

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UM PASSO A MAIS NA CIDADANIA EM SAÚDE

Série A. N. 167

BRASÍLIA-DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Assistência à Saúde

**NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**



**UM PASSO A MAIS NA CIDADANIA EM SAÚDE**

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167

Brasília-DF  
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167

Tiragem: 35.000 exemplares

Barjas Negri  
Ministro de Estado da Saúde

Renilson Rehem de Souza  
Secretário de Assistência à Saúde

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Assistência à Saúde  
Assessoria Técnica/Trauma e Violência  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tel.: (61) 315 2013 / 315 2097 / 226 8673  
Fax: (61) 315 2853

Equipe de elaboração: (CLAVES / IFF / FIOCRUZ): Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis, Suely Ferreira Deslandes, Kleber Henrique Silva

Agradecimentos: Rachel Niskier Sanchez, Conselhos Tutelares do Estado do Rio de Janeiro, aos participantes da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência de Curitiba/Paraná

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte  
Editora MS

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.  
Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde:  
um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à  
Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

48 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167)

ISBN 85-334-0499-9

1. Maus-tratos infantis. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de  
Assistência à Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 320

2002

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

71200-040, Brasília – DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editorams@saude.gov.br

## SUMÁRIO

Prefácio.....	5
<b>1</b> Introdução.....	7
<b>2</b> Maus-tratos como parte da violência social brasileira.....	10
<b>3</b> Notificação como instrumento de prevenção aos maus-tratos e promoção de proteção.....	14
<b>3.1</b> Conceito de notificação e exigência de notificação compulsória.....	14
<b>3.2</b> A construção de um sistema de notificação.....	17
<b>3.3</b> Dinâmica da notificação de maus-tratos pelo Setor Saúde: experiência em construção.....	18
<b>4</b> Sobre o Conselho Tutelar.....	22
<b>4.1</b> Relações entre os serviços de Saúde e os Conselhos Tutelares.....	25
<b>5</b> Redes de Proteção Social.....	30
<b>6</b> Proposta de ficha de notificação compulsória.....	35
<b>7</b> Algumas considerações finais.....	40
<b>8</b> Referências Bibliográficas.....	42
Anexo.....	43



## PREFÁCIO

A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade dolorosa, responsável por altas taxas de mortalidade e de morbidade nessa faixa etária. Isso exige uma resposta séria e urgente da sociedade. Os Serviços de Saúde não podem deixar de enfrentar, ao lado de outros setores governamentais e não-governamentais, esse grave problema, que hoje faz parte da agenda de Saúde Pública de vários países.

As experiências vividas na infância e na adolescência, positivas ou desfavoráveis, refletem-se na personalidade adulta. As dificuldades inevitáveis se tornam mais brandas quando enfrentadas com afeto e solidariedade. A violência gera sentimentos como o desamparo, o medo, a culpa ou a raiva, que, não podendo ser manifestados, se transformam em comportamentos distorcidos, perpetuando-se por gerações seguidas.

Lamentavelmente, cresce o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus-tratos, de abusos físicos, sexuais e psicológicos ou de abandono e negligência.

Os profissionais de saúde, preocupados com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e comprometidos com a promoção da saúde da população, muitas vezes sentem dúvidas quanto à maneira mais correta de agir. O estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação desses profissionais tornou-se, portanto, uma demanda para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação desses casos de violência, como medidas iniciais para um atendimento de proteção às vítimas e de apoio a suas famílias.

Este manual, além de discutir os maus-tratos a crianças e adolescentes, como as formas de violência mais passíveis de prevenção pelos Serviços de Saúde, consolida a proposta de criação de um sistema de notificação e atendimento.

Contribuir para uma cultura de paz é uma responsabilidade de todos os cidadãos e um dever especial dos profissionais de saúde.



# 1 INTRODUÇÃO

Profissional de Saúde,

Este manual, dedicado a você, foi escrito com dois objetivos. O primeiro:

- **oferecer um instrumento de trabalho que contribua para ampliar seus conhecimentos sobre um dos obstáculos mais sérios para o crescimento e o desenvolvimento das crianças e adolescentes brasileiros: a violência intrafamiliar e todas as formas de maus-tratos.** Essas ações provocam lesões e traumas físicos e emocionais nesses seres em formação, causando-lhes vários tipos de problemas no presente, com repercussões sobre seu futuro. Por não ser uma questão típica do campo médico, e sim, um problema social que afeta a saúde, certamente você não teve muitas oportunidades de estudar sobre a violência na faculdade. Por causa disso, talvez encontre dificuldades tanto para fazer diagnóstico como para reconhecer a melhor forma de encaminhamento, quando acontecer algo, referente ao assunto, frente ao qual tenha que tomar alguma decisão.

O segundo objetivo é:

- **apresentar uma proposta, que pretende ser apenas sugestão e não receita, de criação de um sistema de notificação e de atendimento ao problema dos maus-tratos.** Por mais bem intencionada que seja qualquer proposta, ela só ganha sentido quando responde a necessidades reais; quando é assumida pelo grupo que trabalha com o assunto; quando, a partir dela se criam novas possibilidades de ação. Eis o desafio e o convite que esse manual propõe a você: aceitá-lo como uma das possibilidades de aumentar seu conhecimento e, a partir dele, encontrar seus próprios caminhos de atuação.

Um grande passo na garantia de proteção à infância e à adolescência foi dado em 1988, no texto da atual Constituição Brasileira que reconheceu, no seu artigo 227<sup>1</sup>, esse grupo socioetário como **sujeito de direitos**, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamentou a Constituição e passou a ter força de lei, criando as pré-condições para que meninos e meninas fossem criados de forma mais saudável e respeitosa.

Com a implementação do ECA, a concepção de atendimento à criança e ao adolescente mudou, pois essa lei exige prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado, às necessidades delas. Desta forma o termo mais apropriado para se referir às mudanças é dizer que esse grupo é **portador**

---

<sup>1</sup> Art. 227 da Constituição Federal: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

**de direitos especiais**, ou seja, ao mesmo tempo em que deve ser respeitado, precisa ser protegido, por causa de sua condição de pessoa humana em desenvolvimento físico, moral e psicológico.

**C**onsiderando a experiência da violência como um problema muito sério para a saúde, entende-se que sua superação desafia tanto você como indivíduo, como as instituições do setor. Para conseguir modificar o quadro terrível dos maus-tratos que, muitas vezes provocam incapacidades e morte, é preciso construir um processo socializador fundado na idéia do diálogo como meio insubstituível para a resolução de conflitos. Nesse diálogo, crianças e jovens tomam parte, devem ser ouvidos, orientados e protegidos em sua cidadania especial. Propor isso não é falar de uma utopia irrealizável. É contribuir para que uma lei, criada pelos brasileiros e promulgada pelos poderes públicos, possa ser respeitada e tenha efeitos práticos para modificar as formas violentas de relacionamentos sociais e familiares.

**O** ECA tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde e do setor educacional, tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: a de 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)<sup>2</sup>.

**P**ortanto, pode-se concluir que o setor saúde, já há 11 anos, recebeu um mandato social especial que consta do Estatuto da Criança e do Adolescente, para atuar nos diagnósticos de maus-tratos: **cabe-lhe o dever de notificar**. Mas esse é um mandato muito escassamente cumprido por vários motivos. Muitos profissionais o desconhecem. Alguns, ainda que saibam da lei, não estão convencidos de que devem exercer esse papel considerado, por alguns, como alheio aos cuidados tipicamente médicos. Outros, imbuídos da mesma mentalidade tradicional dos pais ou da sociedade, julgam que as violências contra a criança e o adolescente, ou são problemas menores ou devem ser resolvidas no âmbito das relações familiares, onde na maioria das vezes são geradas e reproduzidas.

**O** outro artigo do ECA, muito importante para informar a atuação dos profissionais de saúde, o 13, orienta os encaminhamentos a serem dados pela equipe de saúde: **os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade**, sendo considerada infração administrativa, sujeita a multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, dos casos de que tenha conhecimento (Art. 245). A obrigatoriedade da notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por

---

<sup>2</sup> Art. 11 do ECA: “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

alguns Conselhos Regionais<sup>3</sup>, a despeito do receio de muitos médicos que se omitem, alegando segredo profissional.

**E**ssa frente de ação do setor saúde, que para alguns é ainda novidade, é muito importante porque os problemas de violência de qualquer espécie, tradicionalmente, foram deixados à consideração apenas da justiça e da segurança pública. O que, na prática, sempre coube ao campo da saúde é dar jeito nos estragos causados pelas lesões e traumas provocados pelos pais, irmãos ou por outros agentes, quando chegam aos ambulatórios e hospitais. Mas sua ação geralmente se limitou a cuidar dos problemas físicos.

**A**o tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes. Pois passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma **doença do agressor** (havendo casos psicopatológicos que assim devem ser considerados, embora sejam raros), nem uma **doença da vítima** (podendo, por outro lado provocar ou se associar à eclosão de enfermidades), mas, um **sério problema social que causa agravos à saúde**. Essas distinções exigem uma abordagem diferenciada que inclui conhecimentos já consolidados em outras áreas, sobretudo, no campo social. E também **dilui a clássica divisão entre clínica e saúde pública** porque demanda uma forma de intervenção que junte as duas. De um lado, uma menina ou um menino que demanda os serviços deve ter seus problemas físicos (lesões e traumas) ou emocionais (derivações intrapsíquicas) atendidos por meio das técnicas terapêuticas convencionais. De outro, é importante incluir, nesse trabalho, as ações de prevenção e de promoção próprias da saúde coletiva. Nesse último caso, são fundamentais os procedimentos de identificação e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não-governamentais que atuam na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas.

**A** primeira pergunta que ocorre quando se coloca esse novo problema dentro das preocupações do setor é a seguinte: como atuar diante dos maus-tratos sem se limitar ao tratamento médico dos traumas e lesões resultantes desses problemas? Reconhecendo os problemas de escassez de tempo, de pessoas, e desejando levar a sério essa questão tão importante, vem logo uma segunda pergunta: como articular interprofissionalmente um grupo que possa alimentar os conhecimentos da equipe, especializar-se mais na capacidade diagnóstica, e acompanhar os desdobramentos em relação às crianças e adolescentes vítimas? Pois, o mais comum de acontecer é que, uma vez deixado o local de atendimentos a seus agravos visíveis, os meninos e meninas voltam aos ambientes onde se reproduzem os mesmos comportamentos e as mesmas relações.

---

<sup>3</sup> Conselho Federal de Medicina – parecer n.º 815/97 – “o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional”.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – parecer n.º 76/1999 – “o médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente, casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeitas. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional”.

**E**ste manual se organiza no seguinte formato: em primeiro lugar define o que são maus-tratos, situando-os no campo da violência social brasileira e da forma como o setor Saúde a considera; em segundo lugar, define o conceito de notificação e sua importância para a sociedade e para a saúde das crianças e dos adolescentes; a seguir apresenta informações sobre o funcionamento e as dificuldades dos Conselhos Tutelares e das Redes Sociais de Apoio; e em quarto e último lugar, traz uma proposta para notificação de maus-tratos.

## **2 MAUS-TRATOS COMO PARTE DA VIOLÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA**

**Maus-tratos** é um termo bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade. Essa noção não é muito precisa e tem sido criticada por vários estudiosos porque ela faz supor que aos “maus-tratos” se oporiam “bons tratos”. Portanto carrega uma conotação apenas moral, quando a violência contra meninos e meninas é um problema social muito sério, com uma carga cultural fortíssima, sobretudo em dois sentidos: que esses seres em formação seriam propriedade de seus pais; e que para educá-los seria preciso puni-los quando erram ou se insubordinam. Por causa do uso corrente e mais abrangente o termo “**maus-tratos**”, neste manual será usado como sinônimo da violência social contra meninos e meninas no interior das famílias ou fora delas.

