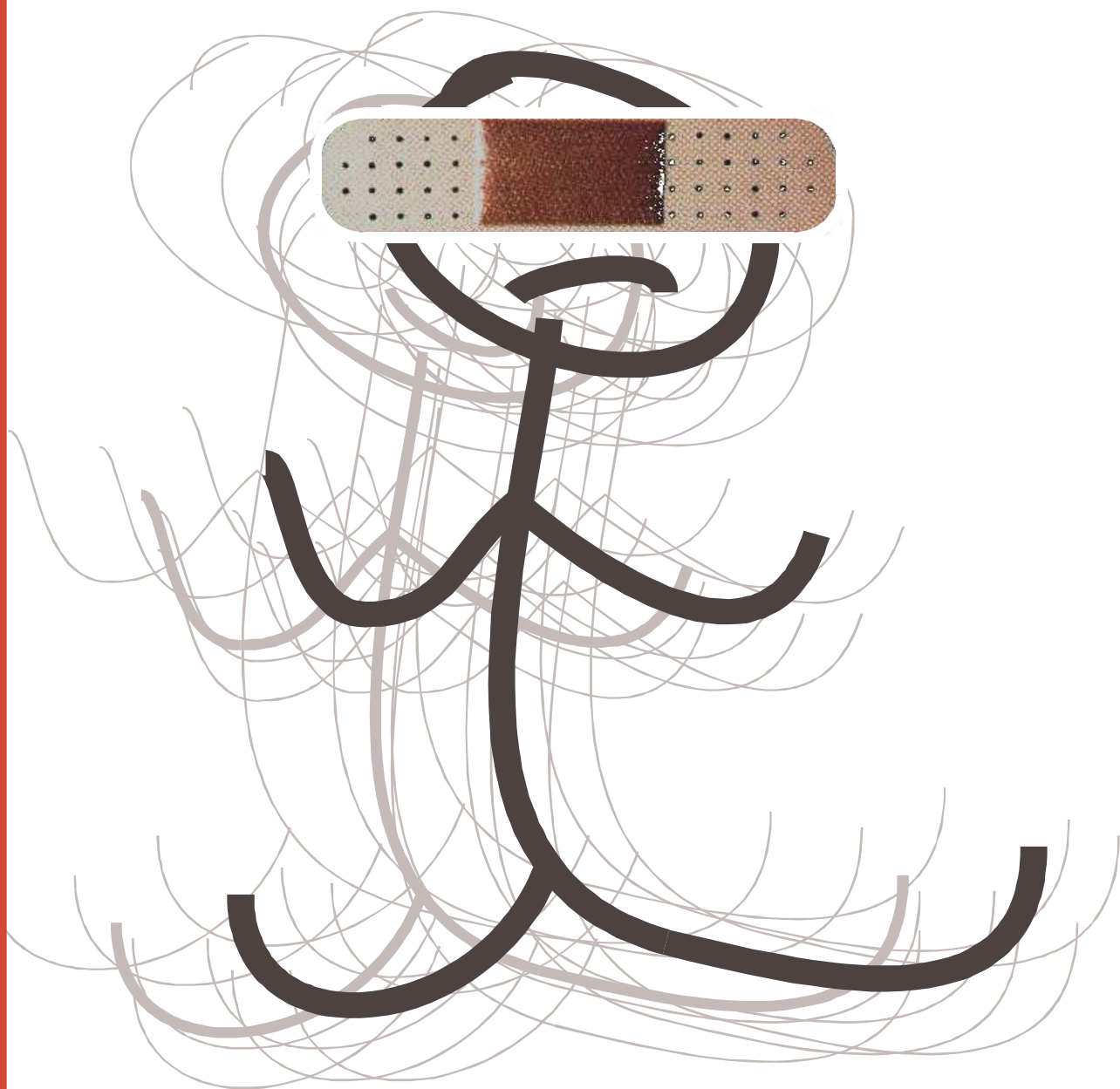


VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



**REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM
SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA**

Volume I - MANUAL DE ATENDIMENTO

**REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO
PARA A VIOLÊNCIA**

Volume I - MANUAL DE ATENDIMENTO

Curitiba 2002

5656565656.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Cássio Taniguchi

Prefeito

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA – IPPUC

Luiz Hayakawa

Presidente

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS

Marina Klamas Taniguchi

Presidente-

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS

Michele Caputo Neto

Secretário

SECRETARIA MUNICIPAL DA CRIANÇA

Marina Klamas Taniguchi

Secretária

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

Paulo Afonso Schmidt

Secretário

SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE

Ibson Gabriel Martins de Campos

Secretário

SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA – SPP

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

Presidente

CONSELHOS TUTELARES DE CURITIBA

Elizabeth Biela

Representante

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

Os documentos que orientam a constituição e funcionamento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência estão organizados nos seguintes volumes:

VOLUME I - MANUAL DE ATENDIMENTO

VOLUME II - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO

VOLUME III - MANUAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DA VIOLÊNCIA OU SUSPEITA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – N.O.

VOLUME IV - ESTRUTURAÇÃO DO BANCO DE DADOS

AGRADECIMENTOS

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência resultou de um trabalho integrado, intersetorial e multidisciplinar. Como tal, só se tornou possível graças ao trabalho valoroso de um conjunto de técnicos dos vários órgãos de Administração Municipal, de instituições parceiras como a Sociedade Paranaense de Pediatria e de inúmeros outros profissionais que de formas variadas e em diferentes momentos, deram sua contribuição.

Nossos agradecimentos aos profissionais das Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, da Criança, do Meio Ambiente, da Fundação de Ação Social, do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, Defesa Social da Secretaria do Estado de Educação, dos Conselhos Tutelares de Curitiba, da Sociedade Paranaense de Pediatria, da Universidade Federal do Paraná/NEICA/Mestrado de Psicologia da Criança e do Adolescente; da Associação Psicanalítica de Curitiba; da Sociedade Paranaense de Psicodrama; do Hospital Pequeno Príncipe; do Hospital Evangélico; do Hospital do Trabalhador; do Juizado da Infância e da Juventude; da Universidade Tuiuti; da Pastoral da Criança e a tantos outros cidadãos que oferecem seu tempo, seu conhecimento e sua energia em prol da paz na família, nas ruas, nas comunidades, nas cidades, no mundo.

Redação 1ª Edição

Carmen Regina Ribeiro
Socióloga - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Lígia Silva Pereira
Assistente Social - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Luci Pfeiffer Miranda
Médica - Sociedade Paranaense de Pediatria

Simone Tetu Moysés
Odontóloga - Secretaria Municipal da Saúde

Vera Lúcia Alves de Oliveira
Odontóloga - Secretaria Municipal da Saúde

Editoração 1ª Edição

Joseli Siqueira Giublin
Revisora - Secretaria Municipal da Educação

Marli Adelina Spichela
Digitadora - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Maurício Arenhart
Diagramador - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Revisão Técnica 2ª Edição

Carmen Regina Ribeiro
Socióloga - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Luci Pfeiffer Miranda
Médica - Sociedade Paranaense de Pediatria

Nádia Verônica Halboth
Médica - Secretaria Municipal de Saúde

Rossana Aronson
Assistente Social - Secretaria Municipal de Saúde

Agmara Ferreira de Carvalho
Estagiária de Estatística – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	8
1 - QUADRO ATUAL DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	9
2 - OBJETIVOS DA REDE DE PROTEÇÃO.....	11
2.1-Objetivo Geral	11
2.2-Objetivos Específicos.....	11
3 - MARCO CONCEITUAL.....	12
3.1 - Formas de Violência	12
3.2 - Características mais comuns da violência familiar.....	13
3.3 - Características mais comuns de crianças e adolescentes que apresentam risco para maus-tratos	14
3.4 - Características mais comuns de pais ou responsáveis que apresentam risco para a agressão.....	15
3.5 - Características mais comuns de famílias que a que apresentam risco para a agressão.	15
4 - SINAIS DE ALERTA E DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS.....	17
4.1 - Comportamentos e lesões mais comuns apresentados por crianças e adolescentes vítimas de violência.	17
4.2 - Comportamentos e lesões mais comuns de acordo com os tipos de agressão	18
4.2.1 - Agressão física	18
4.2.2 - Agressão psicológica.....	27
4.2.3 - Abuso, agressão, ou violência sexual	28
4.2.4 - Negligência	30
4.3 - Avaliando o nível de gravidade da situação	32
4.3.1 - Avaliação da vítima	32
4.3.2 - Avaliação da agressão	33
4.3.3 - Avaliação do agressor	34
4.3.4 - Avaliação da família	35
4.3.5 - Avaliação global do nível de gravidade do caso.....	36
5 - NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DA VIOLÊNCIA OU SUSPEITA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - N.O.	39
5.1 - Fluxo	38
5.2 - Modelo da ficha de N.O.	38
6 - CONSTITUIÇÃO DA RREDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA.....	42
6.1 - Diretrizes	41
6.2 - Proposta de atendimento: operacionalização	42
6.2.1 - Atendimento à saúde física e mental	42
6.2.2- Orientação Familiar.....	43
6.2.3- Priorização e atitude de proteção no atendimento	46
6.3 - Fluxo e procedimentos básicos para o atendimento	46
6.4 - Atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos na Notificação e no atendimento	50
7 - ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A ABORDAGEM DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA DIANTE DA SUSPEITA DE MAUS-TRATOS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

Apresentação

A violência contra a criança e o adolescente tem estado cada vez mais presente na vida cotidiana.

Vinculada à estrutura social, econômica e política em que as pessoas estão inseridas, trabalham e se relacionam, a violência traz sérias conseqüências para a saúde e a qualidade de vida não apenas de crianças e adolescentes, mas de toda a coletividade.

Violências contra a criança e o adolescente são uma grave violação dos seus direitos fundamentais definidos por lei na Constituição de 1988, em acordo com a convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, e regulamentados no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). Este determina que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", sendo "dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente".

O enfrentamento das questões de violência representa um desafio colocado às instituições governamentais e não governamentais, pois implica em mudanças culturais, políticas, econômicas e das relações sociais no processo de defesa da vida e da cidadania.

Ações políticas e sociais voltadas para a garantia dos direitos individuais e coletivos à vida com qualidade devem ser baseadas em estratégias públicas que enfatizem medidas intersetoriais e o fortalecimento da ação comunitária.

A promoção de ações de prevenção, assistência e proteção dos vitimados e suas famílias, além da responsabilização e do acompanhamento do agressor, é o resultado de uma política que exige um trabalho conjunto de construção permanente. Este documento pretende ser um instrumento norteador da atuação de todos os setores envolvidos na efetivação de um dispositivo para formulação de denúncias, articulação multissetorial para proteção e assistência e implantação de uma política de informação, prevenção e atendimento de situações de violência contra a criança e o adolescente em Curitiba.

1 QUADRO ATUAL DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Estima-se que dez por cento das crianças e adolescentes que chegam a um serviço de emergência em saúde sofrem maus-tratos, a grande maioria intradomiciliares, ocultos e repetitivos. Levando-se em conta ainda os "acidentes" devidos à negligência ou a falta de cuidados mínimos, essa porcentagem seria muitas vezes maior.

Sabe-se que apenas uma pequena minoria de crianças e adolescentes agredidos são levados à assistência médica, impossibilitando o diagnóstico, a denúncia e o desencadeamento dos meios de proteção ao menor.

A violência ou abuso na infância e adolescência têm estado diante de todos nas notícias de televisão, rádio, jornais e revistas. São sempre fatos que chocam, deprimem e trazem a evidência de falta de proteção a que estão submetidos crianças, adolescentes e também portadores de deficiências, dependentes de um adulto, chamado de "responsável", mas que nem sempre o é.

Ao contrário, na maioria dos casos de violência nesta faixa etária, ele ou ela "responsável" são os próprios agressores que humilham, batem, deixam de dar assistência mínima para a sobrevivência, violam sexualmente e chegam a levar à morte aqueles que deles dependem, seus próprios filhos, enteados ou familiares.

Sabe-se também que os casos graves de violência, que chegam a deixar seqüelas ou levar à morte, são, em sua maioria, de agressões rotineiras, com várias ocorrências anteriores, com relatos de atendimentos em clínicas ou prontos-socorros.

Nos Estados Unidos, mais de 1,5 milhão de crianças são atendidas anualmente por maus-tratos, com mil óbitos e 300 mil casos registrados de abuso sexual, por ano.

No Brasil, os números são poucos. Apenas alguns casos, nem sempre os mais graves, são levados ao conhecimento das autoridades competentes e, mesmo assim, os números assustam.

Em levantamento realizado pelo IPPUC / SMS - Projeto SIPAV (Sistema Integrado Para a Prevenção de Acidentes e Violências), durante o ano de 1998, no Instituto Médico Legal de Curitiba - IML, evidenciou-se um número significativo de crianças e adolescentes vítimas de violência. Foram registrados 1.496 ocorrências de crianças e jovens que sofreram agressões físicas como lacerações, hematomas, fraturas, traumatismos cranianos e violência sexual, entre outros agravos físicos e emocionais.

Entre os anos de 1993 e 1999, o SOS Criança prestou atendimento a 19.239 crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Em 1999, foram 2.655 casos, sendo que a agressão física ocorreu em 36,44% desses atendimentos, e outros diagnósticos como desabrigo, maus-tratos e abandono representaram 43,21% das ocorrências.

Nos oito conselhos tutelares de Curitiba, deram entrada, em 1999, 11.617 denúncias e solicitações de garantia de direitos violados. Do total de direitos violados, 41% referiram-se ao direito de convivência familiar e comunitária, 25% ao acesso à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, 20% ao direito de liberdade/respeito e dignidade, 11% ao direito à vida e à saúde e 03% à profissionalização e à proteção no trabalho. Considerando a totalidade dos casos atendidos, o principal agente violador dos direitos das crianças e dos adolescentes foram seus próprios familiares (46%), seguidos, em ordem de importância, (25%) pelas instituições públicas, especialmente no que se refere ao direito de acesso à educação, à cultura e ao lazer.

