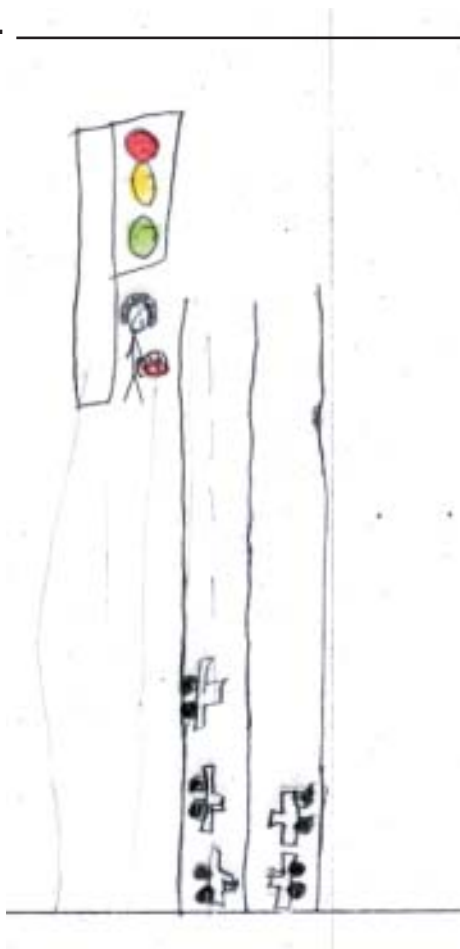
Recife, _____de _____de _____.

Diretor do Hospital Gerente da Unidade

Obs.: Na impossibilidade do envio do ofício, pode ser feita a comunicação por telefone.

DESENHOS FEITOS PELAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA NELSON CHAVES

DESENHO 1



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

uma criança sendo obrigada a trabalhar vendendo
falta para comprar pois para não ir para casa

2. Seu nome completo: Guilherme Costa da Silva

Sexo: Masculino () Feminino (x)

Sua idade: 11 anos Série escolar: 4º B

Sua instituição: Rafael Seu Estado: PE

DESENHO 2



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

eu me sinto triste muito triste quando minha mãe de
comida

2. Seu nome completo: Samantha Gabriela Silveira e Silva

Sua idade: 8 anos

Sexo: Masculino ()

Feminino (x)

Sua instituição:

Série escolar: 2º Ano

Sua cidade: Recife

Sua Estado: PE

DESENHO 3



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

fica me dentro. meu pai dentro bebe e
fica me dentro em casa.

2. Seu nome completo:

Sua idade:

Sua instituição:

Sua cidade:

Thiago da Silva Tiro de Aguias

10

Centro de Referência

Recife

Sexo:

Masculino

Feminino

()

Sua escolaridade:

3^o B

Sua cidade:

Recife

DESENHO 4



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

meu irmão se apaixonou de meu pai e não
gostou disso e roubou o pai dele agora
e no meu pai. ele roubou o pai dele

2. Seu nome completo:

Sua idade:

Sua instituição:

Sua cidade:

Sexo:

Masculino (M)

Feminino (F)

Série escolar:

Seu Estado:

Vinicius

18 anos

Escola

Recife

Sexo:

Masculino (M)

Feminino (F)

Série escolar:

Seu Estado:

Vinicius

18 anos

Escola

Recife

Sexo:

Masculino (M)

Feminino (F)

Série escolar:

Seu Estado:

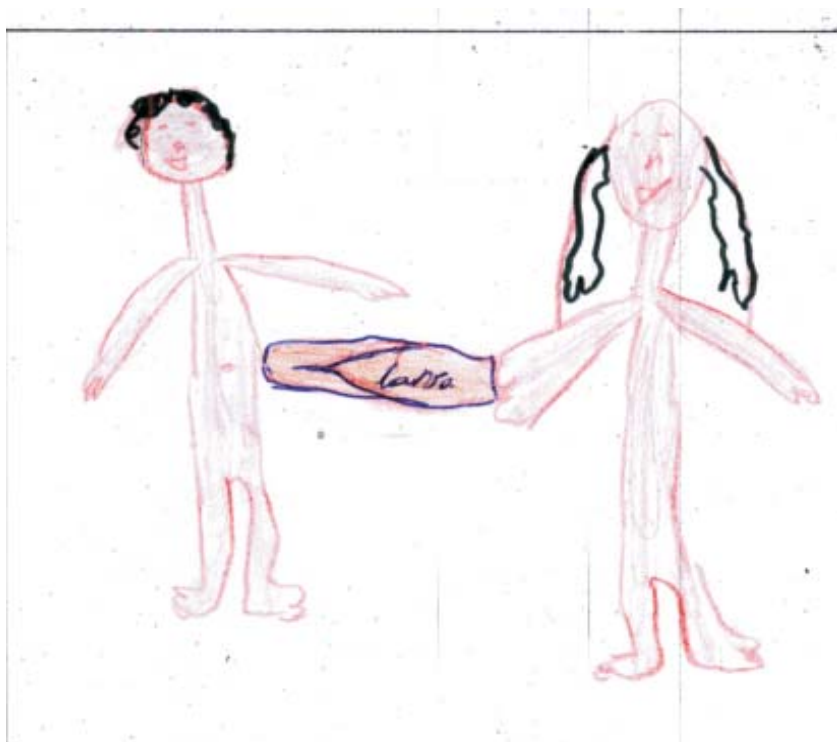
Vinicius

18 anos

Escola

Recife

DESENHO 5



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

Eu sou muito feliz quando escuto a música
mãe.