**Violência Social** é um fenômeno complexo. Para se ater ao escopo pretendido, não se fará aqui uma discussão substantiva sobre o tema, mas apenas se apresentará sua definição, por ser o parâmetro com o qual o setor saúde passou a atuar desde que foi divulgado, como documento oficial do Ministério da Saúde, o texto denominado **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**<sup>4</sup>.

**“Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros” (2001,7).**

**A violência intrafamiliar e institucional** sempre afetou a saúde e a qualidade de vida de milhares de crianças e jovens no Brasil. Em nosso país, formas agressivas e cruéis de se relacionar são freqüentemente usadas por pais, educadores e responsáveis por abrigos ou internatos, como estratégias para educar e para corrigir erros de comportamento de crianças e adolescentes. Mas essa mentalidade e esse tipo de atuação, está reconhecido cientificamente que, além de serem

---

<sup>4</sup> Portaria n.º. 737 MS/GM, de 16/5/01, publicada no DOU n.º. 96, de 18/5/01

contraproducentes, são nocivos. Bater, ferir, violar, menosprezar, negligenciar e abusar são verbos que não devem ser usados no trato da infância e da adolescência por vários motivos:

- muitos estudos mostram que a violência, da qual a pessoa é vítima nos primeiros anos de vida, deixa seqüelas por toda a existência;
- a criança e o jovem não são objeto ou propriedade dos pais ou de qualquer adulto e sim, sujeitos de direitos especiais reconhecidos pela Constituição Brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- essa violência que ocorre silenciosamente dentro das famílias e na sociedade, como se fosse um fenômeno banal, é potencializadora da violência social em geral;
- as pessoas vítimas de violência na infância podem repeti-la quando se tornam adultas, especialmente com seus próprios filhos ou com outras crianças e adolescentes com as quais se relacionam socialmente.

**E**nfim, quando a violência é uma forma de relação que se estabelece no interior das famílias ou na convivência social, é preciso denunciá-la e “desnaturalizá-la”, tratando-a como um problema a ser resolvido, buscando formas “civilizadas” de trabalhar com os conflitos. Nunca é demais lembrar que os **conflitos** são normais e até desejáveis na sociedade, pois indicam a pluralidade de visões, de desejos e projetos. O mal, portanto, não está em expressá-los, mas em suprimir a oportunidade do debate, do diálogo e do exercício da tolerância. No caso das crianças e dos adolescentes, geralmente os pais, responsáveis e adultos tendem a acabar com as divergências de idéias e de comportamentos e com o conflito de gerações, por meio da dominação adultocêntrica, da imposição de sua vontade, ou por meio de gestos e ações violentos.

**A**o profissional de saúde é importante saber também que não é só a violência intrafamiliar 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, onde o afeto, o carinho, o respeito à sua vontade são substituídos pelo regulamento disciplinar, pelo tratamento massivo e, às vezes, pela repressão ou até a tortura. Outro exemplo é o problema do trabalho infantil, proibido por lei, e o do adolescente, sob a condição de aprendiz. Em especial preocupa a situação do trabalho doméstico, que retira muitas crianças da escola, diminuindo suas expectativas sociais.

**H**oje, as violências e os acidentes juntos constituem a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira. Inclusive nas idades de **1 a 9 anos, 25% das mortes são devidas a essas causas. E de 5 a 19 anos é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas etárias.** Ou seja, a gravidade desse problema atinge toda a infância e adolescência. E as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais que sofrem, embora nem sempre sejam fatais, deixam seqüelas em seus corpos e mentes por toda a vida.

**É** crucial, portanto, que o profissional e as equipes de saúde que atuam em todos os níveis de prevenção e assistência sejam treinados para identificar os casos de maus-tratos. A ficha de notificação que este manual propõe, permitirá assinalar, a partir do atendimento, os principais tipos básicos de violência contra as crianças e adolescentes que, ocorrem, em sua grande maioria, no interior da família, por isso é chamada **violência intrafamiliar**, mas também as que acontecem em outros ambientes, como instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral. Passa-se, então, a conhecer os principais tipos de maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes e que serão passíveis de notificação:

- **Negligência e abandono** – assim são chamadas as omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O **abandono** é considerado uma forma extrema de negligência. A **negligência** significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Por causa da situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência frequentemente é um ato de difícil discernimento. Principalmente quando o profissional ou a equipe de saúde se depara com o questionamento da existência de intencionalidade numa situação objetiva de negligência. Alguns autores refletem que uma boa referência é comparar os recursos que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por outras famílias de mesmo estrato social. Outros estudiosos sugerem a comparação dos tratos dispensados a cada filho, buscando identificar algum tratamento especialmente desigual. No entanto, independente da culpabilidade dos pais ou dos responsáveis pelos cuidados da vítima, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção desse menino ou dessa menina que está sofrendo a situação de desamparo.

- **Abusos físicos também denominados sevícias físicas:** são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo. Os estudiosos dessa forma de violência mostram que há vários graus de gravidade, que vão desde tapas, beliscões, até lesões e traumas causados por gestos que atingem partes muito vulneráveis do corpo, uso de objetos e instrumentos para ferir, até provocação de queimaduras, sufocação e mutilações. Não é raro que a agressão física conduza à morte de crianças e adolescentes como mostram informações dos diferentes Institutos Médico-Legais.

Há algumas formas de maus-tratos físicos bastante conhecidas pelos profissionais e equipe de saúde. Uma delas ocorre quando um adulto provoca fortes sacudidelas no bebê geralmente menor de seis meses, com frequência pela irritação com seu choro, ou por realizar algum ato no qual não tem domínio, que desagrada a quem cuida dele. Por isso foi chamada na literatura de **síndrome do bebê sacudido** e tem como resultado, a produção de lesões cerebrais.

Os maus-tratos físicos foram originalmente identificados na literatura médica como a **síndrome da criança espancada**, fenômeno que frequentemente surge para atendimento dos serviços de saúde e se refere a sofrimentos infligidos a crianças, geralmente como forma de castigo e de educar. Na verdade a vítima pode apresentar desde fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras, e outros sinais de crueldade. O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

- **Abuso sexual** – consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sobre a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (**voyerismo**, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia.
- **Abuso psicológico** – constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus-tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos muito deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida. Pela falta de materialidade do ato que atinge, sobretudo, o campo emocional e espiritual da vítima e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de ser identificado. No entanto, o olhar arguto e sensível do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo, frequentemente, articulado aos demais tipos de violência.
- **Além das citadas, há outras síndromes especificadas como maus-tratos** – é o caso, por exemplo, da **síndrome de Munchausen por procuração** – definida pelos médicos que a estudaram, como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros; e também

provocando-lhe danos psicológicos, como é o caso da multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima.

A maioria das violências que ocorre hoje no Brasil e vítima crianças e adolescentes não é conhecida pelo Sistema de Saúde. Faz parte da maneira como a sociedade adultocêntrica trata esses seres em crescimento e desenvolvimento, muitas vezes, aliviando, na crueldade com que os trata, as tensões da vida cotidiana. Desnaturalizar as formas mais banais e as mais cruéis de maus-tratos é hoje uma necessidade, fundamentada em todos os conhecimentos que já se acumularam sobre esse problema. É, poder-se-ia dizer, uma tarefa de alta relevância para a atenção e a promoção da saúde infantil e juvenil. A continuidade e a reprodução “endêmicas” das diferentes formas de maus-tratos acabam por potencializar o crescimento da violência social, um dos maiores problemas com os quais se defronta hoje a sociedade brasileira, e cujos estudos de tendência indicam sua continuidade e até crescimento pelo menos nos primeiros anos do século XXI.

### 3 NOTIFICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS E PROMOÇÃO DE PROTEÇÃO

#### 3.1 Conceito de notificação e exigência de notificação compulsória

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é:

- **uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sociossanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.** A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que **notificação não é e nem vale como denúncia policial.** O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: **“esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!”** Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade.

Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir *in loco* verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), a não ser em casos excepcionais em que essa parceria se torne inconveniente, devem ser convidados a pensar juntamente com os conselheiros, a melhor maneira de encaminhar soluções, sempre a favor da criança ou o do adolescente. Apenas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial. O trabalho do Conselho é especificamente garantir os direitos da criança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários para isso.

O profissional de saúde, por motivos éticos, deve ter o cuidado de conversar com a família, explicando-lhe a necessidade da notificação para que ela seja beneficiada com ajuda competente. Geralmente, a pessoa que acompanha a vítima aos serviços de saúde precisa de apoio – seja no caso de ser o próprio agressor, seja para lidar com o agressor –, o que deverá ocorrer no processo de atendimento que se desdobrará após a notificação. A continuidade de vínculo entre os Serviços de Saúde e a família é fundamental. Portanto, a relação do profissional com a pessoa que acompanha a criança ou o adolescente deve ser muito firme, sincera e ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade que esse tipo de problema requer (SBP, 2000).

É preciso ficar claro que a notificação não é um favor, nem um ato de caridade que o profissional poderá ou não prestar, a seu bel prazer. A criança e o adolescente quando vítimas de maus-tratos, ao chegarem a um serviço de saúde, a sua escola ou a outra instituição qualquer, demandam atendimento e proteção. O cuidado institucional e profissional **é um direito que a criança e o adolescente têm. Para o profissional, prover a assistência e notificar são deveres.**

Segundo o ECA em seu artigo 13, conforme já mencionado na introdução, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade de moradia da vítima.

A notificação cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome conhecimento e tenha provas de violações dos direitos de crianças e adolescentes. Ela pode ser feita até mesmo de forma anônima aos vários serviços de proteção da infância e da juventude mais próximos como os SOS, Disque-Denúncia, e tantas outras organizações criadas para essa finalidade. A elas caberá sempre repassar tais informações aos Conselhos Tutelares mais próximos à residência da vítima.

O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeita à multa de três a vinte salários de referência.

Uma pergunta que sempre é formulada pelo profissional de saúde, quando é convocado para compreender, diagnosticar e notificar os diferentes tipos de maus-tratos, é a seguinte: qual a vantagem dessas ações, sobretudo da notificação compulsória? Os frutos que podem advir dessas exigências são, principalmente, de duas ordens. Primeiro, a notificação viabilizaria um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência contra crianças e adolescentes na realidade social brasileira. Isso permitiria construir formas de promoção e de prevenção que levem em conta as especificidades culturais das várias regiões do país. Em segundo lugar, possibilitaria certificar se o atendimento às vítimas de maus-tratos está sendo incorporado às rotinas institucionais.

**E**squematisando, espera-se garantir com o **Sistema de Notificação Compulsória**:

- que a violência constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente;
- que a criança, o adolescente e sua família (ou se for o caso, o menino ou a menina com o agente institucional) serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar que, por sua vez, será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis;
- que a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar, até o final do atendimento.

**A**pesar dos benefícios que se espera obter com a notificação compulsória de maus-tratos, mesmo os profissionais sensíveis à questão do impacto da violência sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil e juvenil quase sempre acabam realizando um atendimento apressado ou pouco aprofundado. Quase sempre isso se deve, de um lado, à enorme demanda que os absorvem; de outro, à pouca experiência com esse tipo de problema. Por isso, é muito importante, que os gestores de saúde criem estratégias que facilitem a implantação de boas práticas de assistência e de notificação.