Esses números, apesar de sua magnitude, representam apenas uma pequena

parcela da realidade. Estima-se que, a cada 20 situações de violência na infância e adolescência, apenas uma é registrada, sendo que 54% dessas injúrias acontecem em crianças menores de 9 anos, tendo os pais como agressores (Chaves, 1994).

A denúncia ou notificação da suspeita ou da violência confirmada contra a criança, o adolescente ou o portador de deficiência é obrigatória por lei, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e Código Penal Brasileiro e deveria desencadear uma série de medidas de proteção, desde a orientação e o acompanhamento familiar até a intervenção judicial com afastamento do agressor ou da família quando necessário.

Porém, não existe ainda hoje conhecimento generalizado das disposições contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente e, em especial, da obrigatoriedade da denúncia de suspeita de violência por profissionais da saúde e da educação. Igualmente, não existe um instrumento padrão para o registro da denúncia e um fluxo organizado para seu encaminhamento. Essa situação leva, muitas vezes, essas crianças e adolescentes a permanecerem à mercê de seus agressores, sem que haja uma atitude dos profissionais que lhes prestam assistência, no sentido de garantir suas condições mínimas de vida digna.

A desinformação, aliada ao medo de envolvimento em situações conflitivas, pode fazer com que as pessoas se omitam e, desta forma, a maioria dos casos de abuso infantil permanece oculto e sem assistência.

Proteger essas crianças e adolescentes é uma tarefa que requer sensibilidade, habilidade e alguns conhecimentos específicos. É preciso, portanto, estar atento a toda e qualquer suspeita de violência contra esses menores, para que se possa intervir de maneira direta e eficiente. No entanto, identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades não é suficiente. É necessário atuar preventivamente, antes que ocorra a primeira violência contra a criança e o adolescente, além de impedir a continuidade da agressão e suas conseqüências desastrosas, físicas e/ou emocionais, seja por aconselhamento, orientação, acompanhamento (sempre necessário), ou mesmo utilizando os meios legais.

2 OBJETIVOS DA REDE DE PROTEÇÃO

2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a redução da violência contra a criança e o adolescente em Curitiba, especialmente no que se refere a violência doméstica.

2.2 Objetivos específicos

- √ Sensibilizar entidades, profissionais e a comunidade para a importância da denúncia, assistência e prevenção da violência contra crianças e adolescentes.
- √ Capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a crianças e adolescentes para a percepção da violência contra este grupo populacional e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial;
- √ Tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a notificação dos casos, padronizando um instrumento comum para a notificação * para que se possa produzir informações e construir indicadores que permitam conhecer o problema e buscar soluções;
- √ Diminuir a reincidência da violência, a partir do acompanhamento dos casos;
- √ Oferecer às vítimas, aos agressores e às famílias, o atendimento necessário para ajudar a superar as condições geradoras de violência e as seqüelas resultantes dos maus tratos;
- √ Desenvolver proposta e projetos voltados para a prevenção da violência, especialmente envolvendo a comunidade.

* Instituir a Ficha de Notificação Obrigatória da Violência ou Suspeita de Violência Contra à Criança e o Adolescente, como forma de dar cumprimento aos artigos 13 e 245 do ECA.

- Art.13 - Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.
- Art. 245 - Deixar o médico, professor, responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 Formas de Violência

√ ***Violência Doméstica***

Violência, negligência ou abuso contra crianças e adolescentes que são praticados no ambiente familiar/domiciliar. A violência doméstica é toda a ação ou omissão por parte do adulto “cuidador” que resulte em dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança e do adolescente.

É a violência mais comum praticada contra crianças e adolescentes, que têm o agressor em sua própria casa, sendo, com maior frequência, segundo estudos do CLAVES (RJ), a mãe, em segundo lugar o pai ou padrasto, mas existindo também o abuso cometido por outros membros da família ou por “cuidadores”, babás ou empregados domésticos.

√ ***Violência Extrafamiliar***

Violência a que estão sujeitas todas as crianças e adolescentes, que pode ser praticada por conhecidos de sua convivência, por estranhos ou instituições, fazendo parte do contexto de agressões a que estão sendo expostos hoje todos os cidadãos.

O abuso da criança e do adolescente praticado por vizinhos, conhecidos ou parentes não conviventes no mesmo domicílio, bem como por profissionais vinculados a instituições responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes, nem sempre é de conhecimento dos responsáveis, pois aqueles usam o vínculo que têm com a criança e o adolescente para agredir, das mais diversas formas, o mais fraco ou indefeso.

Nas agressões praticadas por estranhos, podem-se evidenciar regiões de maior incidência de violência, onde a criança e o adolescente estão mais expostos pela falta ou impossibilidade de proteção da família. Muitas vezes, o tráfico de drogas permeia todo esse padrão de comportamento, marginalizando a criança, tornando-a parte do comércio ou usuária.

√ ***Auto-Agressão***

Por auto-agressão entende-se não apenas os atos caracterizados como tentativa de suicídio, mas também os comportamentos de risco. Há crianças e adolescentes que procuram fixamente atividades de risco ou que fazem as rotineiras de maneira perigosa, representando ameaças graves à sua integridade física. A auto-agressão é de diagnóstico difícil, e na maioria das vezes, é mascarada pela criança e adolescente e ocultado pelos responsáveis, demandando atendimento imediato e acompanhamento médico psiquiátrico rigoroso.

Havendo ou não iniciativa dos responsáveis em fazer esse tipo de acompanhamento, essa criança, ou adolescente, é considerada de risco, e o Conselho Tutelar e a Rede de Proteção terão de ser acionados para lhe garantir assistência, da qual dependerá a manutenção da sua vida.

3.2 Características mais comuns da violência familiar

“O abuso é uma questão de manutenção do poder, do controle e manipulação do maior contra o menor, do mais forte sobre o mais fraco. Nunca é uma questão de amor, respeito ou proteção. A violência doméstica não depende de estado socioeconômico, raça, etnia, idade, educação, emprego, características físicas ou estado civil.” (AWARE-USA)

Considera-se que os agressores usam o abuso emocional, psicológico, econômico e físico como uma forma de controlar suas parceiras ou parceiros e família.

Estima-se que 50 a 70% dos homens que agredem suas mulheres também cometem algum tipo de agressão às crianças, existindo uma alta correlação entre homens que abusam de suas parceiras e aqueles que abusam sexualmente das crianças, principalmente do sexo feminino.

As características do abuso nem sempre são fáceis de serem reconhecidas nos primeiros estágios. Muitas vezes os agressores usam inicialmente táticas coercitivas e o abuso emocional e psicológico para controlar sua vítima.

Outras vezes, a manutenção do controle sobre o outro se dá sob a desculpa de boas intenções, amor e como meio de educação.

Infelizmente a necessidade de manter o controle pela violência é sempre crescente, acabando por desencadear um incidente agudo e intenso, usualmente de agressão física, que mostra às vítimas o poder do agressor.

Ainda nesse estágio, o agressor pode demonstrar sinais de arrependimento, com pedidos de desculpas e promessas de que o incidente não mais acontecerá, deixando a vítima ainda mais confusa e com sentimento de culpa.

Muitas vezes, esse primeiro incidente de agressão passa a ser considerado pelos outros familiares como um fator isolado, os quais esquecem os antecedentes que não deixaram seqüelas físicas.

Por esse motivo, muitas mães não denunciam a violência cometida contra seus filhos, acreditando elas terem parte da culpa do parceiro ter “perdido o controle” ou desculpando-o por estar com dificuldades no trabalho, ou “ter bebido um pouco a mais”.

Desta forma, a violência se torna cada vez pior, ficando a família dependente do agressor, incapacitada para reagir ou procurar alguma forma de ajuda espontânea.

“A violência se torna pior, não porque agressores “perdem o controle”, mas porque este é o modo deles manterem o controle”. (AWARE-USA.)

Há que se ter em mente, portanto, os padrões de violência ou maus-tratos de maneira que, nas creches, escolas, nas visitas domiciliares de agentes comunitários, ou atendimentos ambulatoriais e hospitalares, se observe rotineiramente algumas características dos responsáveis pela criança, levantando a possibilidade de risco para ela.

Somente estando alerta para a possibilidade da violência, pode-se interceder precocemente por essa família, orientando estes pais ou cuidadores e supervisionando de maneira mais dirigida esta criança/adolescente, possibilitando a prevenção do “hábito de agredir” ou a continuidade da violência, evitando danos maiores.

As crianças e os adolescentes podem demonstrar de formas diferentes que estão sendo maltratadas. Em caso de dúvida, é importante discutir com outras pessoas e pedir apoio à equipe de trabalho.

3.3 Características mais comuns de crianças e adolescentes que apresentam risco para maus-tratos.

Na convivência com outras crianças, no relacionamento com os familiares e na reação ao contato com estranhos, como numa avaliação de saúde, podemos perceber algumas características e atitudes comuns das crianças agredidas cronicamente.

As crianças que sofrem maus-tratos ou negligência, demonstram auto-estima diminuída, geralmente são bastante tímidas, sem iniciativa, com medo de tudo e de todos. Reagem a qualquer estímulo em sua direção, escondendo-se ou se protegendo.

São bebês e crianças difíceis de ganhar peso, independentemente do padrão econômico da família, ou seu baixo ganho de peso e altura contrasta com a aparência saudável e bem nutrida do pai ou mãe.

Podem apresentar um desenvolvimento psicomotor muitas vezes abaixo do esperado para a idade, bem como dificuldade de aprendizado.

Em alguns casos, principalmente na idade escolar e adolescência, desenvolvem agressividade exagerada ou apresentam sinais de desenvolvimento sexual precoce, reproduzindo com os colegas e amigos o que sofrem em casa.

Há condições que podem predispor para o desenvolvimento de relações agressivas entre pais ou responsáveis e os filhos. Entre estas pode-se enumerar:

- ✓ **Crianças não desejadas, não planejadas e que não foram aceitas já na gravidez.**
- ✓ **Crianças prematuras ou hospitalizadas por grandes períodos, ou com risco de vida, cujo vínculo mãe e filho foi prejudicado.**
- ✓ **Crianças de sexo diferente da expectativa, ou com características físicas muito diferentes das dos pais.**
- ✓ **Crianças adotadas ou sob guarda por imposição ou circunstâncias alheias à vontade dos responsáveis.**
- ✓ **Menores afastados dos pais, criados por outras pessoas, ou que passam a maior parte dos dias com outra família, perdendo o relacionamento com os responsáveis.**
- ✓ **Filhos de outros relacionamentos.**
- ✓ **Crianças hiperativas, ou que não aprenderam a respeitar limites.**
- ✓ **Crianças ou adolescentes com capacidade intelectual muito diferente dos responsáveis.**
- ✓ **Adolescentes com perspectivas de vida muito diferentes dos responsáveis.**
- ✓ **Portadores de doença crônica ou deficiência, considerados um problema para os seus pais.**

3.4 Características mais comuns de pais ou responsáveis que apresentam risco para a agressão.

É preciso estar alerta para a possibilidade de comportamento agressivo quando diante de pais ou responsáveis que:

- √ **Têm baixa idade, imaturos emocionalmente, sem suporte familiar adequado.**
- √ **Provêm de famílias com conflitos constantes ou história de violência, tendo sido, muitas vezes, maltratados quando crianças.**
- √ **Demonstram baixa tolerância em relação às ações próprias da infância.**
- √ **Mães com história de depressão pós-parto de difícil resolução.**
- √ **São agressivos e ou demonstram desprezo por outros membros da família como esposa, pais, etc.**
- √ **Necessitam manter ou demonstrar o controle sobre outras pessoas.**
- √ **Alegam problemas como desemprego, dificuldades no trabalho, uso de álcool ou outras drogas para justificar a perda de controle.**
- √ **Apresentam distúrbios de comportamento ou doenças mentais.**

3.5 - Características mais comuns das famílias que apresentam risco para a agressão.

- √ **Família que não aceita o contato com os profissionais.**
- √ **Demonstra pouco ou nenhum vínculo com a criança.**
- √ **Desinteresse pela saúde ou desenvolvimento e aprendizado da criança.**
- √ **Família com critérios educacionais, morais ou religiosas, extremamente rígidos, que conflitam com os padrões da comunidade.**
- √ **História de conflitos constantes.**
- √ **Histórico de violência contra a mulher.**
- √ **Família com graves dificuldades econômicas, cujas necessidades básicas não são atendidas.**
- √ **Família conivente ou impotente frente ao maus-tratos dos responsáveis,**

vizinhos, parentes ou outros.

4 SINAIS DE ALERTA E DIAGNÓSTICO DE MAUS-TRATOS.

4.1 Comportamentos e lesões mais comuns apresentados por crianças e por adolescentes vítimas de violência.

Algumas características de lesões podem levar à forte suspeita de agressão intencional e até mesmo a comprovação deste diagnóstico. Diante dessas características, é preciso que se afaste a hipótese de outras patologias que poderiam confundir o diagnóstico de maus-tratos. A verificação cuidadosa dos antecedentes da criança, de seu histórico de desenvolvimento e aprendizagem, bem como de doenças hereditárias que possam estar favorecendo acidentes ou lesões, é procedimento necessário para realizar o diagnóstico diferencial.

Da mesma forma, é muito comum as crianças apresentarem arranhões, cortes, hematomas como resultados de brincadeiras ou desatenção na execução das atividades rotineiras.

A criança e o adolescente têm um comportamento que se define pela atividade frontal, sendo, portanto, a parte anterior do corpo a mais freqüentemente atingida em quedas ou outros acidentes. Assim sendo, são bastante comuns em traumas não intencionais arranhões, lacerações ou hematomas que atingem a parte da frente e descoberta do corpo ou áreas de extensão e extremidades, como testa, queixo, cotovelos, palma das mãos, parte anterior de coxas e pernas,

Na avaliação de lesões apresentadas pela criança, deve-se, inicialmente, afastar a possibilidade de que possam ter sido causadas por doenças ou acidentes não provocados.