2. Seu nome completo: Larissa Gomes da Silva

Sua idade: 11 anos Sexo: Masculino () Feminino ()

Sua instituição: _____ Série escolar: 4ª

Sua cidade: Rio de Janeiro Seu Estado: RJ

DESENHO 6



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

esse desenho fala sobre uma discussão de meu pai e minha mãe eu fico muito triste quando eles briga.

2. Seu nome completo:

Alexandre Barbosa Costa

Sua idade: 14 anos

Sexo: Masculino

Feminino ()

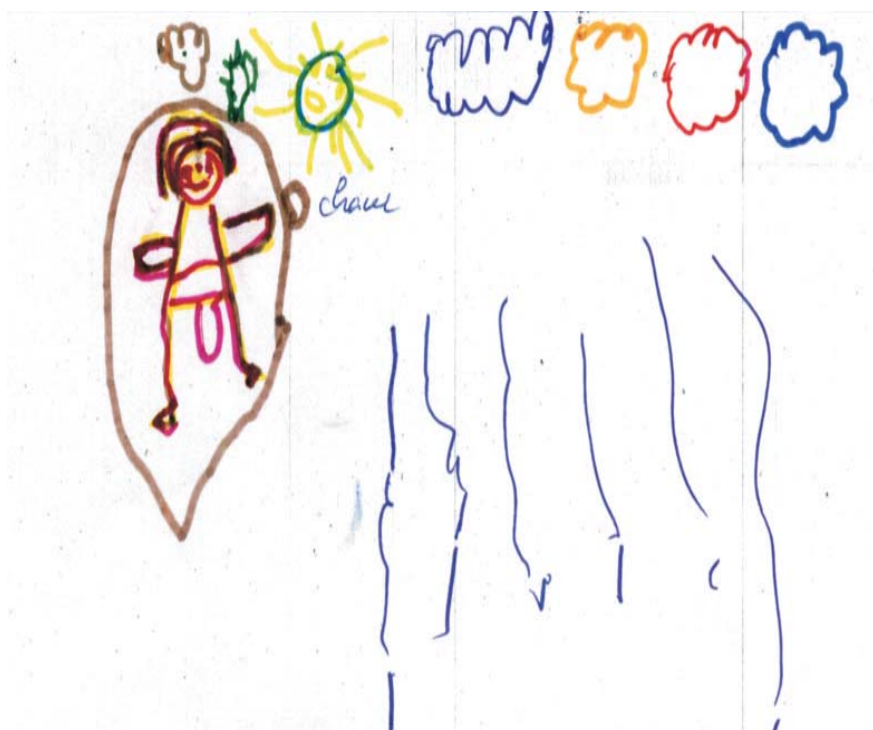
Sua instituição: Colégio São Francisco

Série escolar: 6º

Sua cidade: Recife

Seu Estado: PE

DESENHO 7



Observações:

1. Escreva o que este desenho quer dizer:

Estava chorando e a minha está quebrada, porque
falta (for por mim) ficou travada no quarto com
a chave por isso só vou quando eu quiser.

2. Seu nome completo:

Sua idade:

5 anos

Sexo: Masculino (M) / Feminino (F)

Feminino (F)

Sua instituição:

Escola Municipal - Jd. Santa Helena

Sua cidade:

Olinda

Seu Estado:

PE

Para isso, faz-se necessário agir em caráter emergencial. O homem precisa acreditar em dias melhores. É ele o autor de sua própria história, cabe-lhe buscar rumos novos, perseguir objetivos com horizontes de paz e de unidade. É preciso saber e saber cada vez mais. Conhecer para combater, assimilar conhecimentos para crescer. Essa busca necessita ser contínua, perseverante. É emergente viver os desafios atuais, sem temê-los, ao contrário, ter plena convicção da existência de que existe uma luz no fundo do túnel.

Nesse contexto, abordando uma temática que assume lugar comum no cotidiano atual, cito Dom Hélder Câmara, universalmente conhecido e aplaudido como o Dom da Paz em uma de suas passagens que julgo pertinente à realidade contemporânea: "Quando os problemas se tornam absurdos, os desafios se tornam apaixonantes."

Prof. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello



Secretaria de Saúde



Ministério
da Saúde



ISBN 85-87107-50-8