**O**utro problema freqüente é que não há um fluxo de informações adequado sobre as iniciativas planejadas no nível central das Secretarias Municipais de Saúde – por meio das Gerências de Programas de Saúde da Criança e do Adolescente (ou de outras estruturas gerenciais cujo âmbito de atuação incorpore a saúde de crianças e adolescentes) – que chegue aos profissionais da rede, alimentando-os com conhecimentos necessários para a execução de procedimentos e indicação da notificação. Por seu lado, há resistências de muitos profissionais em informar ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde, pois acreditam que a notificação não resultará em retorno concreto para o seu trabalho.

**O**bserva-se também, mesmo nas Unidades de Saúde que já abraçaram a causa da prevenção à violência contra a criança, que a categoria médica é a que mais resiste a fazer a notificação, delegando a outros profissionais, como ao assistente social e ao psicólogo tal responsabilidade. A preocupação dos profissionais com a quebra de sigilo e em relação à integridade do paciente tem sido bem respondida por aqueles que já se dispuseram a notificar. Esses passaram a mostrar, na prática, que a notificação é um instrumento de garantia de direitos e não uma denúncia. De acordo com o preconizado e de uma forma ética, comunicam à vítima e a sua família a necessidade de informar aos órgãos competentes sobre os maus-tratos. Sinalizam assim que é possível contar com uma rede social de apoio, no caso, a união entre o próprio serviço de saúde e o Conselho Tutelar. Demonstram também, por sua forma de atuação, que a família e o agressor, ambos devem ser alvos de cuidados.

**A**lmeida (1998), em estudo sobre a capacitação dos pediatras que atendem às crianças vítimas de violência intrafamiliar, constatou que a maioria deles quando entrevistados, evidenciava desconhecer o

ECA, apesar de saber da obrigatoriedade da notificação. A autora verificou, também, que por terem muitos receios, a notificação nem sempre era considerada por eles, como a melhor forma de encaminhamento para a situação. Esse trabalho de Almeida incorporou a visão dos profissionais sobre os motivos de suas maiores resistências: (a) medo de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça; (b) ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato; (c) descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados; (d) o desconhecimento do sentido do processo de notificação.

### 3.2 A construção de um sistema de notificação

**P**ara se criar um sistema de notificação é preciso vencer vários desafios. O primeiro geralmente é **incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais**. É preciso lembrar que o ECA **estabelece multa pela não notificação a duas categorias de instituições, a unidade de saúde e a escolar; e a duas categorias profissionais, médicos e professores**. As Secretarias de Educação e de Saúde são as proponentes e executoras das políticas públicas de seus respectivos setores, além de responsáveis pelos estabelecimentos que atendem às crianças e aos adolescentes. Sem se integrar ao quadro das práticas profissionais e à rotina dos serviços, a notificação compulsória não se efetivará. Às Secretarias Municipais de Saúde (ou aos órgãos que lhes são equivalentes em municípios que não apresentam estrutura de secretarias) caberá a centralização dos dados e o tratamento e encaminhamento dos mesmos às instâncias estaduais, conformando um sistema de registro que se pretende nacional, para cuja operacionalização são necessários equipamentos e técnicos.

**O** segundo desafio é o de sensibilizar e **capacitar profissionais de saúde e de educação** para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Da mesma forma, treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constataram. Trata-se de uma empreitada que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento sobre a temática, mas, sobretudo, depende do desenvolvimento da consciência social a respeito.

**O** terceiro desafio é o de **formar as alianças e parcerias necessárias** para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, a sua família ou às instituições que os abrigam. E não seja assumida apenas como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. Essas alianças e parcerias precisam ser feitas tanto dentro da própria rede de saúde, quanto com outras instituições destinadas ao bem-estar das crianças (assistência social, segurança pública, educação), com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e em especial, com o Conselho Tutelar. O acompanhamento do trabalho do Conselho Tutelar por parte dos profissionais de saúde é muito importante, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão a ser tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos. Seria desejável que alguns desses profissionais fizessem parte da composição dos Conselhos, através da participação nas eleições para representantes, ou se integrassem na avaliação de seu desempenho. Não se pode esquecer que o Conselho Tutelar é uma organização nova no

cenário institucional e em processo de consolidação de uma metodologia de trabalho. É preciso lembrar que também o sistema de saúde, como já foi mencionado, acumula pouca experiência de atendimento aos maus-tratos e enfrenta vários limites, não sendo apenas os Conselhos Tutelares que passam por problemas.

**P**ortanto, todo esse processo, que vai do diagnóstico à notificação e à tomada de decisões sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente (SBP, 2000).

**P**or fim, é importante ressaltar que a ocorrência de maus-tratos tem, muitas vezes, uma dinâmica complexa que envolve relações e práticas familiares. Quase sempre o evento violento contra uma criança ou adolescente não é um ato isolado. Costuma fazer parte de uma forma de comunicação intrafamiliar caracterizada pela agressividade, tornando-se uma cultura que se reproduz em cada ato de violência. Portanto, embora estudos nacionais e internacionais mostrem resultados positivos nas intervenções realizadas em tais ambientes violentos em relação às crianças e aos adolescentes, as mudanças se dão de forma lenta e devem ser acompanhadas e estimuladas.

### **3.3 Dinâmica da notificação de maus-tratos pelo Setor Saúde: experiência em construção**

**D**esde os anos 60, o setor saúde tem se preocupado em compreender e demonstrar como os maus-tratos afetam e prejudicam o crescimento e o desenvolvimento infantil e juvenil. Quem introduziu essa preocupação nos serviços médicos foram alguns pediatras americanos que, na década de 60, depois de diagnosticarem a chamada **síndrome do bebê espancado**, passaram a organizar serviços sociais e educativos ligados aos hospitais de crianças, buscando prevenir a ocorrência das várias formas de violência visando a orientar as famílias sobre as formas de relacionamento que contribuem para o crescimento e o desenvolvimento desses seres em formação.

**N**o Brasil também, vários pediatras entraram nesse movimento, principalmente a partir da década de 80. Muitos deles se engajaram nas atividades de prevenção de maus-tratos, dos quais são vítimas frequentes, crianças e adolescentes. O foco inicial foi sempre a violência intrafamiliar. Alguns abriram essa discussão nos serviços que dirigiam em hospitais públicos; outros criaram ONG com a mesma finalidade; muitos passaram a socializar tais preocupações com estudantes de medicina, lideraram grupos de atenção às famílias maltratantes e uma boa parte esteve presente na formulação do ECA.

**H**oje, a Sociedade Brasileira de Pediatria, entre todas as associações médicas, é pioneira na produção de material informativo, reflexivo e prático, que ajuda a seus profissionais e afiliados a conhecerem a

configuração do problema aqui tratado, a diagnosticá-lo e, também, a dar seqüência aos tipos de atendimento necessários para prevenir agravos, cessar os maus-tratos e promover a saúde integral dos adolescentes e das crianças (SBP, 2000). É com a contribuição dos profissionais de saúde que o Estatuto assumiu a condenação de todas as formas de maus-tratos que transgridem os direitos desse grupo social. E por causa disso, é fundamental ampliar a participação do setor na implementação do ECA. Porque, apesar de todo o esforço feito por muitos profissionais, suas ações ainda não foram incorporadas pelo sistema de saúde. Permanecem como exemplos a serem seguidos e precisam se transformar em rotina dos serviços.

**A** notificação dos maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes é obrigatória por lei federal, portanto, essa obrigatoriedade se estende a todo o território nacional. Apesar desse procedimento ainda não ter sido incorporado pela maioria do sistema de saúde, avanços concretos na sua aplicação estão acontecendo, em vários locais. Alguns exemplos de boas práticas podem ser mencionados.

**N**o final de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi a primeira Secretaria, que se tem conhecimento, a criar a **Ficha de Notificação Compulsória**<sup>5</sup>. Para sensibilizar os profissionais da rede pública, foram realizados vários cursos de capacitação sobre o problema da violência e dos maus-tratos, de tal forma que a norma pudesse ser incorporada por adesão e não apenas como obrigação. Outra decisão importante tomada pela Prefeitura do mesmo município foi a publicação de uma lei que intima funcionários públicos municipais das Redes de Saúde e Educação a notificarem maus-tratos sofridos pelas crianças e jovens<sup>6</sup>. Essa iniciativa, sem dúvida, une a área da educação ao esforço que já vinha sendo feito, há anos, por muitos profissionais de saúde.

**E**m 1999, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro também adotou o mesmo procedimento, instituindo a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças, adolescentes até 18 anos e contra portadores de deficiências<sup>7</sup>. Isso significou incluir tais informações como procedimento obrigatório em todos os municípios do estado. Ao tempo em que essa decisão foi tomada, a Secretaria criou o **Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de Acompanhamento das Ações Voltadas à Prevenção e à Assistência a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos** e, também, investiu em capacitação dos profissionais.

**E**m 2000, o Estado de São Paulo, através da Lei n° 10.498, também estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes. No momento, outros municípios e estados estão em processo de aprovação de lei no mesmo sentido.

---

<sup>5</sup> Ficha de notificação, publicada no Calhau do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2/5/1996. Aprovação da notificação compulsória no Diário Oficial do Município do RJ, 25/8/1999.

<sup>6</sup> Lei n° 3224, Diário Oficial do Município do RJ, 23/4/2001.

<sup>7</sup> Resolução n° 1.354 de julho de 1999.

Outro importante avanço surgiu do âmbito federal, com a criação, por portaria do Ministro da Saúde, de um **Comitê Técnico Científico** para elaborar propostas de “**Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência**” em 1998. Desse grupo participaram representantes da Sociedade Civil Organizada, entre elas a Sociedade Brasileira de Pediatria, elaborando um plano específico para atuação dos profissionais que atendem a crianças e adolescentes. A proposta da **Política Nacional**, já citada anteriormente, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em março de 2001 e está, neste momento, sendo divulgada oficialmente em todo o país. Nela se dá destaque à necessidade da atenção e notificação, pelo Sistema de Saúde às situações de maus-tratos e violências contra meninos e meninas.

A promulgação do referido documento de **Política** como voz oficial do Ministério da Saúde, com certeza possibilitará maior organicidade dos programas e iniciativas locais e regionais do Setor voltados para ações de prevenção de acidentes e violências que se multiplicam hoje, de forma dispersa, por todo o país. No caso da atenção aos maus-tratos, concretamente, a oficialização do documento já gerou a **Portaria nº 1.968/2001 do Ministério da Saúde**, tornando obrigatório, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, o preenchimento da **Ficha de Notificação Compulsória** e seu encaminhamento aos órgãos competentes.

Como se pode constatar, a experiência brasileira de notificação de maus-tratos está apenas começando, por isso, é importante conhecer o que vem acontecendo e quais são as vantagens e os problemas apontados por profissionais de saúde, no país que, a partir da década de 60, instituiu esse procedimento obrigatório na rotina de saúde. A notificação compulsória das situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes foi um mecanismo que se expandiu, nesses mais de 30 anos, em quase todos os estados americanos.