O primeiro passo para essa avaliação é obter a história da própria criança ou adolescente, longe de seus responsáveis, pois, em casos de violência, se o menor se sente seguro, na maioria das vezes consegue contar a agressão a que foi submetido. Nos casos de abuso sexual e violência grave, muitas vezes a criança ou o adolescente são ameaçadas para não denunciarem os maus-tratos, tornando mais difícil para eles a solicitação de ajuda.

De maneira geral, deve-se levantar suspeitas de maus-tratos sempre que forem encontrados:

√ **Lesões que não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento psicomotor da criança.**

Ex.: relato de quedas de bebês abaixo de quatro meses, seja de berço, cama, carrinho ou escadas, pois eles ainda não têm capacidade de movimentos como de rolar ou se arrastar. Da mesma forma, fratura de perna em crianças abaixo de 1 ano a 1 ano e meio, que não andam.

√ **Lesões que não se justificam pelo acidente relatado.**

Ex.: fraturas de crânio bilaterais em relato de quedas de berço, cama ou cadeiras altas, em que seria impossível o choque intenso em duas laterais do corpo ao mesmo tempo.

- √ **Lesões em várias partes do corpo, ou lesões bilaterais.**
Ex.: lesões como equimoses, hematomas, arranhões, lacerações em várias partes do corpo só se justificam em quedas de escada, quedas de automóvel em movimento, em que a criança ou o adolescente caem e rolam em grande velocidade. A constatação de lesões nos dois lados do corpo, em cabeça e outras regiões, na frente do corpo e também na parte posterior, afastadas as causas acima, é fortemente indicativa de agressão.

- √ **Lesões que envolvem partes usualmente cobertas do corpo - áreas laterais do corpo, grandes extensões de dorso, pescoço, região interna de coxa, genitália.**
Essas são partes naturalmente protegidas pelas roupas e que podem ser atingidas em raras situações, como quedas de bicicleta, cavalo e acidentes de trânsito. Acidentes domésticos dificilmente atingiriam essas partes do corpo, e é necessária uma boa descrição do mecanismo de lesão pelo motivo relatado para que se justifique como “acidental” o que provocou essas lesões.

- √ **Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura.**
Ex.: a constatação de hematomas (manchas arroxeadas) ou fraturas em diferentes estágios de evolução é patognomônico (característico) de maus-tratos sucessivos e repetitivos.

- √ **História de múltiplos acidentes, com necessidade de tratamentos hospitalares, ou história de outras hospitalizações por “traumas acidentais”.**
Ex.: a criança que se apresenta na escola com lesões que se repetem em semanas seguintes, ou que, no prontuário médico, tem histórico de outros atendimentos por “acidentes”. Nesses casos há que se afastar o diagnóstico de deficiência visual ou auditiva, ou insensibilidade congênita à dor.

- √ **Inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura de tratamento médico.** A falta de procura de tratamento em caso de lesões moderadas ou graves é, no mínimo, sinal importante de negligência. No caso de agressões intencionais, é bastante comum que os responsáveis pela agressão impeçam o encaminhamento da criança ou do adolescente para tratamento, com medo de serem descobertos. Algumas vezes, procuram algum tipo de tratamento nas farmácias ou em “curandeiras”, agravando ainda mais o quadro geral.
Ex.: não é raro encontrar no exame físico da criança trazida por outras queixas, lesões ou cicatrizes que demonstrem as agressões sofridas.

4.2 Comportamentos e lesões mais comuns de acordo com os tipos de agressão

4.2.1 Agressão Física

Consiste no uso da força física de forma intencional, por parte dos pais, responsáveis, outro adulto ou adolescente mais velho, com o objetivo de ferir, podendo provocar dano ou morte à criança ou ao adolescente, deixando ou não marcas evidentes. Criança ou adolescentes agredidos fisicamente podem apresentar lesões de diferentes tipos e em diferentes partes do corpo.

A. Pele

A pele é o local do corpo mais atingido pelos maus-tratos, que provocam arranhões, corte (lacerações), equimoses, hematomas e queimaduras nos seus mais variados níveis de gravidade.

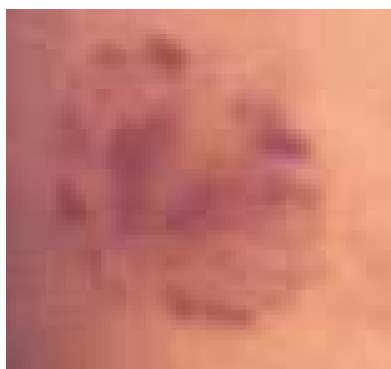
Lacerações, hematomas e equimoses

Lacerações são lesões que levam à descontinuidade da pele, de gravidade diretamente proporcional à violência do agente agressor.

Hematomas são manchas que podem ir desde o roxo avermelhado até o roxo escuro e que, na evolução, com o passar dos dias, vão se tornando esverdeadas e amarronzadas (6 dias), passando para o amarelo até desaparecer, em 7 a 15 dias. São provocadas por batidas fortes na pele, que rompem vasos sangüíneos e fazem com que haja derramamento de sangue sob a pele.

As manchas e lesões de menor espessura e gravidade chamam-se equimoses, e as que fazem uma coleção de sangue denominam-se hematomas. Sempre indicam um trauma físico, havendo a necessidade de diferenciar se esse foi realmente “acidental” ou intencional. Algumas características de aspecto e localização no corpo podem auxiliar nessa diferenciação.

√ **Lesões circulares que compreendem equimoses, por sucção, ou incluem pequenas lacerações com o formato de arcada dentária - mordidas ou “chupões”.**



Em crianças até os quatro anos, as mordidas são comuns como forma de agressão entre as próprias crianças, sendo o tamanho da mordida proporcional à arcada dentária da criança. Porém, a constatação de uma ou mais lesões como essa, caracterizadas por marcas dos dentes e o arroxeadado interno (equimose), demonstrando forte pressão de sucção por tempo prolongado, em tamanho de arcada dentária de adulto, leva à forte suspeita de maus-tratos.

Se forem encontradas em região de mamas ou parte interna de coxas, deve-se pesquisar o abuso sexual.

- √ **Lesões que lembram objetos**, como fios, cintos, fivelas, mãos, dedos, “nós dos dedos”, sola de chinelo ou sapato, garfos, facas e outros.



- √ **Lesões circulares em pescoço, punhos ou tornozelos** são indícios de tentativa de enforcamento ou de que essa criança está sendo mantida amarrada.



Lacerações em tornozelos por cordas

- ✓ **Hematomas ou equimose em várias partes do corpo, com diferentes colorações, indicando lesões recentes e antigas, são fortes indicadores de maus-tratos.**

Algumas doenças como hemofilia, púrpura, leucemia ou doenças mentais com quadro de auto-agressão podem se manifestar pelo aparecimento de manchas arroxeadas na pele, mas vêm acompanhadas de outros sintomas ou história familiar da doença, sendo necessária a avaliação médica para diagnóstico.

Queimaduras

Queimaduras por imersão ou escaldadura

Normalmente a pessoa que sofre uma queimadura acidental reage imediatamente, afastando a parte do corpo afetada do agente causador. Dessa forma, as marcas da queimadura assumem características irregulares. Deve-se suspeitar de maus-tratos sempre que as marcas de queimadura assumam contornos definidos como:

- ✓ **Queimaduras em luva, ou meia**, ou que envolvem todo o membro com limites bem definidos - linha regular até onde esse membro foi mergulhado no líquido quente -são características de maus-tratos.



Queimaduras de segundo grau nas palma das mãos e em luva em toda a mão direita – Siate – Curitiba-PR

- ✓ **Queimaduras em região genital e de nádegas.**
Essas queimaduras intencionais são mais comuns em bebês e crianças que ainda não controlam o esfíncter e são usadas como forma doentia de castigo pelo fato de molharem ou sujarem suas roupas com urina ou fezes.
- ✓ **Queimaduras por líquidos quentes jogados contra a criança ou o adolescente.**
Usualmente, quando um líquido quente cai sobre o corpo, ele causa uma lesão mais

intensa no local de primeiro contato e, se a criança ou o adolescente estiverem em pé, vai escorrer pela pele, diminuindo a intensidade da queimadura progressivamente. As queimaduras intencionais produzidas pelo líquido quente jogado na criança ou no adolescente, vão provocar várias áreas de lesões com a mesma intensidade, principalmente em parte lateral de face e posterior de ombro.

√ **Queimaduras que envolvem áreas de flexão.**

Usualmente as queimaduras provocadas por líquidos quentes derramados, álcool ou outros líquidos inflamáveis, não atingem as áreas de flexão do corpo, como dobras de cotovelo, pescoço, axilas e região inguinal. Se essas regiões estiverem comprometidas por queimadura, deve-se verificar se o mecanismo que a provocou conseguiria atingir essas áreas do corpo.

Queimaduras de contato

Queimaduras com forma de objetos, como ferro de passar roupa, ponta de cigarro, lâminas de faca, marcas redondas como fundo de frigideiras ou panelas, bulbo de lâmpadas, garfos ou outros metais aquecidos devem sempre exigir o diagnóstico diferencial com maus-tratos.



Queimadura por cigarro na palma da mão, laceração em pulso por ser mantida amarrada, vários hematomas – Arquivo Dr. Gilberto Pascolat

B. Lesões Oraís

Em 65% dos casos de internamento por maus-tratos existe o comprometimento oral, envolvendo lábios, gengivas, bochechas, língua e dentes.

É uma região bastante atingida nos acidentes não intencionais, nos primeiros anos de vida, quando a marcha ainda não está bem estabelecida e as quedas são freqüentes, sem que a criança saiba proteger o seu rosto.

Porém, traumatismos que envolvem outras regiões da face, se acompanhados ou caracterizados por equimoses, fraturas dentárias, deslocamentos ou perda de dentes, principalmente em maiores de 3 anos, devem lembrar a possibilidade de maus-tratos.

C. Lesões músculo-esqueléticas

As lesões de ossos e tecidos moles são as manifestações radiológicas mais comuns nos casos de abuso infantil, sendo a segunda em frequência de uma maneira geral. As fraturas estão presentes em 36 % dos pacientes vítimas de abuso físico (Clínicas Pediátricas da América do Norte, 04/90).

Em serviços de atenção à criança em geral, não ligados à área da saúde, como em creches e escolas, também é possível perceber uma criança ou um adolescente que apresenta uma frequência aumentada de “acidentes” que provocam fraturas ou necessidade de imobilização de membros (gesso, por exemplo) ou algumas características dessas lesões que podem levantar a suspeita de maus-tratos, exigindo, então, uma avaliação cuidadosa do caso.

É preciso estar alerta sempre que se observa:

- √ **Fraturas em diferentes estágios de cura**, cujo diagnóstico é dado ou pela avaliação médica por meio de raio X de esqueleto, sempre obrigatório na suspeita de maus-tratos abaixo de 2 anos, ou mesmo pelas escolas e creches, quando percebe-se que a criança é freqüentemente levada à tratamento de fraturas ou entorses, permanecendo com gesso ou outras imobilizações várias vezes no ano.
- √ **Luxações dos dois ombros**, principalmente em crianças abaixo de 7 anos, são sempre sugestivas de maus-tratos, provocadas pela sacudida violenta da criança, sustentada pelos braços.
- √ **Fraturas de membros inferiores em crianças que não andam, ou fraturas que não podem ser explicadas pela fase de desenvolvimento motor da criança**, como por exemplo, fraturas de membros superiores em bebês de menos de quatro meses.
- √ **Fraturas de costela ou de coluna vertebral em menores de 2 anos de idade** usualmente são ocasionadas por violenta compressão do tórax, quando a criança é agarrada ou sacudida. Em crianças maiores, essas fraturas podem ser resultado de pancadas diretas sobre o tórax, cabendo ao médico a investigação se o acidente mencionado poderia provocar aquela lesão. No caso de abuso, são freqüentemente múltiplas e simétricas.
- √ **Fraturas de crânio bilaterais**, difíceis de serem explicadas por quedas ou acidentes comuns, pois exigem um mecanismo de trauma bilateral, em dois tempos. Podem ser causadas normalmente quando a criança é jogada contra a parede ou agredida várias vezes.
- √ **Fraturas de mandíbula (queixo), acompanhadas de outras lesões no rosto**, muitas vezes também dentárias, são mais freqüentemente encontradas em agressões a crianças maiores ou adolescentes, provocadas por socos ou tapas violentos.

As fraturas em crianças, principalmente do sexo masculino, ou em adolescentes que praticam esportes sem proteção adequada, como andar de bicicleta sem capacete, de skate sem protetores de braços, pernas e cabeça, são bastante comuns, acontecendo também, com menor frequência, no sexo feminino.

Por esse motivo, quando se observa uma criança com lesões tipo fraturas ou entorses, deve-se ter o cuidado de verificar as circunstâncias em que tais lesões ocorreram e se o acidente relatado as justificam.

Nesses casos, é necessária uma avaliação mais detalhada sobre a ocorrência, pois alguns acidentes e doenças podem provocar lesões com tais características.

Como acidentes, pode-se lembrar:

- √ **Lesões de pele, hematomas e ou fraturas** provocados por acidentes de trânsito, como atropelamentos, colisões de veículos, quedas de bicicletas, entre outros.
- √ **Traumatismos** em várias regiões do corpo, em quedas acidentais de escadas.
- √ **Fraturas de crânio em bebês** a partir do quinto ou sexto mês que caem da cama ou do trocador.

As doenças apontadas abaixo, embora raras, devem ser lembradas diante de lesões que podem sugerir maus-tratos, mas ocorrem em crianças cujas famílias não apresentam características para tal suspeita.