Nos Estados Unidos, em alguns estados, os profissionais de saúde e de outras áreas da política social para crianças e adolescentes são os principais responsáveis legais por notificar. Já em outros, todos os cidadãos americanos adultos são obrigados a fazê-lo (Gonçalves e Ferreira, 2001). Stein (1993) cita que todos os estados estabelecem o prazo de até 48 horas para que a investigação sobre a veracidade da notificação se inicie, por meio das agências de proteção dos direitos de crianças e adolescentes e limitam o prazo máximo de seis meses para que essa avaliação termine. O autor ainda assinala que 47 estados mais o distrito de Colúmbia estipulam punições civis ou criminais para os cidadãos que deixam de notificar uma situação de maus-tratos da qual tomam conhecimento.

O resultado desse processo de conscientização social e responsabilidade coletiva pelo problema tem sido um grande crescimento do número de notificações. Em 1976, foram informados 669 mil casos de maus-tratos nos Estados Unidos. Doze anos depois, em 1987, as notificações chegavam a

2.178.000. Estima-se que em vinte anos as mortes de crianças por maus-tratos, que oscilavam entre três a cinco mil por ano, tenham caído para cerca de mil. Tal informação indica que o problema ainda é muito grave, mas que também, a expansão e a consolidação da notificação têm resultado na diminuição do número de mortes (Besharov, 1993).

**A** despeito desse avanço para a saúde infantil, lá também têm surgido discussões sobre os limites do processo de notificação. Estudiosos e profissionais vêm constatando que o crescimento da consciência do problema tem sido acompanhado pelo incremento do número de notificações infundadas. Alguns calculam que a quantidade de informações inverídicas chegue próxima a 60% do total das notificações (Besharov, 1993; Stein, 1993). Tal fato leva muitos críticos a acharem que os excessos consolidam um clima de desconfiança disseminada na sociedade americana. Referem também que o aumento das notificações infundadas incrementa artificialmente a demanda para as agências de proteção, pois a elas cabe investigar cada uma dessas situações. Falam então, do desperdício de tempo e de recursos que poderiam ser empregados nos cuidados dos casos mais graves e verdadeiros. Besharov (1993), um dos maiores críticos à compulsoriedade da notificação, defende a necessidade de profunda revisão dessa exigência que, segundo ele, estaria causando um “zelo desmesurado” por parte dos profissionais e fraturas na privacidade familiar.

**M**as nem todos os estudiosos e profissionais americanos pensam como Besharov e Stein. É conhecido o debate público entre o primeiro e Finkelhor (1993), cujas posições são exatamente opostas às suas. Finkelhor discorda radicalmente do tipo de argumentação de Besharov, afirmando categoricamente que os maus-tratos não são superdimensionados. Argumenta que, ao contrário, as situações mais graves permanecem subnotificadas. O autor cita as cifras do NIS (National Incidence Study), órgão que tem como uma das principais funções, saber a dimensão dos maus-tratos conhecidos pelos profissionais e não reportados às agências de proteção. Segundo o NIS, 65% de todos os casos de maus-tratos e 60% dos casos muito graves, conhecidos por profissionais que lidam com crianças e adolescentes nem chegam ao sistema de proteção, porque não são notificados. Finkelhor resgata cada um dos argumentos de Besharov para contestá-los, mostrando dados que buscam atestar a pertinência das notificações e a correção dos critérios técnicos que os profissionais usam para fazê-las.

**O** mesmo autor discorda também da associação da notificação infundada (ou pouco substancial) com o trauma familiar que a situação poderia provocar. Argumenta que para a maioria desse tipo de notificação, sequer há uma investigação, seja porque traz elementos muito vagos, seja porque o fato denunciado aconteceu há muitos anos ou porque a família denunciada não foi encontrada no endereço referido. Menciona ainda que a abordagem da família é feita, geralmente, por profissionais treinados, cujo maior interesse é proteger a criança (ainda que reconheça que haja vários casos de má condução no relacionamento com a família). Conclui que o sistema de notificação e proteção de crianças vítimas de maus-tratos ainda precisa melhorar. Considera fundamental que as definições do que sejam maus-tratos, particularmente em situações mais subjetivas como nos casos de abuso

psicológico, sejam amplamente difundidas. Sugere igualmente que os profissionais das agências de proteção sejam ainda melhor qualificados e que o trabalho de prevenção e suporte às famílias, seja priorizado. Em qualquer hipótese, considera que a divulgação sobre a necessidade e a obrigação de notificar deve continuar.

O debate Besharov – Finkelhor nos apresenta cenários que nem ainda se pode vislumbrar no Brasil. Aqui se trata de empreender esforços para que a notificação seja implementada e haja continuidade das ações. Sem dúvida, isso significará avanço na proteção da criança e do adolescente e ruptura de práticas violentas. Contudo, esse debate alerta o Sistema de Saúde para a necessidade de empreender, desde já, um movimento de capacitação dos profissionais e de qualificação daqueles que vão lidar com a constatação das notificações e com o atendimento e acompanhamento das vítimas e de suas respectivas famílias ou de outros agressores. Indica também a importância crucial do fortalecimento de um sistema de registro que permita identificar e conhecer o fenômeno dos maus-tratos nas diferentes regiões brasileiras. Além disso, do exemplo prático americano se deduz que, desde o início, é preciso investir tecnicamente para que esse sistema de registro possibilite o processo de avaliação continuada e monitoramento da rede de proteção que só se efetivará se houver investimento em pessoas, equipamentos e meios para ação.

#### 4 SOBRE O CONSELHO TUTELAR

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente nos artigos 131 a 140, com a importantíssima missão de zelar pelo cumprimento de todos os direitos garantidos a esses indivíduos em formação.

É um “**órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta lei**” (artigo 131). É permanente pois deve funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano, não podendo haver vacância entre um mandato e outro, devendo ser independente de gestões municipais ou estaduais; é autônomo porque ninguém pode interferir ou influenciar as suas deliberações, tendo liberdade de ação diante de outros poderes constituídos para decidir, com base no ECA, as melhores medidas para cada situação; e não-jurisdicional porque o mesmo não tem autoridade para julgar nenhum tipo de conflito – o que compete ao juiz (Teixeira, 1998).

O Conselho deve ser criado por Lei Municipal por tratar-se da criação de um órgão público. Esta Lei deve definir o local, dia e horário de funcionamento do Conselho e a eventual remuneração dos seus membros, cujos recursos deverão estar incluídos na Lei Orçamentária Municipal.

As atribuições dos Conselhos são as seguintes (artigo 136):

- atender à criança e ao adolescente que tiveram seus direitos ameaçados ou violados;

- atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, podendo aplicar-lhes medidas;
- requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, representando junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
- encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal aos direitos preconizados pelo ECA;
- encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária para o adolescente autor de ato infracional;
- expedir notificações;
- requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente;
- assessorar o poder executivo municipal na elaboração da proposta orçamentária necessária para garantir os investimentos necessários à implementação de políticas e à manutenção da retaguarda dos serviços de proteção às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos e desrespeitadas em seus direitos;
- representar, em nome da pessoa e da família contra a violação dos direitos infringidos por programações de rádio e televisão, propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.
- representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder.

**O** Conselho Tutelar deverá ser informado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente sobre todas as instituições registradas para atuar no atendimento à criança e ao adolescente (artigo 90, parágrafo único). Caberá ao Conselho Tutelar, em conjunto ao Judiciário e ao Ministério Público, fiscalizar as entidades cuja finalidade seja a prestação de atendimento e de cuidados à criança e ao adolescente (artigo 95).

**S**egundo a lei, todos os municípios devem ter **pelo menos um** Conselho Tutelar, composto por cinco membros, escolhidos pela comunidade local para um mandato de três anos com direito a uma reeleição. Esse processo de escolha garante a participação de representantes da sociedade civil em sua formulação, sua implementação e seu controle. Para se candidatar a conselheiro tutelar, o ECA estabelece apenas três pré-requisitos mínimos: o candidato terá que ter reconhecida idoneidade moral, idade superior a vinte e um anos e deverá residir no município. Cada município pode refletir sobre outros pré-requisitos para o cargo de conselheiro, além dos três indicados no ECA.

**A** lei municipal que cria o Conselho também deve estabelecer o processo de escolha dos conselheiros tutelares e a coordenação das eleições ficará ao encargo do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). A fiscalização do processo eleitoral caberá ao Ministério Público (MP) e

o poder público municipal deverá prover os recursos necessários para o pleito, assim como providenciar a dotação orçamentária e a estrutura adequada para o funcionamento do Conselho.

**O**s candidatos ao cargo de **conselheiro** no país costumam ter experiência anterior de trabalho com crianças e adolescentes. Apenas são impedidos os membros que sejam da mesma família (marido e mulher, ascendentes e descendentes, sogro e genro ou nora, cunhados, tio e sobrinho, padrasto, madrasta e enteado). Cabe ao governo municipal definir os pré-requisitos e a forma de seleção dos conselheiros. No país, a maioria dos Conselhos foi formada por eleição direta por meio do voto representativo<sup>8</sup> (69,6%). A indicação em fórum de entidades que atuam com crianças e adolescentes revela-se como a segunda forma mais freqüente de escolha (13,4%). Outras formas menos encontradas foram: aclamação dos eleitores e designação dos conselheiros pelo Poder Executivo. Notam-se problemas nessas últimas formas de escolha, pois infringem as normas estabelecidas no ECA (IBAM, 1998). Alguns municípios, como é o caso de Maringá, criaram critérios rígidos de escolaridade, aceitando, como candidatos a conselheiros, apenas profissionais de nível superior; estabeleceram que tipo de experiência de trabalho deseja; optaram por diferentes mecanismos eleitorais que não a eleição; e promoveram a realização de provas para os candidatos. Cada município, portanto, pode definir suas próprias regras, respeitando o preconizado no ECA.

**O**s conselheiros devem atuar na operacionalização da política de atendimento, intervindo sempre que haja ameaça de violação ou violação dos direitos infantis e juvenis. São interlocutores indispensáveis dos profissionais de saúde, que neles devem encontrar apoio para garantir a continuidade da atenção a questões que estão fora da esfera de atuação da saúde. E vice-versa, na medida em que os serviços de saúde precisam dar seqüência ao atendimento dos problemas físicos ou emocionais às vítimas a eles reencaminhadas pelos conselheiros.

**E**mbora preconizado no ECA que cada município tenha, no mínimo um Conselho Tutelar, apesar de já passados 11 anos da promulgação do ECA, ainda há muitos municípios que não possuem Conselhos Tutelares. No ano de 1998, 64,8% dos municípios do país estavam nesse estágio (IBAM, 1998). Essa situação é ainda mais grave nas regiões norte e nordeste, onde, respectivamente, 73,3% e 85,3% dos municípios não os instalaram. Em vários locais, os casos de maus-tratos e de outras violações de direitos costumam ser encaminhados para as Varas da Infância e Juventude, para outra Vara no caso da não existência da Vara especializada, ou ainda para a Promotoria Pública, que, se for o caso devem ser notificados.

**M**as, mesmo naqueles locais em que há Conselho Tutelar em funcionamento, são muitas as dificuldades enfrentadas para que esse órgão cumpra com eficiência e eficácia o papel que lhe foi atribuído pelo ECA. Os problemas vão desde a falta de estrutura física que na maioria deles é precária, até às deficiências em questões mais substantivas. Essas dificuldades têm conseqüências práticas na

---

<sup>8</sup> Dados referentes ao ano de 1997/1998

atuação dos Conselhos Tutelares e são percebidas pelos profissionais de saúde quando lhes encaminham casos dos quais deveriam cuidar. Os questionamentos de muitos profissionais sobre a exigência da notificação costumam se referenciar em situações mal sucedidas, vividas por eles ou por colegas, em encaminhamentos feitos a Conselhos Tutelares. Muitas ponderações e relatos são procedentes e constatados por vários estudos (ANCED/MNMMR, 1997; IBAM, 1998; ISER, 1999; Silva, 2001).