- √ **Alterações musculares ou ósseas por doenças genéticas** – em que podem-se encontrar outros casos na mesma família, sendo a avaliação médica indispensável.
- √ **Raquitismo por erros alimentares, desnutrição crônica ou doenças do metabolismo de cálcio.** Por se caracterizar como uma “fraqueza óssea”, existe maior possibilidade de fraturas.
- √ **Crianças ou adolescentes portadores de doenças malignas**, como leucemia e outras neoplasias, podem apresentar vários tipos de lesões de pele e ósseas, mas existirão outros sinais e sintomas que vão levar o médico ao diagnóstico.
- √ **Insensibilidade congênita à dor.** Essa patologia, bastante rara felizmente, usualmente é diagnosticada pela grande frequência de traumatismos e lesões que a criança sofre, sem que isso lhe cause muita dor ou reação, inclusive, sem a procura de ajuda para tratamento.
Essa criança nasce com um limiar aumentado para dor, isto é, ela não sente dor ou tem uma sensibilidade menor, fazendo com que tenha um comportamento de risco, sem medo de acidentes e sem se proteger dos traumatismos.

D. Lesões intracranianas

As lesões intracranianas são as mais graves encontradas no abuso infantil. Normalmente associadas com outros tipos de abuso, são a maior causa de morbidade (seqüelas) e mortalidade na síndrome da criança espancada.

Cerca de 80% das crianças que sofreram agressões envolvendo região encefálica, podem apresentar seqüelas incluindo-se a deficiência mental.

O diagnóstico de lesões intracranianas é realizado por meio de avaliação médica e laboratorial, mas a sua menção neste documento é de extrema importância, pois essas agressões normalmente acontecem em formas repetidas, evidenciando a gravidade que podem chegar os casos de maus-tratos.

Esses casos reforçam a importância do diagnóstico precoce da diminuição de vínculo familiar e dos sinais de alerta para o abuso da criança e do adolescente, que possibilita uma intervenção a tempo de se proteger e garantir a integridade física e mental das vítimas de maus-tratos.

√ **Síndrome do Bebê Sacudido**

Uma das formas mais graves de lesão cerebral é a Síndrome do Bebê Sacudido - “*Shake Baby*”, que é provocada por sacudidas violentas da criança com até dois anos de vida. As forças de aceleração e desaceleração, aliadas às de rotação, fazem com que a massa encefálica do bebê se movimente bruscamente, com velocidades diferentes, dependentes de sua estrutura e fixação.

Isso resulta em hemorragias, contusões, edema de sistema nervoso central e hemorragia de retina (parte interna de olhos), sem sinais externos evidentes de trauma, como fratura da calota craniana. Os sintomas vão desde alterações do nível de consciência, irritabilidade ou sonolência, convulsões, déficits motores (paralisias), problemas respiratórios, hipoventilação, coma e, em muitos casos, morte.

Outros tipos de lesões podem acontecer, como sangramentos nas membranas que envolvem o cérebro, como o **hematoma subdural**, que é a seqüela mais comum de abuso, mais freqüente abaixo de 2 anos.

Hemorragias em outras regiões do cérebro, às vezes de pequena intensidade, podem ocorrer sem dar sinais imediatos, mas, somadas a outras provocadas por novas agressões, levam finalmente a criança agredida à morte ou deixam seqüelas definitivas, caso nada seja feito para evitar a continuidade do abuso.

E. Lesões abdominais

As lesões abdominais são mais comuns em crianças maiores, por agressão com as mãos (socos) ou com os pés, sendo os órgãos intra-abdominais colocados em quarto lugar em freqüência de lesões intencionais..

Esse tipo de agressão pode provocar hematomas (sangramentos) em paredes do intestino, como duodeno e jejuno de pâncreas ou ruptura de fígado ou baço, colocando em risco de vida essa criança ou adolescente.

F. Lesões oculares

O trauma da região dos olhos é comum em crianças de 2 a 3 anos, quando se batem em cantos de mesas ou balcões que costumam estar na altura de seus olhos nesta fase, mas isto é sempre unilateral. Hematomas (manchas roxas) nas duas regiões de órbita (ao redor dos olhos), com ou sem lesão ocular, só se podem justificar em crianças com grandes traumatismos de face, como os causados em acidentes de trânsito, em que ocorre o choque de todo o rosto da criança e, usualmente, há o comprometimento de outras regiões da face, além de cortes, arranhões e fratura de nariz. Executando-se essas condições, lesões oculares e/ou palpebrais bilaterais devem levar à suspeita de maus-tratos.



A constatação de lesões em dois olhos, sem traumatismo de nariz deve levantar a suspeita de violência – SOS Criança

G. Síndrome de Munchausen por procuração

Caracteriza-se pela simulação por um dos responsáveis, habitualmente a mãe, de sinais ou sintomas que caracterizam doenças em seus filhos, exigindo dos profissionais da área da saúde a execução de uma série de exames e investigações extremamente penosas para a criança.

É uma mistura de abuso psicológico e físico, em que as agressões diretas são desencadeadas pela criação da necessidade de procedimentos médicos de procura diagnóstica e tratamento, em prejuízo crescente da integridade física e psíquica da criança ou do adolescente.

Essas mães ou responsáveis possuem um distúrbio de comportamento, chegando até a falsificar o material colhido para exames ou provocar sinais na criança que induzam o médico a tratamentos desnecessários ou exames cada vez mais complexos e agressivos.

Como exemplos, o caso de uma babá ex-enfermeira que injetava um corante azul em baixo da pele do bebê para simular sangramentos (hematomas), e de uma mãe que pintou a criança de amarelo para interná-la em hospital como extremamente doente.

São casos que podem se apresentar em vários níveis de gravidade, mas que chegam a levar à morte muitas crianças.

Deve-se Suspeitar da Síndrome em caso de:

- √ Criança ou adolescente que a mãe (geralmente) apresenta como pessoas extremamente doentes, de saúde difícil, que lhe trazem muito trabalho e preocupação.
- √ Criança ou adolescente trazidos com queixa de doença recidivante (que se repete), de diagnóstico obscuro, que não responde ao tratamento habitual.
- √ Incompatibilidade entre os achados de exame físico pelo médico e as queixas dos responsáveis.
- √ Incompatibilidade entre os sinais e sintomas relatados com os exames laboratoriais.
- √ Mãe que se mostra sempre exageradamente preocupada com a saúde do filho e necessita comentar seus esforços em prol dele.
- √ Sinais e sintomas que são percebidos sempre pela mesma pessoa, que demonstra preocupação exagerada diante da gravidade dos possíveis sintomas.
- √ Insatisfação quanto aos tratamentos oferecidos, com insistência quanto a gravidade do caso e a necessidade de novas investigações.
- √ Melhora geral da criança ou do adolescente quando mantidos afastados do responsável (em casos de internamentos, por exemplo).
- √ Limitação de várias atividades de lazer da criança, com a desculpa de protegê-la do agravamento da “doença”.
- √ Comportamento conformado ou até mesmo apático da criança diante das investigações e limitações impostas, assumindo ela o papel do doente incurável e em risco de vida constante.

H. Envenenamento e Intoxicações

Muitos bebês e crianças pequenas são expostos a diversos tipos de medicações e até mesmo ao álcool, que é dado em suas mamadeiras ou misturados a outros alimentos, com o propósito de mantê-la quietas ou fazê-las dormir, para que não dêem trabalho. Muitos pais, responsáveis ou cuidadores administram sem nenhum critério quanto aos efeitos da droga sobre a criança, analgésicos ou calmantes, que, na dependência da dosagem, mantêm a criança em estado crônico de torpor ou sonolência, impedindo a alimentação adequada, bloqueando seu desenvolvimento psicomotor, podendo levar à morte.

O uso crônico de álcool em crianças, leva a perturbação digestiva, com má absorção do alimento, desnutrição e anemia. Pode evoluir para hepatite química e cirrose.

Em graus extremos de violência contra a criança e adolescente, as intoxicações ou envenenamentos podem ser usados como forma de causar dor e até mesmo a morte sendo em geral, casos de difícil diagnóstico.

Muitas vezes as crianças são trazidas aos serviços de emergência com o relato de ingestão acidental de produtos tóxicos, ou com histórias de sintomas vagos, que não se enquadram ou justificam por doenças habituais.

Na maioria dos casos de ingestão acidental de substâncias tóxicas, os responsáveis ou estão presentes no momento do acidente ou descobrem o fato logo após, procurando atendimento médico imediatamente.

A criança, com frequência, mostra para os responsáveis o que colocou na boca, especialmente se o gosto não for agradável pedindo ajuda. A quantidade ingerida voluntariamente costuma ser pequena, sendo raro caso de morte em ingestão acidental de produtos tóxicos.

Nas tentativas de envenenamento, os agentes utilizados são os mais variados, indo desde os venenos de ratos, facilmente adquiridos em qualquer supermercado, aos inseticidas, produtos de limpeza, drogas, como álcool e cocaína, medicamentos e outros.

Deve se suspeitar de tentativa de envenenamento sempre que se estiver frente a:

- ✓ **Criança trazida pelos responsáveis com queixa de envenenamento acidental, mas com relato do acidente confuso e discordante entre os pais.**
- ✓ **Criança trazida para atendimento após muito tempo do envenenamento dito como “acidental”, sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para tratamento.**
- ✓ **Criança com sintomas crônicos de “doença desconhecida”, sem diagnóstico, caracterizando a Síndrome de Munchausen por Procuração, provocada por envenenamento crônico.**
- ✓ **Caso de origem obscura e sintomas complexos, que envolve comprometimento de sistema nervoso central, ou dos mecanismos de coagulação, ou quadro exuberante de distúrbio digestivo, sem que se possa enquadrá-los em doença conhecida.**

Nestes casos, os exames laboratoriais e toxicológicos dão o diagnóstico do agente causal, sendo a investigação da possibilidade de negligência ou de envenenamento intencional sempre necessária.

4.2.2 Agressão psicológica

Consiste na submissão da criança ou do adolescente a agressões verbais constantes, humilhações, hostilidade, culpabilização, rejeição ou indiferença por parte dos pais ou responsáveis, levando a danos muitas vezes irreparáveis a seu psiquismo e desenvolvimento emocional.

É a forma de maus-tratos mais difícil de ser conceituada e diagnosticada quando surge de forma isolada, pois, muitas vezes, resulta do despreparo dos pais para a responsabilidade com os filhos, valendo-se eles de ameaças, humilhações ou desrespeito, como formas culturalmente aprendidas de educar.

Porém, existem responsáveis que ultrapassam o despreparo em educar e passam a rejeitar o filho, por meio de ameaças graves e constantes, punições morais exageradas, depreciação do modo de agir ou pensar, humilhações freqüentes, tratamento como de “minus valia”, limitação do acesso ao convívio familiar, escolar e social ou impedimento ao lazer, responsabilidades excessivas para a idade, ou uso da criança ou do adolescente como intermediário em conflitos entre os pais.

A agressão psicológica costuma estar presente nas outras formas de agressão, e os sinais apresentados pela criança e pelo adolescente nem sempre são claros, pois provêm de várias origens.

Como sinais mais comuns encontrados em crianças e adolescentes que sofrem agressão Psicológica, deve-se observar:

- √ **Comportamentos extremos de apatia ou agressividade, isolamento, destrutividade e auto-destrutividade** (roer unhas compulsivamente, ansiedade constante, tentativa de suicídio, como exemplos).
- √ **Baixa auto-estima e autoconfiança.**
- √ **Irritabilidade ou choro sem causa aparente.**
- √ **Afecções de pele freqüentes, sem causa aparente.**
- √ **Obesidade ou distúrbios alimentares.**
- √ **Enurese noturna.**
- √ **Dificuldades na fala, gagueira.**

4.2.3 Abuso, Agressão, ou Violência Sexual

Situação em que a criança ou o adolescente são usados para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho. Inclui desde carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, “voyeurismo”, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos.

Alguns autores e instituições consideram como abuso sexual quando este é praticado por adulto responsável pela criança ou pelo adolescente e agressão sexual quando o agressor é desconhecido ou não mantém com a criança ou adolescente, laços de parentesco ou subordinação.

No âmbito deste trabalho não há a preocupação em precisar os conceitos, agregando-se os vários tipos de violência sexual, uma vez que a autoria da agressão deve ser referida no momento do registro da denúncia em formulário específico como se verá adiante.

Dentre as formas de abuso sexual, tem-se o “Incesto”, em que existe um laço familiar entre a vítima e o agressor.

O “Estupro” é definido pela penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça, sendo que, em menores de 14 anos, essa violência é presumida.

O “Atentado Violento ao Pudor” é definido como a obrigação de alguém a praticar

atos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça, sendo também presumida quando em menores de 14 anos. No abuso sexual da criança e do adolescente, o ato libidinoso é o mais freqüente, em que, por meio de ameaças à vítima ou a algum membro de sua família, comumente à mãe, o agressor obriga a vítima a praticar atos sexuais, constantemente incluindo penetração anal tanto no sexo feminino (mais freqüente), como no masculino.

Sinais de Alerta para o Abuso Sexual / Agressão Sexual

Sempre que houver suspeita de abuso ou agressão sexual, deve-se encaminhar a criança ou o adolescente para exame médico, devendo-se ter o cuidado de manter a suspeita em sigilo até a sua comprovação e, mesmo após esta, informar apenas as pessoas envolvidas na resolução do caso. Tal medida é para que se proteja ao máximo a integridade psíquica e moral da criança e da família, que, na maioria dos casos, não é participante ou conivente com a agressão.

Da mesma forma, em casos de estupro, deve-se evitar que muitas pessoas peçam à criança ou ao adolescente a descrição da agressão, pois isso só prolonga e aumenta seu sofrimento.

Deve-se suspeitar de abuso ou agressão sexual sempre que se estiver diante de:

√ **Lesões em região genital.**

Poucos mecanismos de lesão podem atingir a região genital, que é naturalmente protegida por sua localização.