**P**esquisas têm mostrado que a precária infra-estrutura dos Conselhos e a falta de pessoal preparado para cumprimento da missão de conselheiros vêm desestimulando muito as relações entre eles e os serviços de saúde. Frente à obrigação da notificação, muitas equipes de saúde ficam com dúvidas, têm resistências e sentem receios que acabam por dificultar a implementação das ações de encaminhamento. Essas dificuldades são assim expressas: (a) ocorrência de experiências negativas anteriores no trato com a família da criança vitimada; (b) receio do menino ou da menina ser enviado para o que popularmente se convencionou chamar "Funabem", ou para qualquer instituição pública que o(a) afaste do núcleo afetivo da família, causando-lhe maiores danos do que aqueles que já sofreu; (c) visão de que se trata de **um problema da família**, não sendo de responsabilidade de uma **instituição de saúde**; (d) temor de **estar enganado**, notificando uma **suspeita infundada**; e) desconhecimento de quais situações deveriam ser realmente notificadas; f) falta de clareza sobre o processo de notificação (Deslandes, 1999, 2000).

**O**s argumentos evocados pelos profissionais de saúde, em relação aos problemas que os Conselhos Tutelares enfrentam para se firmarem como órgãos de proteção à criança e ao adolescente, freqüentemente correspondem à realidade. Porém, não basta criticar, cabe à sociedade e também aos que atuam no setor, cobrarem dos poderes públicos que sejam garantidas a esses órgãos, as condições necessárias para que cumpram sua missão ou até, se for o caso, assumir responsabilidade cidadã de procurar se informar sobre o processo de escolha dos conselheiros, obtendo informações sobre os candidatos e votando nos mais adequados. Também pode atuar se candidatando, colocando assim sua experiência profissional a serviço do Conselho.

#### **4.1 Relações entre os serviços de Saúde e os Conselhos Tutelares**

**A** integração entre o setor Saúde e os Conselhos Tutelares ainda se encontra relativamente pouco expressiva, em todas as regiões do país (IBAM, 1998). Isso mostra o quão pouco se tem feito pela integração destes dois serviços, os de saúde e os específicos do Conselho, tão essenciais ao crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam os procedimentos que os Conselhos adotam com as vítimas por eles encaminhadas.

**T**eixeira (1999) divide a metodologia de atendimento do CT nas seguintes etapas: **notificação ou denúncia**<sup>9</sup>, **constatação**, **aplicação de medida em caráter emergencial**, **estudo de caso**; **aplicação de medida principal**; **acompanhamento e arquivamento**.

**A** intervenção do Conselho Tutelar se dá a partir de uma *denúncia ou notificação* de que os direitos de uma criança ou adolescente estão sendo violados ou ameaçados. Isto significa que a partir de então, se inicia um procedimento para restabelecer o estado de direito da criança ou do adolescente, mas também uma atuação preventiva para que essa transgressão não venha a acontecer novamente. O Conselho Tutelar não precisa de provas evidentes para apuração de uma **denúncia** que poderá ser feita inclusive anonimamente.

**Q**uando a informação contra alguém chega ao Conselho Tutelar, a notificação é averiguada pelos conselheiros e técnicos que ali trabalham. Um dos primeiros problemas que surge é a impossibilidade de localizar alguns casos. Tomando-se como exemplo, os dez Conselhos Tutelares do município do Rio de Janeiro, em 12% dos casos encaminhados pela Secretaria de Saúde, não foi possível localizar a criança e sua família; em 29%, não houve comprovação de maus-tratos, findando-se aí as atividades executadas pelo órgão. Outros 59% dos casos notificados foram confirmados, iniciando-se outras ações (Silva, 2001).

**N**as relações com os serviços de saúde, várias estratégias são utilizadas para o recebimento das notificações provenientes deles. Quando há uma boa relação entre ambas as instituições, antes do envio da notificação via fax ou correio, ocorrem contatos telefônicos em que profissionais de saúde e conselheiros discutem sobre as condutas que auxiliariam no atendimento imediato ao caso. Esse breve contato abrevia o trabalho do Conselho; reduz a possibilidade de acontecer outra situação desgastante para a vítima, pela repetição do atendimento que muitas vezes em si é invasivo e humilhante; e permite uma avaliação mais interprofissional; além de ampliar a informação sobre o caso.

**A** **averiguação** do caso costuma ser feita através da notificação aos pais, responsáveis ou outras pessoas envolvidas, para que compareçam ao Conselho ou por meio de visita domiciliar. Preferencialmente a visita se faz ao local onde ocorreu a violação. A entrada em um domicílio geralmente é feita com a permissão de seus moradores e os motivos desse encontro, devem ser esclarecidos pelos conselheiros. Os conselheiros cuidam para não “forçar a entrada” em uma casa a não ser, por motivos de força maior e, sobretudo, quando a criança ou o adolescente esteja sofrendo risco de vida.

---

<sup>9</sup> O termo denúncia é mais utilizado nos casos de informação anônima; chama-se notificação quando o caso é reportado por profissionais de saúde e educação.

A realização de visitas ao domicílio depende de inúmeros fatores. Os Conselhos do Município do RJ conseguiram efetivar a ida aos locais de moradia em 27,9% dos casos em que se confirmaram os maus-tratos. Muitas vezes a averiguação é dificultada porque o endereço que consta da notificação não é real (até como estratégia da família para não ser questionada) ou está incompleto. Outra restrição relatada pelos conselheiros, diz respeito à dificuldade de sua ida a determinadas comunidades, sobretudo naquelas das quais vulgarmente se diz, “terem donos” que impedem a entrada a estranhos. No caso do Rio de Janeiro tais proibições são freqüentes em favelas dominadas por tráfico de drogas. Por vezes, pessoas da comunidade onde mora a criança ou o adolescente e da escola que freqüenta são entrevistadas, visando a colaborar na investigação da veracidade dos fatos.

Constatada a denúncia de violação dos direitos da criança ou do adolescente, algumas vezes cabe ao conselheiro aplicar uma **medida em caráter emergencial** para que a situação de risco seja cessada imediatamente. Um caso mais complexo exige que seja feito um **estudo de caso** com elaboração do quadro situacional dos envolvidos naquele evento. Para isso, levam-se em conta os aspectos socioeconômicos da família, a dinâmica familiar, o fato da vítima já ter ou não passado por alguma instituição de atendimento, a sua situação escolar (se for o caso) e a sua situação médica.

O **estudo de caso** visa a apoiar os conselheiros na definição da medida a ser tomada. Embora os conselheiros sejam pessoas com experiência na área da infância e juventude e inseridos na comunidade, freqüentemente, não têm formação profissional como psicólogos, assistentes sociais e outras, necessitando de assessoria para chegar a uma decisão. Assim o conhecimento técnico, essencial a um **estudo de caso**, fica estruturalmente suprido pela presença da equipe técnica. Entretanto, no país, apenas 42,5% dos Conselhos Tutelares, até o momento, contam com o suprimento dessa necessidade ou com pessoal administrativo para dar apoio (IBAM, 1998). Mesmo em localidades onde existe equipe técnica, constatam-se muitas deficiências na participação da equipe para elaboração e discussão dos relatórios que fundamentam as decisões de encaminhamentos.

Feito o **estudo de caso** o Conselho Tutelar aplica, dentro das suas competências, as medidas previstas pelo ECA, na intenção de cessar aquela situação denunciada: a chamada “**aplicação de medida**”. Para isso pode, entre outras ações, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança pública.

Para possibilitar a execução das medidas, vários **procedimentos e encaminhamentos** são necessários. Toma-se como exemplo o funcionamento e a dinâmica dos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro, que evidenciam problemas semelhantes aos que são constatados nacionalmente. Isso pode eventualmente permitir a generalização das conclusões. Observa-se que os procedimentos mais executados no atendimento foram entrevistas com os responsáveis e o agressor. Poucas crianças vítimas e poucos pais, responsáveis ou outros agressores foram encaminhados para acompanhamento médico ou psicológico, refletindo a dificuldade da integração da rede social. As creches públicas, o

Juizado da Infância e Juventude e o Ministério Público foram as instituições mais acionadas para apoio. Foram, em geral, múltiplos os atendimentos a cada caso. Uma rotina extensa de atividades foi incrementada, na maioria dos casos, contemplando os atendimentos de urgência e os acompanhamentos. Nos Conselhos Tutelares do Município do Rio de Janeiro o tempo entre o primeiro atendimento e o fim das ações foi relativamente curto: menor que um mês em 49% dos casos e de 1 a 3 meses, em 31%.

**D**o ponto de vista filosófico, constata-se que a conduta dos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro tem sido a de manter a maioria das crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos com a família ou com parente. Um reduzido número tem sido encaminhado para família substituta ou para um abrigo, e apenas quando há dificuldades de manter a vítima no âmbito de suas relações primárias. A maioria dos agressores também tem permanecido nos locais onde vivem e nos postos que ocupam.

**O** encaminhamento para o Juizado da Infância e Juventude e o Ministério Público (MP) costuma ser efetuado em situações específicas. No Rio de Janeiro, em apenas 20% dos casos confirmados existiu a parceria do Conselho com o Ministério Público, quando foi o caso de destituição do pátrio poder ou para a necessidade inequívoca de afastar o agressor do seu próprio lar. Algumas vezes o Conselho teve que aplicar uma medida em caráter emergencial, como por exemplo, encaminhar a criança para um abrigo até que a ameaça de violação fosse cessada. Em alguns municípios, quando há condições para isso, o próprio Conselho abriga provisoriamente a criança, impossibilitada de retornar ao domicílio, ou quando não há abrigos disponíveis.

**A**o efetuar o encaminhamento, o Conselho necessita realizar o **acompanhamento** das medidas aplicadas, a fim de assegurar se as mesmas estão mudando de forma significativa a situação que gerou a violação, podendo inclusive, se for o caso, **aplicar novas medidas**. Cessada a ameaça de violação ou restaurados os direitos, o caso geralmente é **arquivado**. No entanto, se for o caso, poderá ser reaberto a qualquer momento.

**S**ão muitos os obstáculos enfrentados pelos Conselhos Tutelares no país, fazendo com que a atuação hoje existente ainda esteja muito longe do ideal. Os aspectos que mais prejudicam a sua eficácia têm sido:

- falta de infra-estrutura, dificultando a realização do trabalho com as crianças e adolescentes e suas famílias. A maioria possui apenas uma sede com um aparelho de telefone: faltam computadores, fax, carro, motorista e combustível para locomoção dos conselheiros nas suas visitas domiciliares ou a instituições;
- precária manutenção financeira, tornando o Conselho dependente da boa vontade ou da vontade política, situação decorrente da dependência à Secretaria Municipal à qual está vinculado ou ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que nem sempre lhes dão a devida relevância;

- remuneração dos conselheiros muito baixa e frágil e inseguro vínculo de trabalho: 85% deles recebem entre ½ e 3 salários mínimos em todo o país, não possibilitando a sua dedicação ao trabalho (IBAM, 1998). Muitos conselheiros ficam períodos sem receber; não têm direito a férias ou a décimo terceiro salário. Essa situação obriga à dedicação apenas parcial de muitos conselheiros, premidos pela necessidade de sua própria sobrevivência. Alguns conselheiros não recebem nenhuma remuneração, trazendo mais transtornos para o desenvolvimento das ações nessas localidades;
- capacitação deficiente e falta de continuidade na formação;
- demanda excessiva de trabalho: qualquer previsão agendada pode ser modificada pelas “emergências”; dificultando uma ação programada, continuada e prolongada.
- falta de pessoal, técnico e administrativo, especialmente profissionais de saúde mental;
- problemas na atribuição de responsabilidades e de divisão de trabalho e poder entre conselheiros e técnicos.

**O** outro problema muito comum é a falta de retorno em relação aos desdobramentos para solução dos casos de maus-tratos. Assim como os profissionais de saúde se queixam da falta de retorno das informações enviadas ao Conselho Tutelar, os conselheiros se ressentem que o Ministério Público, quando acionado por eles, costuma não dar retorno sobre o prosseguimento dos casos. No Rio de Janeiro, em apenas 7% dos casos houve retorno sobre o desfecho do processo no Ministério Público. Todo esse descompasso dificulta um atendimento integrado, necessário ao bom desfecho a favor da proteção da vítima.

**P**or tudo isso, a qualidade das informações gerada nos Conselhos costuma ser precária, dificultando uma análise mais efetiva e melhor direcionamento das atividades e das decisões. Um levantamento feito nos cadastros dos Conselhos do Rio de Janeiro mostrou falta de informações básicas sobre a vítima e sua família e o agressor, sobre os procedimentos adotados para a averiguação do evento notificado e sobre os desdobramentos do caso.

**P**elo que já foi explicitado, torna-se urgente a implantação de um registro padrão e uma padronização dos fluxos de informação, de forma a se constituir, como o que aqui está sendo proposto, um Sistema de Informação.

**O** Conselho Tutelar tem poder, por exemplo, para intervir a favor de crianças e adolescentes fora da escola ou que estejam trabalhando. Tem poder para exigir atendimento psicológico na rede pública para a vítima, sua família ou qualquer de seus agressores. Pode, enfim, fazer a conexão entre vários profissionais, serviços e setores, ampliando o suporte para superação da cultura de violência intrafamiliar ou institucional. É portanto, um amparo aos profissionais de saúde que não podem e não devem assumir a totalidade do encaminhamento necessário ao andamento dos casos de maus-tratos. Assim, o objetivo maior da proposta de notificação é que esta seja um instrumento efetivo para facilitar o acesso a uma rede de proteção para as crianças e os adolescentes.

## 5 REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL

**A**breu Filho (1999/2000), estudando a atuação do serviço de saúde e do Conselho Tutelar em Florianópolis, descreve que mais da metade dos casos graves atendidos não tiveram solução definitiva, geralmente pela ausência de políticas públicas adequadas. Essa realidade mostra-se a mesma em todo o país. Tanto o atendimento da saúde quanto o do Conselho Tutelar carecem de rede de proteção social. Salles (1999) argumenta que no Brasil é mais apropriado falar de rede de inclusão social, uma vez que a ampla maioria da população não tem meios suficientes de subsistência.

**U**ma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Há necessidade de que os componentes da rede: definam coletivamente os objetivos; agreguem as pessoas, grupos ou organizações disponíveis em redor desses objetivos; definam fluxos de acordo com cada tipo de necessidade e gravidade do caso; abdicuem de créditos individuais, pois o mérito é de todo o grupo e o crédito deve ser de todos; discutam e negociem a condução do trabalho (Whitaker, 1993; Costa, 1999; Türck, s/d).

**U**m município que tem desenvolvido experiência neste sentido é o de Niterói/RJ. Desde 1998 foi criada a **Rede Municipal de Atendimento Integrado à Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos**, visando a agilizar o andamento dos casos, diminuindo conseqüentemente a duplicidade de procedimentos e de exposição e sofrimento das crianças e adolescentes vitimados. Foram definidos os órgãos que recebem a denúncia, que a encaminham ao Conselho Tutelar que centraliza todas as notificações do município. Os procedimentos adotados dependem da constatação do caso, seguindo um fluxo de atendimento específico para cada situação.

**O**utra cidade que iniciou a constituição de uma **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência** é Curitiba, que no ano 2000 iniciou um estudo piloto para operacionalizar o atendimento e testar uma Ficha de Notificação Compulsória das Vítimas de Violência. Diversas instituições aliaram-se para criar uma rede de apoio. Dela participaram órgãos como a Prefeitura, a Secretaria Estadual de Educação, hospitais, universidades, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, Sociedade de Pediatria, Fundações e Institutos. As figuras 1, 2 e 3 apresentam os três tipos de fluxos propostos, de acordo com a gravidade dos casos: leves, moderados ou graves. Essa gravidade não é apenas medida pela presença ou ausência de lesões físicas, mas sim pelas características da agressão sofrida pela vítima, suas características físicas e comportamentais e pelas de sua família. Embora a implementação da rede ainda não tenha se estabelecido completamente, avanços têm se dado neste sentido.