Ex.: hematomas ou lacerações em região próxima ou em área genital, como em grandes lábios, vulva, vagina, região escrotal ou anal, devem ser sempre investigadas pela possibilidade de abuso sexual, tanto em meninas como em meninos. Dilatação anal ou uretral e rompimento de hímen dão o diagnóstico de abuso sexual, mas esses nem sempre são sinais evidentes, necessitando sempre uma avaliação minuciosa por profissionais especializados da área médica.

Deve-se diferenciar estas lesões das que aparecem nos bebês, provocadas por “assaduras”, ou em qualquer idade, por obstipação crônica que pode ocasionar fissuras anais e possíveis sangramentos. Quedas em certos tipos de exercícios como ginástica olímpica, acidentes de bicicleta ou cavalo também geram ferimentos em região genital, mas a história do acidente deve justificar o mecanismo do trauma e da lesão.

Nos casos de sangramento vaginal em crianças pré-púberes, ou anal, acompanhado de dor, deve ser afastada primeiramente a possibilidade de outros problemas que justifiquem tais condições. Na menina de até 10 anos, podem acontecer sangramentos vaginais provocados por distúrbios hormonais, não muito freqüentes, desencadeando puberdade precoce, que vem acompanhada do surgimento dos outros caracteres sexuais secundários, como crescimento de mamas, pilificação axilar e pubiana, modelamento do corpo e menstruação.

√ **Lesões por doenças sexualmente transmissíveis**

A constatação de doença sexualmente transmissível, como gonorréia, sífilis, linfogranuloma venéreo, dá o diagnóstico de abuso sexual.

As infecções vaginais (leucorréia = corrimento) produzidas por fungos ou outros germes não sexualmente transmissíveis, vindas de contaminação pelas fezes ou má higiene, chamadas de vulvovaginites inespecíficas, também são bastante comuns na

primeira e segunda infância e o seu diagnóstico deve ser feito por meio de exame médico-laboratorial, para se afastar a possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis.

- √ **Gravidez e aborto.**
- √ **Comportamento sexual precoce para a idade**, como brincadeiras sexuais com os colegas, masturbação descontrolada e freqüente.
- √ **Histórias de fugas ou de tentativas.**
- √ **Menino ou menina que permanecem sozinhos com adulto de comportamento de risco**, como histórico de violência, uso de álcool ou outras drogas.

4.2.4 Negligência

Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, pelos pais ou responsáveis, em relação à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e atenção à criança ou ao adolescente. Esses atos podem se apresentar em variados níveis de gravidade, desde os “descuidos repetitivos até o abandono”.

A falta de vínculo entre os pais ou responsáveis e seus filhos pode ser expressa pela negligência em relação aos cuidados exigidos no processo de criação dos filhos, podendo, em casos extremos, vir a comprometer seriamente a integração da criança ou do adolescente na família e a sua própria sobrevivência física.



Alguns sinais no relacionamento entre os responsáveis e seu filho podem indicar que está havendo negligência. Cabe diferenciar se é uma situação transitória ou se vem acontecendo cronicamente, indicando a necessidade de ajuda imediata a esta família.

São Sinais de Alerta para negligência:

- √ **Desnutrição por falta de alimentação ou alimentação inadequada.**
- √ **Atraso de desenvolvimento psicomotor e ou linguagem.**
- √ **Comportamento apático, alternando, algumas vezes, com extrema irritabilidade.**
- √ **Balanço de cabeça ou de corpo quando sozinha ou com sono.**
- √ **Aspecto de má higiene corporal, contrastando com o aspecto dos pais.**
- √ **Roupas inadequadas ao clima ou desconfortáveis.**
- √ **Acompanhamento inadequado da saúde, com tratamentos inadequados ou interrompidos, calendário de vacinas em atraso.**
- √ **Acidentes freqüentes.**
- √ **Comparecimento irregular à escola, idade inadequada (superior) ao ano freqüentado.**
- √ **Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar.**
- √ **Faltas freqüentes à creche ou à escola; pais que não comparecem quando chamados pela direção.**
- √ **Dificuldade de aprendizagem.**
- √ **Despreocupação com os locais onde o filho passa seu tempo.**
- √ **Problemas de adaptação social.**

4.3 Avaliando o Nível de Gravidade da Situação

Para a avaliação do nível de gravidade da situação, quatro componentes devem ser cuidadosamente considerados: **a vítima, a agressão, a família. e o agressor**, classificando cada um deles em três níveis de gravidade: **nível 1- leve, nível 2 - moderado e nível 3 – grave.**

Para esta avaliação global do caso, devem ser definidos inicialmente o risco de cada um dos componentes. Desta forma, analisa-se as características de risco da vítima, da agressão, do agressor e da família, pontuando-se como 1 o risco leve, como 2 o risco moderado e como 3 o risco grave, utilizando-se os parâmetros a descritos, sinteticamente nos quadros a seguir.

4.3.1 Avaliação da vítima		
Risco Leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave - 3
<ul style="list-style-type: none">● bom estado geral.● boa relação com os responsáveis.● desenvolvimento físico e psicomotor adequado para a idade.● sem história de distúrbio de comportamento ou de aprendizagem.	<ul style="list-style-type: none">● estado geral regular - palidez, anorexia, distúrbio do sono, desatenção, doenças de repetição, entre outros.● vínculo com os responsáveis diminuído● comportamentos extremos – apatia, agressividade, comportamento de risco,● atraso de desenvolvimento psicomotor.● diminuição do rendimento escolar.● uso de drogas	<ul style="list-style-type: none">● mal estado geral.● sinais de ausência de vínculo com os responsáveis.● alteração de psiquismo, como irritabilidade ou agressividade ou passividade exagerados.● sinais de medo extremo.● história de fracasso escolar, fugas● uso crônico de drogas.● comportamento delinqüente.● portador de doença crônica ou deficiência, que o torne totalmente dependente dos responsáveis.

4.3.2 Avaliação da agressão

Risco Leve - 1

- lesões físicas sem gravidade, que não necessitam procedimentos médicos e que não são repetitivas.

- descuido com as necessidades nutricionais, de saúde, educação, segurança, por parte dos responsáveis, em relação aos padrões apresentados por estes e/ou demais integrantes da família.

- uso de palavras e/ou atitudes rudes ou excessivamente rigorosas frente a idade ou ao ato cometido pela criança, movido por despreparo; situação de stress vivida pelos responsáveis, ou por concepções rígidas de educação.

Risco Moderado - 2

- lesões corporais localizadas, que necessitem de atendimento médico ambulatorial, como por exemplo, medicação para dor, curativos para lacerações ou pequenas suturas.

- agressão leve, mas com história de agressões leves anteriores.

- negligência crônica, com riscos de comprometimento das condições nutricionais, de manutenção de saúde, da frequência e aproveitamento escolar, etc.

- exploração do trabalho da criança ou adolescente.

- auto-agressão caracterizada por comportamento de risco à vida por parte da própria criança ou adolescente.

- sinais de agressão psíquica freqüente, como humilhação, castigos excessivos, recriminações constantes, culpabilização, ameaças, desqualificação ou impedimento a qualquer forma de lazer.

Risco Grave - 3

- lesões que exigem procedimentos médicos hospitalares.

- lesões físicas em várias partes do corpo, indicando espancamento.

- lesões que demonstram tortura (agressões repetitivas), ou com rituais de perversidade.

- negligência crônica, com desnutrição acentuada, ausência de condições mínimas de higiene, descaso pelo quadro apresentado.

- agressão psicológica repetitiva, com impedimento a outros relacionamentos seja para lazer ou educação, ameaças à vida ou à saúde, rejeição, abandono.

- tentativa de suicídio.

- abuso sexual.

- Síndrome de Münchausen por procuração.

4.3.3 Avaliação do agressor

Risco Leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave - 3
<ul style="list-style-type: none">● sem antecedentes de violência e/ou drogadição.● justifica a agressão como modo culturalmente aprendido de educar, mas aceita rever sua conduta.● despreparado para entender as fases do desenvolvimento da criança/adolescente.● apresenta dificuldade em impor limites.● apresenta problemas emocionais transitórios.● apresenta bom vínculo com a criança ou adolescente.	<ul style="list-style-type: none">● apresenta critérios rígidos de educação, utilizando-se da violência física e/ou psicológica como forma suposta de educar, sem abertura para o diálogo sobre tais comportamentos.● histórico de maus-tratos na própria infância.● usuário de álcool e/ou outras drogas.● com sinais que indicam problemas emocionais significativos e/ou distúrbios de comportamento.	<ul style="list-style-type: none">● responsável por agressões a outros membros da família● histórico de desajuste social ou comportamento agressivo.● dependente de álcool e/ou outras drogas● apresenta sinais ou tem diagnóstico de doença mental com agressividade ou sociopatia.● auto agressor.

4.3.4 Avaliação da família

Risco Leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave - 3
<ul style="list-style-type: none">● bom relacionamento familiar.● reconhece a agressão como um erro e tem meios de evitar novas agressões.● assume a defesa da criança ou do adolescente que sofreu violência extradomiciliar, demonstrando não haver conivência ou impotência frente ao agressor.	<ul style="list-style-type: none">● responsável único, sem condições de sustento ou manutenção do filho.● história de maus tratos com outros membros da família.● que não reconhece a agressão como um risco para a criança ou o adolescente, aceitando ou justificando a atitude do agressor.● que demonstra impotência frente a agressão extradomiciliar, não assumindo a defesa da criança ou do adolescente.	<ul style="list-style-type: none">● história de violência familiar crônica.● responsável indiferente ao estado geral da criança ou do adolescente com sinais de rejeição ou desprezo.● responsável que demonstra agressividade no atendimento, ou que impede o acesso à criança ou ao adolescente.● retardo em procurar atendimento em situação de risco para a criança ou o adolescente.● história de abandono anterior.● conivência com a agressão domiciliar ou extradomiciliar

4.3.5 Avaliação global do nível de gravidade do caso

A avaliação do nível de gravidade do caso exige que os técnicos envolvidos tenham a maioria das informações em suas mãos, sob pena de se proceder a uma avaliação baseada em apenas um ou dois componentes, facilitando a interferência de pré conceitos e juízos de valor. A avaliação da gravidade é, portanto, a última etapa do processo que antecede a tomada de decisões sobre condutas a serem adotadas.

Após a avaliação de cada fator - o estado da vítima, as características da agressão, da família e do agressor, pode-se aplicar um sistema de pontuação que facilitará à definição da gravidade do caso.

Níveis de gravidade da situação de violência - Pontuação e limiares propostos

Componentes Níveis	Agressão	Vítima	Agressor	Família	Total	Limiares
1. Leve	1	1	1	1	4	4 a 5
2. Moderado	2	2	2	2	8	6 a 8
3. Grave	3	3	3	3	12*	9 a 12

***Quando todos os componentes são considerados graves somando 12 pontos – considerar risco de vida**

O quadro apresentado mostra a totalização dos pontos que caracterizam situações “típicas” ou “puras” quando todos os fatores se encaixam no mesmo nível de gravidade. No entanto a realidade não se comporta necessariamente assim.

As situações concretas estarão mais próximas de uma composição e combinação de níveis conforme o fator avaliado, e portanto, é indicado trabalhar-se com limiares máximos e mínimos, conforme apresentado na última coluna do quadro.

A utilização dos limiares permite considerar a classificação de gravidade diferenciada conforme o fator avaliado e a sua somatória indicando a síntese final da gravidade do caso como um todo.

Dessa forma, considera-se um caso como de nível 1 de gravidade, ou seja, leve, quando a somatória de pontos encontra-se entre os limiares 4 a 5, indicando que os quatro fatores avaliados foram considerados leves ou que apenas um dos fatores foi considerado moderado.

Os casos de nível 2 de gravidade - moderado, são aqueles que apresentam de 6 a 8 pontos. Poderão ter um fator considerado grave e os demais moderados, ou dois fatores moderados e dois leves. A avaliação dos limiares permite também dois fatores graves e dois fatores leves, componham um quadro moderado, o que, no entanto, não deve ser freqüente. Este é o caso, por exemplo, de uma agressão sexual extra domiciliar,

quando a agressão é grave, a vítima apresenta-se em estado grave, mas o agressor é desconhecido e, em princípio, não oferece mais risco para a vítima, e a família tem uma atitude de proteção à criança ou ao adolescente vitimizado. Assim, o sistema de pontuação proposto deve ser entendido como uma estratégia que auxilia a identificação de gravidade do caso e não como uma fórmula matemática exata. O uso do bom senso e da experiência do profissional deve prevalecer sobre cálculos ou fórmulas quando se está lidando com questões extremamente delicadas como estas.

O terceiro nível de gravidade compõe de 9 a 12 pontos e poderá ser composto por dois fatores moderados e dois graves, por um moderado e três graves ou **por todos os fatores considerados graves, situação esta que significa risco eminente de vida para a vítima, exigindo medidas imediatas de proteção à criança ou ao adolescente.**

5 NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DA VIOLÊNCIA OU SUSPEITA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - N.O.

5.1 Fluxo

A origem da suspeita de violência/negligência deverá advir tanto da comunidade como de voluntários ou profissionais com atuação em serviços comunitários, creches, escolas, serviços de saúde, hospitais, delegacias de polícia entre outros.

Diante de suspeita ou comprovação de maus-tratos, estes profissionais deverão prestar os atendimentos necessários e formalizar a denúncia por meio da Ficha de Notificação Obrigatória de Violência ou Suspeita de Violência na Infância e Adolescência - NO.

Nos casos considerados moderados ou graves, em que seja necessária a presença imediata do Conselho Tutelar e ou do SOS Criança, estes deverão ser acionados por telefone ou fax. Tal procedimento não desobriga do preenchimento da Ficha de Notificação, que deverá ser encaminhada obedecendo ao fluxograma descrito abaixo e representado a seguir.