Figura 1: Fluxo de atendimento no caso de violência leve

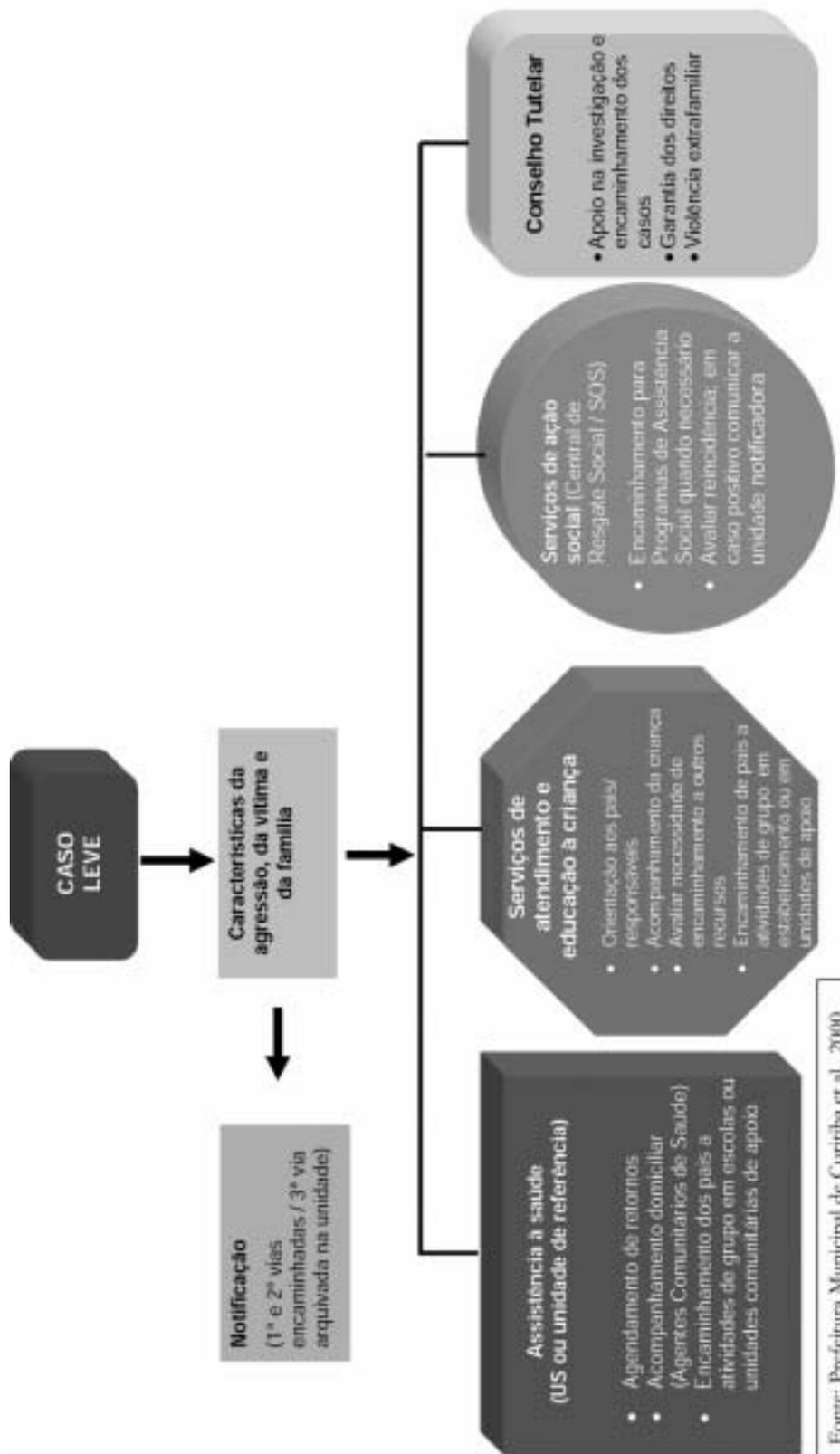


Figura 2: Fluxo de atendimento no caso de violência moderada

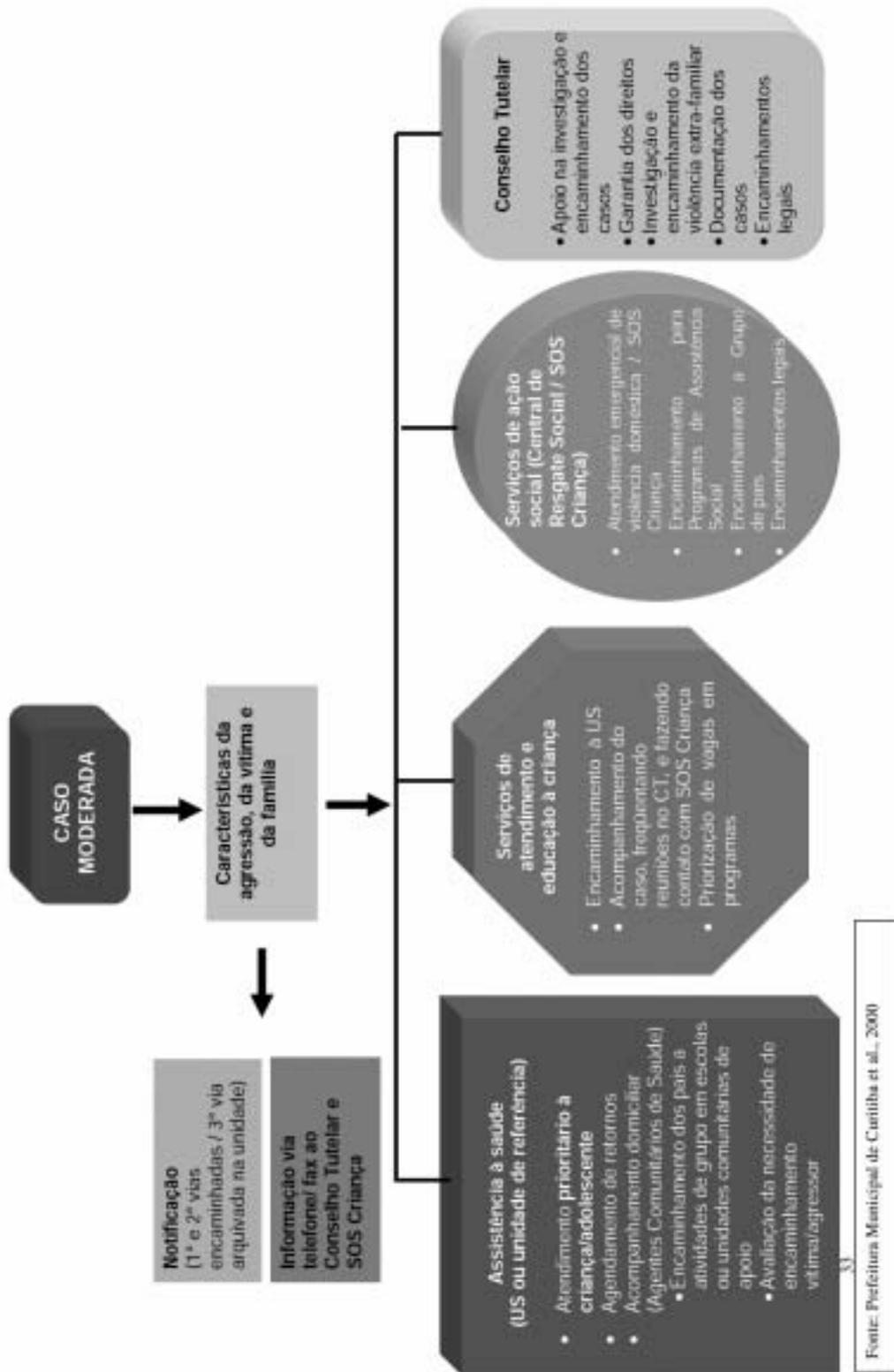
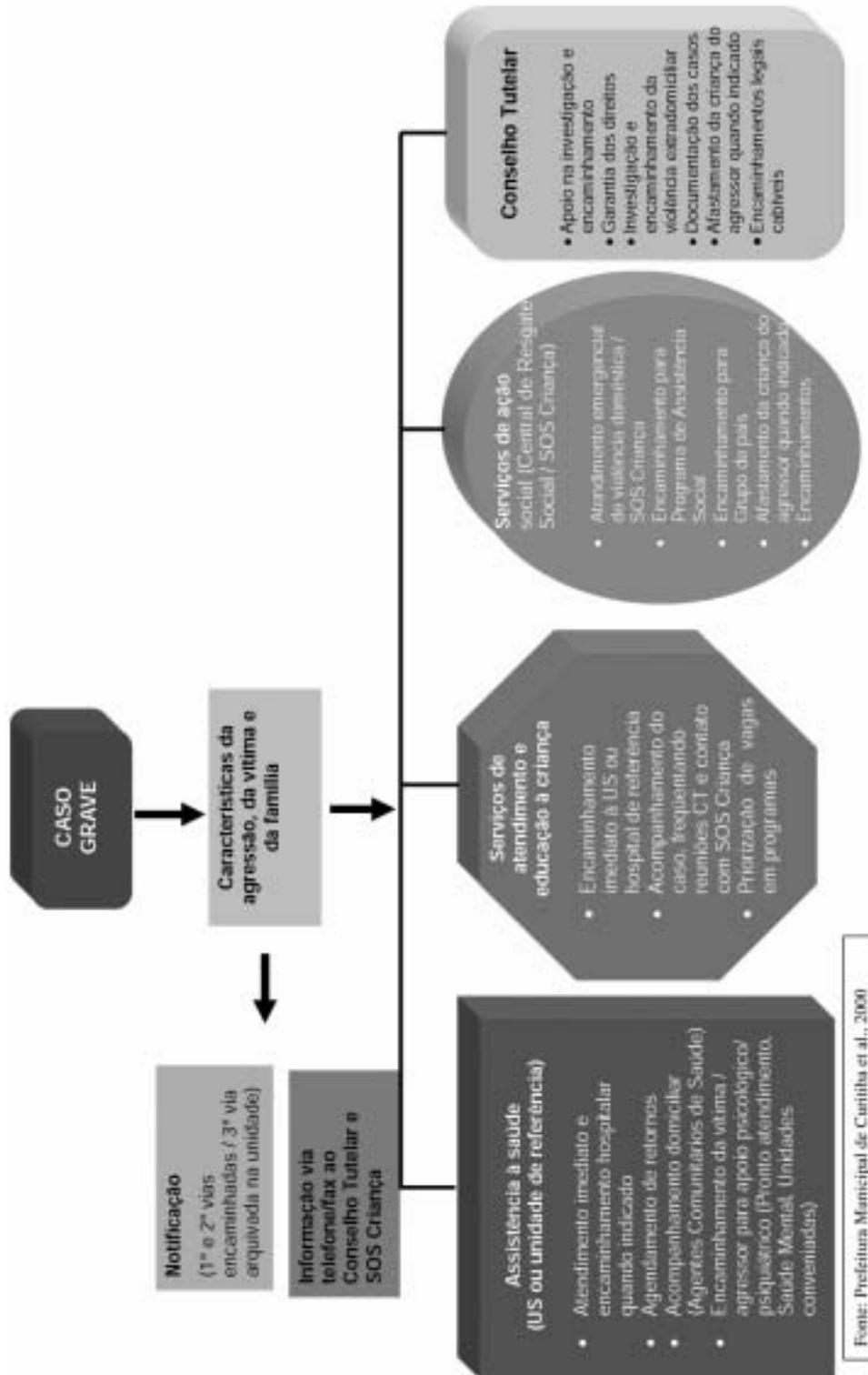


Figura 3: Fluxo de atendimento no caso de violência grave



Nessa Rede são traçadas as normas e definidas as atribuições de cada profissional e instituição envolvidos. Definem-se normas relativas ao atendimento ambulatorial e hospitalar e coloca-se como prioridade a orientação familiar. A ênfase desse trabalho é a violência no âmbito do lar, pois os dados para 1999, em Curitiba, revelaram que em 46% dos casos a família foi o agente violador do direito; e em 41% dos casos, a vitimação foi perpetrada na convivência familiar e comunitária.

Outros municípios como o de Vitória da Conquista, conta com uma bem estruturada **Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente**,<sup>10</sup> composta por onze entidades, visando: integrar as entidades de atendimento; articular ações de entidades governamentais e não-governamentais; desenvolver atividades de captação de recursos e gerenciamento; dar formação específica e treinamento aos profissionais que atuam nos diversos programas e serviços; assegurar fluxo contínuo de recursos ao fundo, para atender as necessidades das entidades que compõem a rede; avaliar e monitorar as prestações de contas das entidades cujos recursos foram captados pela rede; construir uma rede de informações dotada de banco de dados e sistema informatizado.

A iniciativa da formação de redes de atendimento também tem envolvido empresas do terceiro setor, que vêm investindo recursos financeiros na defesa e no atendimento à infância e adolescência em situação de risco social e pessoal<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://www.pmvc.com.br>

<sup>11</sup> Algumas empresas abriram fonte de financiamento que facilitam o surgimento das redes sociais de apoio e proteção à criança. Dentre elas estão a Fundação Telefônica e o BNDES.

## 6 PROPOSTA DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Um sistema de notificação precisa de um instrumento que viabilize a coleta sistemática e padronizada de informações. Por isso se propõe uma ficha que possa ser difundida em toda a rede de serviços do SUS. Essa ficha deverá conter os quesitos necessários para a identificação e caracterização da criança ou do adolescente, da sua família, da instituição maltratante (se for o caso), do agressor e da violência sofrida. Igualmente deverá conter espaço para identificação do profissional e da Unidade de Saúde que notificaram. **A ficha tem como escopo, construir um relato claro e compreensivo sobre o problema, dando informações e até mesmo sugestões aos conselheiros tutelares e demais autoridades de saúde.**

A ficha de notificação funciona como importante instrumento de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e diagnosticaram o ato de violência.

Com a finalidade de coordenar a organização dessa rede de informação, o Ministério da Saúde elaborou uma **proposta de ficha de notificação**, a partir da contribuição de várias já existentes, que estão sendo usadas experimentalmente por várias secretarias e serviços de saúde. A ficha proposta sugere a apresentação de **informações essenciais e gerais para compor um Sistema Nacional**, podendo e devendo ser ajustada à necessidade e à realidade local. Buscou-se construir um instrumento simples e de fácil manejo pelo profissional ou pela equipe de saúde, geralmente muito ocupados, e que ao mesmo tempo garantisse a qualidade da informação. O seu preenchimento deve ser feito, se possível, após discussão do caso pela equipe. Sugere-se que esse documento seja preenchido pelo menos em duas vias, ficando uma cópia na Unidade de Atendimento e a outra seguindo para o Conselho Tutelar. Posteriormente, a unidade deve enviar à Secretaria Municipal de Saúde (ou ao órgão correspondente nos locais onde não haja estrutura de secretaria) uma cópia para fim de consolidação das estatísticas municipais, para viabilização de estudos epidemiológicos e outras providências técnico-políticas. No caso da não existência do Conselho Tutelar (embora aqui se considere que deva ser criado, por ser uma exigência do ECA), as notificações deverão ser feitas à instituição responsável pela proteção da criança e do adolescente. De qualquer forma, ao setor saúde caberá manter seu sistema de informação.

A seguir, apresenta-se uma proposta de modelo da ficha de notificação.

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança, a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

### I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço da unidade: \_\_\_\_\_

Telefones.: \_\_\_\_\_

Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

\_\_\_\_\_

### II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro na unidade: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Responsável(is) Legal(is):

\_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_

Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel. p/contato: \_\_\_\_\_

Referência para localização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)

Maus-tratos identificados/Causador(es) provável(is) dos maus-tratos:

Abuso Sexual Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Abuso Psicológico Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Negligência Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Abandono Mãe ( ) Pai ( ) Desconhecido ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Outras síndromes especificadas de maus-tratos \_\_\_\_\_

Síndrome não especificada de maus-tratos \_\_\_\_\_

Descrição sumária do ocorrido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)**

---

---

---

---

---

**V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE**

---

---

---

---

---

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO:**  
ver instrutivo atrás da ficha

-----  
Assinatura e carimbo da Direção

## **INSTRUTIVO**

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

### **I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA QUE REALIZOU O ATENDIMENTO**

Preencher com o nome e a categoria do profissional ou dos profissionais que atenderam à vítima de maus-tratos.

### **II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE VÍTIMA DA VIOLÊNCIA**

- Registro na unidade – número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável(is) legal(is) – caso não sejam os pais biológicos
- Grau de relacionamento – parente, pai, mãe, padrasto, avó, amigo da família, vizinho, outros.
- Endereço, telefone e referência – identificação de onde pode ser localizada a criança ou o adolescente vítima de maus-tratos.

### **III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Os maus-tratos são atos físicos, psicológicos e sexuais danosos aos meninos e meninas; ou omissões e negligências que também lhes causam danos físicos, sexuais ou emocionais. Os atos violentos podem ocorrer isolados, embora freqüentemente aconteçam de forma associado.

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10.<sup>a</sup> revisão, CID10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente vítima de violência atendido deverá ser preenchida uma ficha específica.
- Quando as fichas para uso de identificação de maus-tratos forem impressas, no seu verso deve constar a relação de instituições locais que prestam atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e outras informações consideradas úteis e necessárias.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para discussão do encaminhamento que deveria ser dado ao caso, o profissional ou a equipe de saúde deverá contatar a Gerência do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal ou o órgão local que cumpre a função de coordenação desses serviços.
- A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de qualquer forma de maus-tratos contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a notificação desses casos os profissionais devem utilizar a Ficha de Notificação que contém instrutivo para preenchimento no verso.

- A ficha deve ser enviada pela direção da unidade o mais rapidamente possível ao Conselho Tutelar da Área mais próxima à moradia da criança ou do adolescente; para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o mesmo e o serviço de saúde, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- Lembra-se que a atenção e a notificação dos casos é responsabilidade da Unidade também, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.
- É importante que o setor da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelos programas voltados às crianças e aos jovens, conheça o número e a natureza dos casos que ocorrem no município, para que possa ir definindo estratégias de atenção e de prevenção adequadas à superação dos problemas de maus-tratos.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e sejam informados sobre a necessidade e a importância do adequado preenchimento da ficha de notificação.