Cada unidade notificadora envia para o Núcleo Regional de sua Secretaria as duas primeiras vias da Ficha de Notificação, arquivando a terceira via na própria unidade. No caso das unidades de saúde, a sede da Regional é denominada Distrito Sanitário. A regional recebe as Fichas de Notificação e imediatamente encaminha a primeira via para o Conselho Tutelar da Região e a segunda via para o Núcleo Regional da Secretaria Municipal da Criança. Esta tem a responsabilidade de receber todas as segundas vias e encaminhá-las à sede do Programa SOS/Criança, para digitação, comparação das informações com o banco de dados existente para avaliação de reincidências e construção do banco de dados integrado.

As Escolas da Rede Estadual de Educação encaminharão as Fichas de Notificação ao Núcleo Regional a que estão vinculadas, cabendo à Assistente de Área fazer chegar a 1ª via ao Conselho Tutelar e a 2ª via ao Núcleo Regional da Secretaria Municipal da Criança.

Para a operacionalização desse fluxo, será utilizado o sistema de malotes já existente entre as unidades e sua Regional, diário ou semanal, conforme a realidade de cada Secretaria. A comunicação entre as sedes de Regional com o Conselho Tutelar e com o Núcleo Regional da Secretaria Municipal da Criança é facilitada pela proximidade física entre as sedes, pois a maioria das Regionais e Conselhos Tutelares funcionam nas Ruas da Cidadania. Por outro lado, a garantia de comunicação dos casos que exigem ação imediata - moderados e graves - será dada pela utilização do fax ou telefone diretamente das unidades notificadoras para o SOS/Criança, nos casos de violência doméstica, e ao Conselho Tutelar, nos casos de violência extrafamiliar.

5.2 Modelo da Ficha de N.O .

O modelo da Ficha de Notificação Obrigatória de Violência ou Suspeita de Violência na Infância e Adolescência encontra-se a seguir e o manual de preenchimento da ficha compõe um outro documento em separado, visando facilitar o manuseio. Tanto o presente documento, como o manual de preenchimento da ficha, estão disponíveis em todas as unidades notificadoras e são os documentos norteadores de todo o processo de reconhecimento de maus-tratos, classificação de gravidade, fluxos e procedimentos para o atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA	REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA -NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA-	1º N.º Un. Notificadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		2º N.º Notificação Obrigatória	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

3 Nome: _____

4 Data de Nasc. ____/____/____ 5 Idade: _____ 6 Sexo: Masc. Fem.

7 Escolaridade: Nenhuma Creche / Pré-Escola Série Nível de Ensino: _____ Fora da Escola

8 Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

9 Nome do Acompanhante: _____ Grau de relacionamento: _____ Fone: _____¹¹

12 Mora com: Pai Mãe Irmãos Outros, quem? _____

13 Endereço da Criança/Adolescente: _____ 14 Fone p/contato: _____

15 Vila/Conjunto: _____ 16 Bairro: _____ 17 Regional: _____ 18 Município: _____

19 Ponto Referência/Entre Ruas: _____

DADOS DA OCORRÊNCIA

20 Descrição do Ocorrido / Motivo da Suspeita _____ Data²¹ do Ocorrido ____/____/____ Data da Avaliação pela Unidade ____/____/____²²

23 Tipo Violência/Suspeita

1- Agressão Física 2- Agressão Sexual 3- Agressão Psicológica 4- Negligência 5- Abandono

24 Natureza da Violência/Suspeita: Doméstica Extra Familiar

25 Local/Ocorrência Extra-Familiar: Via Pública Instituição: _____
 Outro. Qual? _____ 26 Bairro da Ocorrência Extra Familiar: _____

27 Tipo de Lesão/Partes do Corpo Afetadas Sem Lesão Aparente

	Cabeça	Pescoço	Tórax	Abdomen	Dorso	Reg.Genital	Nádegas	Memb.Sup.	Memb.Inf.	Outro/Qual?
Corte										
Hematomas										
Fraturas										
Queimaduras										

28 Quantas Vezes foi Observada a Agressão? Primeira Vez Várias Vezes Quantas: _____

29 Houve Notificação Anterior pela Unidade? Sim Não S.O.S Criança? Sim Não No CT? Sim Não

DADOS DO PROVÁVEL AGENTE VIOLADOR

30 Relação c/ a C./Adolescente: Desc. Pai Mãe Própria Vítima Outro Especificar _____

31 Nome: _____ 32 Ign. 33 Idade 34 Sexo

35 O Suspeito é Usuário de Álcool/Drogas? Ignorado Não Sim, Qual? _____

36 Endereço _____ 37 Bairro _____ 38 Município _____

GRAVIDADE DO CASO

39 Grau: Leve Moderado Grave  Para preenchimento do campo 39, considere: A Vítima + A Família + A Lesão + O Agressor

PROCEDIMENTOS

40 Procedimentos Efetuados de Acordo c/ Gravidade do Caso: (1) Encaminhamento a Serviços de Saúde/qual? _____

(2) Internamento Hospitalar 3 Nos Casos Moderado e Grave, Comunicação Imediata ao CT ou SOS Criança

(4) Solicitação Imediata da Presença da Família 5 Encaminhamento à Delegacia de Polícia

(6) Orientação aos Pais/Responsáveis 7 Agendamento de Retorno 8 Agendamento de Visita Domiciliar

(9) Encaminhamento p/Saúde Mental Vítima, qual: _____ Agressor, qual: _____

(10) Inclusão da Cça/Adolescente em Atividades de Contraturno/qual? _____

(11) Encaminhamento da Família para Atividade de Orientação/onde? _____

(12) Encaminhamento da Família para Programas de Assistência Social/qual? _____

(13) Outro. Qual? _____

41 Unidade Notificadora: _____ 42 Telefone: _____

43 Cód. ou Matrícula do Responsável pela Notificação:

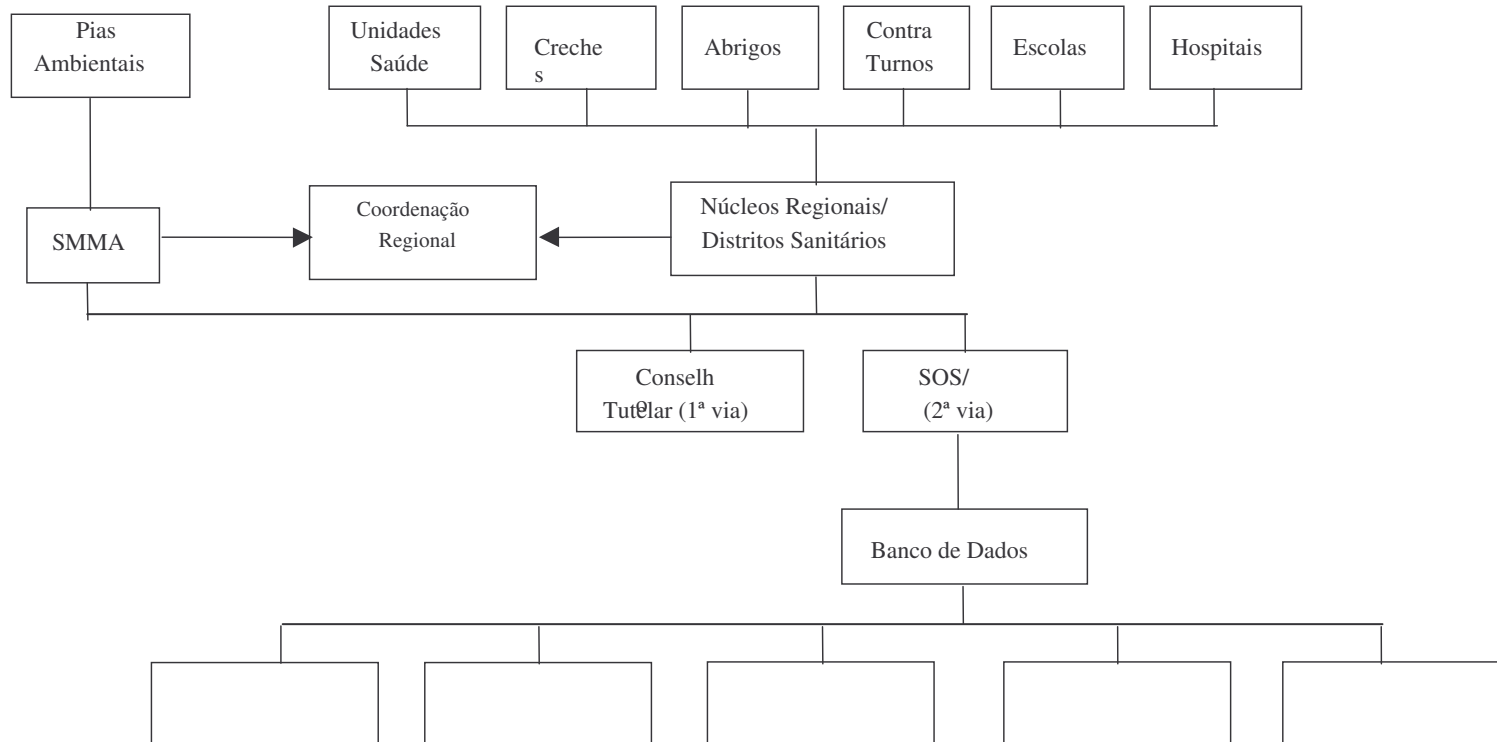
44 Ficha enviada em ____/____/____

1ª via (Branca) - Conselho Tutelar 2ª via (Amarela) - SOS-Criança 3ª via (Verde) - Unidade Notificadora

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - Capítulo II - Das infrações Administrativas

art 245 - Deixar o médico, professor, ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche de comunicar a autoridade competente os casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente: PENA - Multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Fluxo da Notificação Obrigatória



6 CONSTITUIÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

6.1 Diretrizes

O enfrentamento da violência, tanto doméstica como extrafamiliar, só se efetivará criando-se uma rede de proteção que envolva instituições públicas e privadas e que se enraíze nas equipes de profissionais e nas comunidades como um compromisso de cidadania.

Trata-se de proceder a mudanças nos padrões culturais da sociedade, rever concepções sobre educação de crianças e adolescentes, papéis das famílias e do Estado, conceitos de direitos e deveres, liberdade, autoridade, respeito, dignidade e valor da vida.

É preciso repensar o agressor não apenas como um adulto que, ao agredir ou negligenciar uma criança, está cometendo um crime e, por tal, deve ser punido. O agressor, na maioria das vezes, faz parte da vida familiar e afetiva daquela criança ou adolescente e, via de regra, é alguém que necessita de ajuda para se reestruturar, para rever padrões culturais e educacionais, para superar um passado freqüentemente marcado também por agressões e negligências.

Portanto, não se trata apenas de criar um novo serviço, mas de trabalhar no sentido de estabelecer uma rede de proteção à criança e ao adolescente, capaz de prevenir a violência, detectando situações de risco e agindo sobre elas, bem como intervindo onde ela já ocorreu para inibir reincidências e dar suporte a vítimas e agressores para a superação de causas e atenuação de seqüelas da violência.

Para tal, procurou-se discutir estratégias de ação com profissionais de várias formações: educadores, médicos, professores, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, dentistas, enfermeiros, pedagogos, advogados, juízes, conselheiros tutelares, oriundos de diversas instituições governamentais como não-governamentais.

Adotou-se, como diretriz, a otimização dos recursos existentes, redirecionando e reorganizando serviços e programas e procurando internalizar em cada serviço e em cada profissional a preocupação com a detecção de sinais de violência contra crianças e adolescentes e a intervenção imediata de acordo com a capacidade e as especificidades de cada um.

6.2 Proposta de Atendimento: Operacionalização

6.2.1 Atendimento à saúde física e mental

A porta de entrada para o atendimento à saúde de crianças e adolescentes vitimizados e de suas famílias pelo SUS são as unidades de saúde, para os casos leves e moderados, e os hospitais de emergência, para os casos graves, quando se tratar de lesões que exigem atendimento hospitalar.

Nos casos moderados e graves, o atendimento à criança, ao adolescente e ao agressor será priorizado pela unidade de saúde, seja na própria unidade ou com o encaminhamento a serviços contratados. Nos casos de violência sexual deve ser seguido protocolo específico definido pela Secretaria Municipal de Saúde, que prevê o encaminhamento imediato das vítimas para os Hospitais de Referência, a saber: **Hospital de Clínicas da UFPR; Hospital Evangélico do Paraná e Hospital Pequeno Príncipe**, este último, quando se tratar de menores de 12 anos.

De modo geral, o protocolo de atendimento à saúde física e mental prevê os seguintes procedimentos:

- √ **avaliação clínica da criança ou do adolescente e procedimentos imediatos necessários: curativos, suturas, medicação, etc.;**
- √ **encaminhamento para exames complementares e serviços hospitalares, quando necessários, sendo obrigatório o encaminhamento imediato para os hospitais de referência quando se tratar de violência sexual;**
- √ **agendamento de retorno para acompanhamento;**
- √ **encaminhamento para atendimento em saúde mental, priorizando a Clínica Reintegrar e o ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Luz para os casos de violência sexual e do Centro Vida para os casos de drogadição;**
- √ **agendamento de visitas domiciliares para avaliação inicial e para acompanhamento familiar, incluindo a violência como critério de risco;**
- √ **incluir a violência familiar nas atividades educativas com grupos de gestantes e mães, bem como no Programa Mãe Curitibana a detecção e o acolhimento a gestantes e mães com dificuldades para estabelecer vínculos com o bebê ou que apresentam depressão pós parto;**
- √ **encaminhamento de alcoolistas para o grupo de alcoólicos anônimos implantados na maioria das unidades de saúde ou nas instituições comunitárias;**
- √ **encaminhamento para outros recursos comunitários de apoio às famílias de risco;**
- √ **internamento hospitalar sempre que o estado clínico da vítima indicar ou como medida de proteção à vítima que se encontra em situação de risco para novas agressões ou em risco de vida.**

6.2.2 Orientação familiar

A proteção às crianças e aos adolescentes, objetivo das políticas sociais na área da infância e juventude, requer, necessariamente, a atuação sistemática com as famílias. É a família que efetivamente tem condições de proporcionar o ambiente favorável ao desenvolvimento normal de uma criança, pois é nela que se encontra a base afetiva necessária ao seu desenvolvimento emocional. Quando a família não apresenta condições para cumprir esse papel, seja por motivos de ordem econômica, por distúrbios na saúde física ou mental dos pais, por morte dos pais ou por qualquer outro motivo desagregador do ambiente familiar, os filhos ficam desprotegidos e sujeitos aos riscos físicos e emocionais do abandono e da violência.

De acordo com os Conselhos Tutelares de Curitiba, dos casos atendidos em 1999, 46% deles tiveram a família como o agente violador do direito e em 41% o direito violado refere-se à convivência familiar e comunitária.

Assim, fica evidente a necessidade de priorizar o atendimento às famílias, no sentido de dar suporte para que elas possam criar condições para assumir o seu papel no desenvolvimento dos filhos. Para tal, é preciso redirecionar os serviços públicos existentes, fortalecendo programas nessa área e buscando parcerias com a sociedade civil.

Nesse sentido propõe-se:

Acolhimento e escuta a pais ou responsáveis

Prestar orientação a pais ou cuidadores quando diante de situações de risco para a violência é uma ação esperada de todos os profissionais envolvidos na situação específica e o êxito desta ação depende de atitudes que :

- √ não estabeleçam julgamento das atitudes dos pais ou responsáveis, ou juízos de valor sobre comportamentos morais, sexuais, ou conceitos de família ;
- √ reforcem uma postura de ajuda e não de culpabilização;
- √ mostrem uma postura firme de vigilância e proteção à criança ou ao adolescente;
- √ reforcem possibilidades reais de outras formas de relação e de educação.

Formação de grupo de pais

Incentivar a formação de grupo de pais nas unidades de atendimento a crianças e adolescentes - escolas, creches, piás - bem como em unidades de saúde, associações de moradores, clubes de mães, etc., proporcionando um ambiente de discussão e troca de experiências, objetivando a prevenção de desajustes familiares.

O apoio a essas iniciativas deve-se traduzir no fornecimento de material educativo – textos, cartilhas, vídeos sobre temas de interesse para a discussão com pais e

educadores - , bem como no contato com profissionais da rede pública e com voluntários para o desenvolvimento de oficinas, vivências, palestras e outras formas de trabalho educativo.

Essas iniciativas tomarão formas e contextos distintos conforme as condições e necessidades de cada região, mas de uma maneira genérica pode-se sugerir o desenvolvimento dos seguintes temas:

- √ fases do desenvolvimento biopsicosocial de crianças e adolescentes;
- √ liberdade x disciplina x limites;
- √ prêmio x castigo;
- √ sexualidade;
- √ uso e abuso de drogas;
- √ direitos da criança e do adolescente – ECA;
- √ prazer, lazer, responsabilidade.

Os temas poderão ser desenvolvidos em sessões semanais, em horário diurno, noturno ou em finais de semana, dependendo da disponibilidade da instituição e dos pais, bem como do número de temas e da metodologia adotada.

Recursos

- √ Recursos humanos: Avaliar a disponibilidade de pessoal em cada estabelecimento, considerando professores, orientadores, pedagogos, educadores, supervisores, e os psicólogos com atuação em cada Distrito Sanitário, procurando romper, sempre que possível, os limites exclusivos de vinculação a uma dada Secretaria, na busca da articulação intersetorial. Considerar, igualmente, a possibilidade de contar com recursos comunitários como: Programa de Voluntariado PACTO, Ação Voluntária, Amigos da Escola, Grupo Amor Exigente para as necessidades de trabalho com pais de usuários de drogas, Programas de Extensão Universitária, entre outros.
- √ Recursos didáticos: Vídeos, cartilhas, textos, já produzidos por entidades como Pastoral da Criança, CONEN, ABRÁPIA, entre outras..

Metodologia – Propostas inovadoras

A metodologia a ser usada é um dos pontos essenciais a serem desenvolvidos, pois dela dependem a aceitação e o envolvimento dos pais. Ela deve garantir a participação dos pais e evitar práticas que os coloquem como meros receptores de informações ou alvo de julgamento. A metodologia deve facilitar o ambiente descontraído e acolhedor.

Neste sentido, propõe-se trazer algumas experiências desenvolvidas por estabelecimentos e propostas testadas por entidades tanto na esfera da Administração Pública como por Organizações não Governamentais. É importante e salutar que outras experiências surjam e se desenvolvam, respondendo às necessidades diferenciadas de cada comunidade, de cada Rede Local. Algumas destas experiências estão apontadas resumidamente, a seguir:

- √ A Secretaria Municipal da Educação desenvolveu uma experiência de trabalho com os Conselhos Escolares de duas escolas municipais, voltado para a ampliação da participação dos pais, cuja metodologia encontra-se sistematizada e disponível para outras escolas ou outras instituições.¹
- √ A Secretaria Municipal da Criança, através das técnicas responsáveis pelo Projeto de Orientação Familiar do Programa SOS Criança, atualmente regionalizado, realizaram um trabalho de sistematização da experiência por elas desenvolvida com grupos de pais, dando ênfase na metodologia utilizada e escopo conceitual. Este trabalho denominado “Retratos de Famílias. Uma proposta de serviço de orientação familiar”, traz uma importante reflexão sobre alguns anos de experiência com pais que apresentavam dificuldades na relação com seus filhos e se coloca como um detalhamento importante dos possíveis caminhos a percorrer.²
- √ Seguindo um percurso semelhante, duas técnicas – uma da Fundação de Ação Social e outra da Secretaria Municipal da Criança, ambas da Regional Cajuru, estão desenvolvendo um trabalho com grupos de pais, que são formados em vários pontos da regional para facilitar o comparecimento destes pais nas atividades. Este trabalho também encontra-se escrito.³

¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - **Discutindo as competências dos Conselheiros de Escolas**. Curitiba: SME. Gestão Escolar, 2001

² PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA CRIANÇA. **Retratos de família**. Uma proposta de serviço de orientação familiar. Curitiba: SMCr, 2001.

³ PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. NÚCLEO REGIONAL CAJURU. **Re-Pensando as relações familiares e sociais**. Curitiba: SMCr;FAS,2001.

6.2.3 Priorização e atitude de proteção no atendimento.

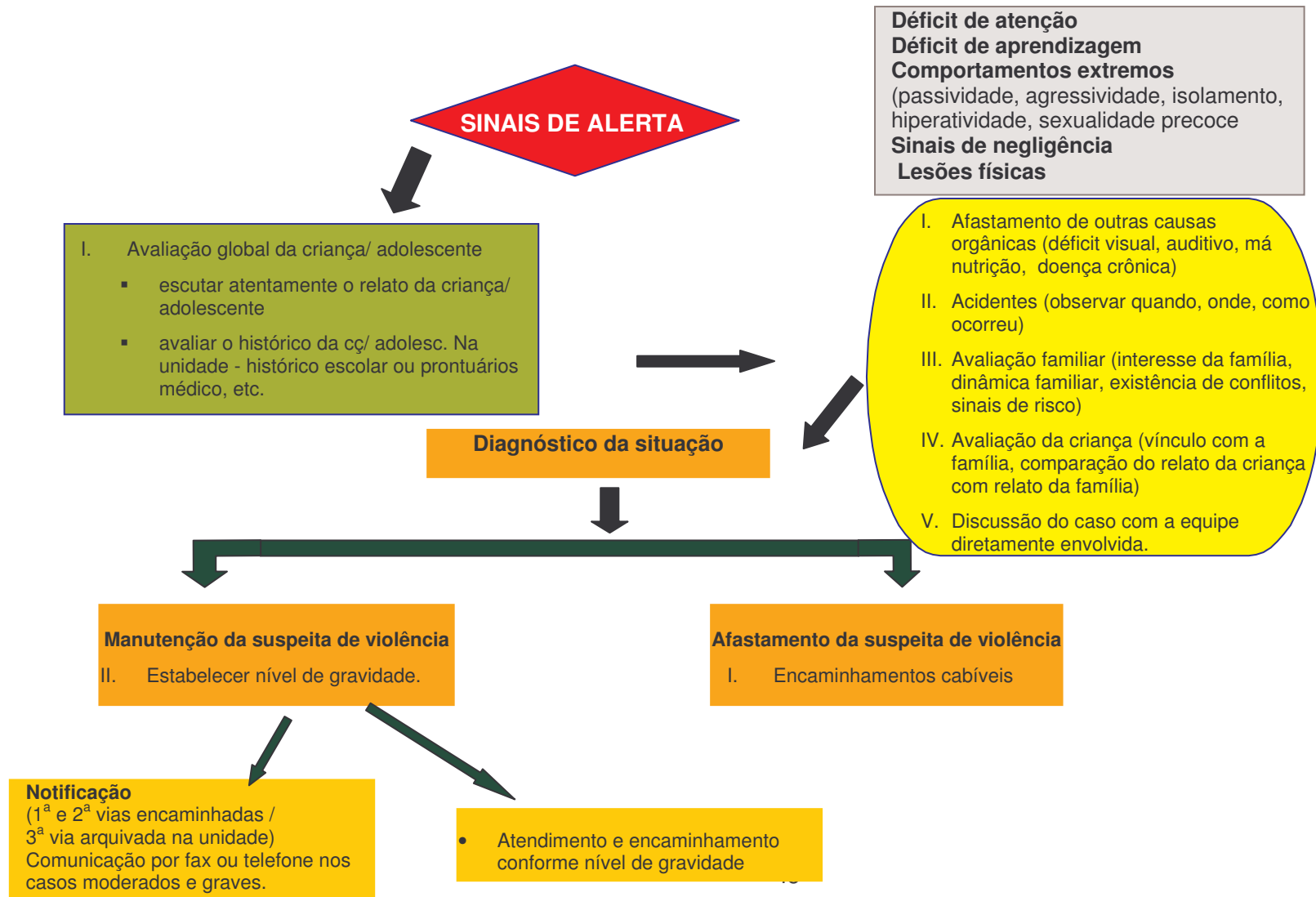
- √ Introdução do critério de Famílias de Risco para a Violência na priorização de vagas em creches e programas de contraturno escolar, desde que solicitadas pelo Conselho Tutelar, SOS Criança ou mediante avaliação técnica pela Rede Local de Proteção à Criança ou ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.
- √ Manter sobre a criança, o adolescente e a família uma atitude de proteção vigilante com o objetivo de apoiá-los, evitando novas situações de agressão.

6.3 Fluxo e procedimentos básicos para o atendimento.

O fluxo de atendimento indica a seqüência de atividades a partir da identificação de uma situação de agressão com base em informações que sinalizam a ocorrência e gravidade de violência ou apontam para a suspeita de violência contra a criança ou o adolescente.

Os casos de suspeita de abuso físico e ou psicológico ou de negligência, deverão ser previamente avaliados de acordo com roteiro proposto para afastar outros motivos que expliquem o comportamento da criança que não o da violência. A identificação de crianças e adolescentes em risco de sofrer violência, principalmente doméstica, deverá ser feita no ambiente escolar, na creche, nas abordagens de rua, nos atendimentos à saúde ou no mapeamento de famílias de risco realizado por agentes comunitários de saúde. Uma avaliação inicial dessas situações de risco deve ser discutida com as equipes no âmbito das unidades, com a perspectiva de levantar dados e embasar a decisão sobre encaminhamentos e procedimentos. No contexto das Unidades de Saúde, Escolas, Creches, Piás e Programas Sociais, contando com os recursos atualmente existentes, é possível estabelecer um roteiro de procedimentos para identificar a situação, manter ou descartar a suspeita de violência, estabelecer nível de gravidade da situação e, a partir daí, desenvolver ações de proteção e de atendimento necessárias de acordo com a especificação e limites de cada unidade.

FLUXO PARA AVALIAÇÃO DA SUSPEITA DE MAUS-TRATOS NO ÂMBITO DAS UNIDADES NOTIFICADORAS



PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA O ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, DE ACORDO COM A GRAVIDADE DO CASO E COM O TIPO DE SERVIÇO.

	Assistência á Saúde (US/ou Unidade Referência)	Escolas, Creches, PIÁs, Abrigos e atendimento à demais programas	SOS Criança	Conselho Tutelar
LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - orientação aos pais/responsáveis. - agendamento de retornos. - acompanhamento domiciliar(ACS). - encaminhamento de pais ao grupo preventivo. - preenchimento ficha N.O.. 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação aos pais/responsáveis. - vigilância sobre a criança. - avaliação da necessidade de encaminhar a outros recursos. - encaminhamento de pais ao grupo preventivo. - preenchimento ficha N.O. 		<ul style="list-style-type: none"> - avaliação das fichas de N.O. recebidas (verificação gravidade e reincidência). - emissão de guia de encaminhamento para a coordenação regional do casos atendidos apenas pelo CT.
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> - priorização do atendimento. - avaliação da necessidade de encaminhamento ao serviço de saúde mental (vítima e agressor). - encaminhamento de pais a grupo de risco. - contato imediato com SOS/Cr em caso de violência doméstica e com CT em caso de violência extra domiciliar . 	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamento à US(vítima e agressor), quando necessário. - contato imediato com o SOS/Cç em casos de violência doméstica e com o CT em casos de violência extra domiciliar. - priorização de vagas em programas. - encaminhamento de pais a grupo de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento de emergência nos casos moderados e graves. - realização de visita domiciliar. - orientação aos pais / responsáveis. - encaminhamento à US ou Hospital. * - realização dos procedimento legais cabíveis após avaliação técnica do caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - avaliação das medidas tomadas pelo SOS/Cr no caso de violência doméstica e pelas unidades notificadoras. - realização dos procedimentos legais cabíveis /aplicação de medidas. Artigos 101,129,136 do ECA.
GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento imediato e encaminhamento/tratamento hospitalar quando indicado. * - internamento hospitar como medida de proteção imediata em situação de risco de nova agressão. - encaminhamento de pais a grupo protetivo 	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamento imediato ao serviço de referência, de acordo com o tipo de procedimento necessário. * - manutenção da proteção até que os demais mecanismos de proteção sejam acionados. 		