## 7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um Sistema de Notificação para os maus-tratos dará visibilidade epidemiológica e social ao problema, permitindo o planejamento de ações no campo da saúde e outras áreas que lidam com a infância e a juventude e estimulando a formação de uma rede de proteção. Contudo, a criação desse sistema não pode ser vista como um substituto do desenvolvimento e implantação de propostas de prevenção à violência. Isto é, paralelo à implantação da ficha de notificação é essencial investir em atividades educativas com pais, profissionais da rede pública e com as próprias crianças e adolescentes.

A relação entre a rede municipal de saúde e os Conselhos Tutelares ainda está sendo construída. A fragilidade do setor saúde no atendimento aos casos de maus-tratos e o desconhecimento generalizado das atribuições do Conselho Tutelar (também frágil para solucionar os casos notificados), acabam por gerar insatisfação, desentendimentos e descrédito por parte de profissionais de saúde nas ações daquele órgão. No entanto os problemas vivenciados pelos dois setores são os mesmos: a falta de infraestrutura (espaço físico, viaturas, telefone, pessoal), o despreparo dos profissionais, a enorme demanda e o quadro de pobreza crônica da população que procura esses serviços.

A falta de retorno dos desdobramentos do caso, tão reclamada pelos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, reflete a falta de integração entre os dois setores. Nesse sentido, seria de fundamental importância que ambos pudessem trabalhar juntos no acompanhamento dos casos trocando mais informações e expondo mais as suas limitações. Assim efetivariam uma parceria em busca da cidadania não só das crianças e adolescentes maltratados, mas, também dos profissionais, unindo-se na luta por direitos definidos em lei e não cumpridos pelo poder público e por boa parte da sociedade.

A insuficiência das políticas públicas básicas e em especial de atendimento às vítimas de maus-tratos acabam por reforçar a idéia de que os Conselhos Tutelares não resolvem os casos, prejudicando sua credibilidade.

De imediato, a realização contínua de debates e discussão sobre o tema; uma maior integração entre profissionais de saúde e conselheiros tutelares; a sensibilização e capacitação permanente dos profissionais de saúde para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos ao Conselho Tutelar; a capacitação dos profissionais dos Conselhos Tutelares; e a criação de centros de referência de saúde para o atendimento dos casos de maus-tratos de maior complexidade parecem ser boas sugestões para o enfrentamento da questão.

Uma sugestão que parece fundamental é criar estratégias para atendimento específico dos principais problemas relacionados à violência contra a criança e o adolescente que permitam ter soluções eficientes e eficazes. Sugere-se que, em primeiro lugar, possa haver uma **sensibilização maciça de todos os profissionais de saúde e de educação que atuam com esse grupo social**. No entanto, dada a necessidade de atendimentos especializados, o Sistema de Saúde poderia trabalhar com a idéia de

referência para os casos de maior complexidade, como o faz para diferentes tipos de enfermidade. Por exemplo, em cidades grandes como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e outras inclusive de porte médio, a Secretaria de Saúde poderia investir em alguns centros, especializando pessoas ou grupos e oferecendo-lhes condições especiais de trabalho. Por sua vez, os Conselhos Tutelares e toda a rede seriam informados de que os casos que necessitassem de acompanhamento médico ou psicológico mais especializados, tanto para vítimas como para agressores deveriam ser encaminhados para esses locais. Tal estratégia responderia a uma queixa de ambas as partes, pois os profissionais de saúde reclamam que não adianta notificar ao Conselho se acabam recebendo de volta os pacientes; e do Conselho, que resente da falta de perspectiva de dar continuidade terapêutica às vítimas e aos agressores, sobretudo, no caso das primeiras, quando têm lesões físicas e emocionais mais graves.

**P**ara os municípios menores, pelo menos uma clínica deveria ser preparada pelo poder público, para atendimento e acompanhamento de casos de maior complexidade, e sua atribuição pelo Sistema, como referência, ser conhecida pelo Conselho e por toda a rede de saúde e de educação. No caso dos municípios muito pequenos e de locais do interior onde qualquer tipo de especialização da rede se torne difícil, pelo menos uma pessoa, um clínico por exemplo, deveria ser credenciado para o atendimento dos problemas a que se está aqui aludindo. Pode-se também pensar em uma rede que transcenda o próprio município, estabelecendo parcerias regionais, possibilitando que cidades pequenas possam contar com serviços especializados de municípios próximos, servindo como “pólo” de atenção.

**N**ão se pode esquecer de que, mesmo em localidades aparentemente muito pacíficas e cordatas, a violência intrafamiliar, por exemplo, faz parte das condutas e da cultura mais ancestrais. Portanto, trabalhar para modificar tal situação é, sem dúvida, um ato político fundamental para o avanço do processo de cidadania do país. Mas se trata de um ato político sem os arroubos da política tradicional, que veste a roupagem do cotidiano e interfere na trama das relações que reproduz a cultura da violência. A cultura, nunca se deve esquecer, é um espaço de expressão da subjetividade, mas é também um lugar objetivo, por onde passam e ganham cor e forma os atos simbólicos, o imaginário relacional e as diferentes formas de dominação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. C. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*, 1998. (Dissertação de mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DEFESA (ANCED); Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR). *Conselhos Tutelares no Brasil: perfil dos conselheiros e atuação no Sistema de Garantia de Direitos*. Recife: ANCED/MNMMR, 1997.
- ABREU FILHO, H. *O Serviço de saúde e o Conselho Tutelar no sistema de garantia de direitos*. Florianópolis, Santa Catarina, 1999/2000. 61 p. Mimeografado.
- BESHAROV, D. J. Overreporting and underreporting are twin problems. In: GELLES, R. J.; LOEKE, D. R. (Orgs.) *Current controversies on family violence*. Newbury Park: Sage Publications, 1993, p. 257-272.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01 publicada no DOU n.º 96 seção 1E, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei federal n.º 8.069 de 13/07/1990.
- COSTA, A. C. G. *O Nó e a rede: a articulação como princípio estruturador da política de proteção integral à criança e ao adolescente*. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 1999.
- DESLANDES, S. F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Revista Ciência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.81-94, 1999.
- DESLANDES, S. F. *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios*. (Tese de Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio Janeiro, 2000.
- FINKLHOR, D. The Main problem is still underreporting, not overreporting. In: GELLES, R. J. LOEKE, D. R. (Orgs.) *Current controversies on family violence*, 1993, p. 273-287.
- GONÇALVES, H.; FERREIRA, A. L. *A Notificação por violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, 2001. 20 p. Mimeografado.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). *Diagnóstico Nacional: a situação de implantação e grau de institucionalização dos CMDCA's, CT's e FLAs no Brasil*. Rio de Janeiro: IBAM, 1998
- INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO (ISER). Na “linha de frente” da questão da infância e juventude: uma análise da atuação dos Conselhos Tutelares do Município do Rio de Janeiro. *Comunicações do ISER*, n. 51, ano 18, 1999.
- PROTOCOLO de implantação da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2000. 58 p. Mimeografado.
- REDE municipal de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Niterói, 2000. 16 p. Mimeografado.
- SALLES, R. Rede de inclusão social: uma proposta da sociedade. *Proposta*, ano 28, n. 81, p.16-19, jun./ago., 1999.
- SILVA, K. H. *A Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares*, 2001. (Dissertação de mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES, SEDH-MJ, 2000.
- STEIN, T. J. Legal perspectives on family violence against children. In: HAMPTON, R. L. (Org.). *Family violence: prevention and treatment*, 1993, p. 179-197.
- TEIXEIRA, S. H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. R. *Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Littteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1998, p. 101-114.
- TÜRCK, M. G. *Articulação de recursos e formação de redes internas e sociais*. Porto Alegre, 19--?. 6 p. Mimeografado.
- WHITAKER, F. *Rede: uma estrutura alternativa de organização*. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, 1993. 4 p. Mimeografado.

ANEXO



**PORTARIA n.º 1.968/GM,  
em 25 de outubro de 2001 (\*)**

Publicada no DOU N.º 206 de 26/10/01  
Seção 1 – Página 86

**Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.**

O Ministro de Estado da Saúde, com apoio Art. 87, inciso II, da Constituição Federal, considerando

- o disposto no Capítulo I do Título II da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990;

- os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS n.º 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001, resolve:

Art. 1.º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS deverão notificar, aos Conselhos Tutelares da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Art. 2.º Definir que a notificação de que trata o Artigo 1.º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo único. O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

(\*) Republicada no Diário Oficial da União 226, Seção I, Pág. 21, em 27 de novembro de 2001, por ter saído com incorreção, do original, publicado no Diário Oficial 206, de 26 de outubro de 2001, Seção 1, Pág. 86.

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade –Lei n.º 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do adolescente)

<b>I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO</b>				
Data do atendimento: ____/____/____				
Unidade: _____				
Endereço da unidade: _____				
Telefones.: _____				
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____ _____				
<b>II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE</b>				
Nome: _____				
DN: ____/____/____				
Idade: _____	Sexo: _____	Registro na unidade: _____		
Filiação: _____ _____				
Responsável(is) Legal(is): _____ _____				
Acompanhante: _____				
Grau de Relacionamento: _____				
Endereço: _____ _____				
Telefone para contato: _____ _____				
Referência para localização: _____ _____				
<b>III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)</b>				
<b>Maus-tratos identificados/Causador (es) provável dos maus-tratos:</b>				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____				
Síndrome não especificada de maus-tratos _____				
Descrição sumária do ocorrido: _____ _____				

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATENÇÃO:  
assinatura e carimbo da Direção

Ver instrutivo no verso da ficha

## INSTRUTIVO

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

### I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Profissionais envolvidos no atendimento: preencher com o nome e a categoria dos profissionais que atenderam a criança/adolescente.

### II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

- Registro na unidade - número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável (is) Legal (is) - caso não sejam os pais biológicos.
- Grau de Relacionamento – Especificar se é: parente - Pai, Mãe, Padrasto, Avó, etc.; amigo da família; vizinho, etc.
- Endereço, Telefone e Referência - identificação de onde pode ser localizada a criança/adolescente.

### III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos de ação (físicos, psicológicos e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança/adolescente sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais. Estes maus-tratos podem ocorrer isolados, embora freqüentemente estejam associados.

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10.<sup>a</sup> revisão, CID 10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente atendido deverá ser preenchida uma ficha.
- Deverá constar no verso da ficha a relação de instituições locais que prestem atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e informações úteis.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para encaminhamento/discussão do caso, contatar as Gerências dos Programas da Criança e do Adolescente das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.
- A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a notificação destes casos, os profissionais devem utilizar a Ficha de Comunicação que contém instrutivo para preenchimento no verso.
- A ficha deve ser enviada pela direção da unidade, o mais rapidamente possível, ao Conselho Tutelar da Área de moradia da criança/adolescente e para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o serviço de saúde e o Conselho, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- A atenção/notificação dos casos é responsabilidade da unidade como um todo, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, portanto, todos devem estar atentos à identificação dos casos e comprometidos com o acompanhamento destas crianças e adolescentes.
- É importante que a gerência local de saúde conheça o número e a natureza dos casos atendidos, de forma a definir as estratégias de intervenção adequadas.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e compreendam a importância do seu adequado preenchimento.