* Nos casos de abuso sexual encaminhar as vítimas imediatamente aos hospitais de referência para medidas de prevenção da gravidez; DST / AIDS.

* Obs.: Os procedimentos a serem adotados pelas unidades componentes da Rede de Proteção não são excludentes e sim cumulativos.

6.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA NOTIFICAÇÃO E NO ATENDIMENTO

6.4.1 Dos Conselheiros Tutelares

- √ Tomar as providências necessárias nos casos moderados e graves comunicados por fax ou telefone, em especial quando se tratar de violência extradomiciliar;
- √ Receber a 1ª via das Fichas de Notificação, tomar conhecimento dos encaminhamentos feitos pelos notificadores, verificar no banco de dados do Conselho Tutelar a existência de informações anteriores sobre o caso e registrar as novas informações no SIPIA;
- √ Comunicar os casos de reincidência aos notificadores, por telefone ou nas reuniões das redes locais, ou através da Coordenação Regional da Rede de Proteção, bem como, utilizar estes espaços para informar e para obter informações sobre os encaminhamentos dos casos notificados;
- √ Preencher e enviar à Coordenação Regional da Rede de Proteção uma Guia de Encaminhamento para cada caso atendido diretamente pelo Conselho Tutelar, solicitando o acompanhamento pela Rede de Proteção;
- √ Aplicar as medidas previstas no ECA para garantia de direitos de crianças e adolescentes, sempre que esgotados os recursos e providências junto às famílias ou responsáveis e às instituições prestadoras de serviço.
- √ Participar, através de um representante indicado por um período pré definido, da Coordenação Regional da Rede de Proteção existente em cada Regional e da Coordenação Técnica Municipal, através de representante indicado pelos oito Conselhos Tutelares de Curitiba.

6.4.2 Dos Técnicos do SOS/Criança

- √ Tomar as providências emergenciais necessárias nos casos de violência doméstica de nível de gravidade moderado ou grave, sempre que comunicados por telefone ou por fax;
- √ Receber as segundas vias da Ficha de Notificação Obrigatória e verificar junto ao cadastro já existente, a ocorrência de reincidência, informando ao notificador quando positivo, para que se reavalie a gravidade do caso e as providências necessárias;
- √ Informar ao Conselho Tutelar os encaminhamentos realizados pelo SOS/Criança;
- √ Registrar as informações constantes das Fichas de Notificação, com vistas a construção do banco de dados sobre a violência contra crianças e adolescentes;
- √ Participar da Coordenação Técnica Municipal da Rede de Proteção.

6.4.3 Do Agente Comunitário de Saúde - ACS

- √ Estar atento para os sinais de violência durante a realização das visitas domiciliares de rotina.
- √ Realizar o mapeamento de famílias de risco com relação à violência, na área de abrangência da Unidade de Saúde à qual está vinculado.
- √ Apoiar, quando necessário, o Conselho Tutelar, as escolas e as creches, na avaliação de situações que indiquem violência, negligência, a partir de solicitações encaminhadas à Autoridade Sanitária.
- √ Registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela Unidade de Saúde, ou por ela acompanhados, averiguando reincidências, dificuldades na realização dos encaminhamentos propostos, prestando orientação às famílias ou aos responsáveis, encaminhando-os a outros serviços existentes na comunidade, etc.

6.4.4 Da Autoridade Sanitária e Enfermeiro

- √ Capacitar/sensibilizar os componentes da equipe da Unidade de Saúde para o reconhecimento de sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias.
- √ Manter a equipe alerta para os sinais de violência.
- √ Auxiliar o agente comunitário de saúde e os demais profissionais, na avaliação de suspeita de violência, na classificação da gravidade e nos encaminhamentos e procedimentos necessários.
- √ Garantir os encaminhamentos/procedimentos necessários para o atendimento.
- √ Gerenciar o preenchimento e garantir o encaminhamento das 1ª e 2ª vias da Ficha de Notificação e o arquivamento e registro da 3ª via na Unidade de Saúde, em todos os casos identificados, incluindo-se aqueles considerados leves.
- √ Garantir a comunicação dos casos moderados e graves ao Conselho Tutelar e ou ao SOS/Criança, via fax ou telefone.
- √ Receber as solicitações do Conselho Tutelar, Escolas e Creches de apoio na avaliação de sinais de violência, orientando o agente comunitário de saúde e encaminhando o relatório feito por ele ao solicitante.
- √ Incluir o tema violência intradomiciliar nas ações educativas promovidas pela Unidade de Saúde e destinadas a grupos de mães, gestantes ou comunidade;
- √ Participar da direção da Rede Local de Proteção.

6.4.5 Do Professor e Educador Infantil

- √ Estar alerta para os sinais de violência em crianças e adolescentes sob sua responsabilidade.
- √ Comunicar ao pedagogo, supervisor ou diretor do estabelecimento casos de suspeita de violência e participar do processo de avaliação e acompanhamento dos casos;

6.4.6 Do Pedagogo, Técnico Social de Programas de Apoio, Supervisor e Diretor de Estabelecimento de Ensino ou de Atendimento à Criança e ao Adolescente

- √ Capacitar/sensibilizar as equipes das unidades de ensino e de atendimento à criança e ao adolescente para reconhecer sinais de violência.
- √ Manter a equipe de profissionais alerta para a observação e avaliação de sinais de violência;
- √ Participar da direção da Rede Local de Proteção.
- √ Afastar causas clínicas como deficiência visual, auditiva, dificuldades de aprendizagem e problemas de disciplina, que possam estar determinando os comportamentos e sinais observados na criança ou no adolescente.
- √ Estabelecer nível de gravidade da violência sofrida e o encaminhamentos/procedimentos daí advindos.
- √ Preencher e encaminhar a Ficha de Notificação de todos os casos identificados, inclusive daqueles considerados leves. Comunicar, por telefone ou fax, os casos moderados ou graves ao SOS/Cr, quando se tratar de violência doméstica e ao Conselho Tutelar as demais situações de violência e violação de direitos contra crianças e adolescentes.
- √ Arquivar a 3ª via da Ficha de Notificação e proceder ao registro das fichas emitidas pelo estabelecimento.
- √ Solicitar avaliação pela Unidade de Saúde, quando necessário.
- √ Propor a discussão de temas voltados para a prevenção da violência, especialmente doméstica, em programas ou atividades desenvolvidas pelo estabelecimento e destinadas aos pais e profissionais.
- √ Comunicar, por escrito, ao Conselho Tutelar a evasão, faltas em excesso dos seus alunos e o não-cumprimento de medidas aplicadas pelo Conselho Tutelar às famílias, quando relacionados a assuntos educacionais ou à freqüência a programas

desenvolvidos pelo estabelecimento.

6.4.7 Dos Assistentes Sociais da FAS

- √ Avaliar sinais de violência nas famílias, durante a realização de visita domiciliar.
- √ Preencher e encaminhar a ficha de Notificação Obrigatória.
- √ Comunicar, via fax ou telefone, os casos graves e moderados para a SMCr/SOS Criança.
- √ Encaminhar a família da criança ou do adolescente que sofreram ou estão sob suspeita de violência, para programas internos e da comunidade, de acordo com suas necessidades.
- √ Conceder recursos emergenciais às famílias conforme critérios do Programa de Acompanhamento Familiar.
- √ Incluir nos grupos já formados (Programa e Acompanhamento Familiar, Formando Cidadão, Da Rua para a Escola, e Vale Vovó) a discussão de questões relativas à prevenção de violência.
- √ Acrescentar o tema Prevenção à Violência no trabalho educativo realizado com alunos dos Liceus de Ofícios.
- √ Participar de trabalhos de grupos de orientação a pais, como iniciativa própria ou em conjunto com outras Secretarias.

6.4.8 Dos Assistentes de Área; Técnicos dos Núcleos Regionais da Secretaria Municipal da Criança, Educação, FAS e Distrito Sanitário e outras Secretarias e Instituições que venham a compor a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

- √ Compor, através de um representante, a Coordenação Regional da Rede de Proteção, executando as funções descritas em documento específico

7 ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A ABORDAGEM DA CRIANÇA OU DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA DIANTE DA SUSPEITA DE MAUS-TRATOS

Baseando-se nas publicações da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA, procurou-se traçar algumas orientações gerais para a abordagem de crianças/adolescentes e seus familiares diante de suspeita de maus-tratos no ambiente familiar.

Tais orientações devem ser observadas por qualquer profissional que tenha a oportunidade ou o dever de conversar com uma criança ou um adolescente que estão sendo maltratados.

- √ Propicie um ambiente seguro, tranqüilo e reservado para conversar com a criança ou o adolescente.
- √ Ouça-os com atenção e leve a sério tudo o que disserem.
- √ Procure não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida, nem fazer a criança ou o adolescente repetirem sua história várias vezes, pois isso poderá perturbá-los e aumentar seu sofrimento.
- √ Proteja a criança ou o adolescente e reitere que eles não têm culpa pelo que ocorreu. Especialmente nos casos de abuso sexual, é comum o menor sentir-se responsável por tudo que está acontecendo. Diga-lhe que, ao contar, ele agiu corretamente.
- √ Anote o mais cedo possível tudo o que foi dito e seja fiel às declarações da criança ou do adolescente.
- √ Mantenha sigilo das informações e só relate o caso para as pessoas que precisam estar informadas para agir e apoiar a criança ou o adolescente.
- √ Não prometa o que você não pode cumprir, portanto não prometa guardar segredo antes de saber do que se trata. Explique ao menor que para protegê-lo, você poderá ter que contar a outra pessoa.
- √ Confirme com a criança ou o adolescente se você está, de fato, entendendo o que estão relatando.
- √ Faça o mínimo de perguntas, pois estas poderão conduzir as declarações da criança ou do adolescente.
- √ Utilize as mesmas palavras da criança ou do adolescente. Se perceberem que você está relutando em empregar certas palavras, poderão também relutar em usá-las.
- √ Explique à criança ou ao adolescente o que irá acontecer em seguida, como você irá proceder, ressaltando sempre que eles estarão protegidos.
- √ Como um princípio geral, é importante ser aberto e honesto ao lidar com os pais. Poderá haver, no entanto, circunstâncias em que não será apropriado informar imediatamente os pais, por ser prejudicial para a avaliação ou para evitar pressões e novas agressões à criança ou ao adolescente. Nesse sentido, é importante conversar com os pais sempre acompanhado de outro membro da equipe e avaliar se há possibilidade de diálogo para dizer a eles os motivos de sua preocupação.
- √ Explicar aos pais que é seu dever legal comunicar casos de suspeita de violência contra crianças ou adolescentes e que esse procedimento visa proteger os filhos mas também ajudar os pais que estão com dificuldades no relacionamento familiar.

Referências Bibliográficas

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Crescer Sem Violência**: um desafio para educadores. Rio de Janeiro; Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública CLAVES Jorge Careli, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Abuso Sexual**: mitos e realidade. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997. 40p.

_____. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes**: Guia de Orientação para Educadores. _____.

_____. _____.: Guia de orientação para profissionais de saúde. _____.

ASSISTING WOMEN WITH ADVOCACY, RESOURCES AND EDUCATION. **Domestic violence**: Finding safety and support. St. Louis: bjc Health Sistem, Barnes Jewish Hospital Publication, 2000

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. **Infância e violência doméstica**. São Paulo, Cortez, 1997

DESLANDES, Sueli F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994

ESTATUTO da Criança e do Adolescente. Curitiba: COMTIBA. 76p. (publicado no "Diário Oficial da União", de 16 de julho de 1990)

FILIPPI, Chaim et al. Criança mal tratada e a odontologia, conduta, percepção e perspectivas. Uma visão critica. Campinas: UNICAMP

FONSECA, Maria Thereza N.M. & GOMES, Mary C. T. **Violência doméstica e exploração Sexual contra criança e adolescentes**. Belo Horizonte: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2000. (Série Construindo a Cidadania, 6)

FORWARD, S. & BUCK, G.A **A traição da inocência**: o incesto e sua devastação. Rio de Janeiro: Rocco, 1989

HYDEN, P. & GALLAGHER T. Intervenção no abuso infantil no Setor de Emergência. In: **Clinica Pediátrica da América do Norte**, n.5, 1992.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Violência urbana**: ocorrências, agressores e vitimas, Levantamento realizado no IML-Clinica Médico Legal, Curitiba: IPPUC, 1998

JOHNSON, C.F. Lesões Infligidas versus lesões acidentais. In: **Clinica Pediátrica da América do Norte**, USA: Interlivros, n.4, p. 861 – 887,1990

MANCIAUX, M. & STRAUS, P. Les enfants maltraités. In: **Encyclopedie Médico Chirurgicale**, Paris: 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência contra a criança e o adolescente**: proposta preliminar de prevenção e assistência a violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde,1997

MIRANDA, Luci P. **Maus-tratos** – crianças sem vínculos, adolescentes sem rumo. Curitiba, 2000. (monografia mimeo).

MONTELEONE, J. **Child abuse**. St Louis G. W. Medical, 1998.

REECE, R. Manifestações incomuns do abuso da criança. In: **Clinica Pediátrica da América do Norte**. USA: Interlivros, n.4, p. 861 – 887,1990

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA,, **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência**, 2000. Rio de Janeiro: SBP, Claves Jorge Careli, ENSP, FIOCRUZ, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça, 2000. 40p.

STRAUSS, P. & MANCIUAUX, M. **L' enfant maltraté**. Paris: Editions. Paris: Editions Fleurs, 1983