

*Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*

*Notificação de maus-tratos em  
crianças e adolescentes.  
Guia para os profissionais de saúde*



2004

# NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Guia para Profissionais de Saúde)

Editado em 2002 pelo Ministério da Saúde  
Com a permissão para a reprodução parcial ou total desta obra,  
desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº.167

Tiragem: 35.000 exemplares (edição esgotada)

Secretaria de Assistência à Saúde  
Assessoria Técnica/Traumáticas e Violência  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
CEP: 70058-900, Brasília DF  
Tel.: (61)315-2013/315-2097/226-8673  
Fax: (61) 315-2853

Equipe de elaboração: (CLAVES / IFF / FIOCRUZ): Maria Cecília de Souza Minayo,  
Simone Gonçalves de Assis, Suely Ferreira Deslandes, Kleber Henrique Silva.  
Agradecimentos: Rachel Niskier Sanchez, Conselhos Tutelares do Estado do Rio de  
Janeiro, aos participantes da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em  
situação de risco para a violência de Curitiba/ Paraná.

Adaptado para o Estado de São Paulo por:  
Neuma T. Rossetto Hidalgo e Vilma Pinheiro Gawryszewski

Colaboradores:

Digitação: Heloisa Helena R. Hidalgo  
Capa: Marina Almeida  
Diagramação e layout: Marcos Rosado

## FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo  
Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Guia para os  
profissionais de saúde)  
Atualizado e adaptado por Neuma T. Rossetto Hidalgo e Vilma P. Gawryszewski.  
1ª edição São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004

Documentação e Informações  
Av. Dr Arnaldo, 351. Cerqueira César, São Paulo SP. CEP:  
Fones: (11) 3062-0441; Fax: (11) 3081-9161  
Email:

## APRESENTAÇÃO

“Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes - guia para profissionais de saúde” constitui-se em um instrumento para respaldar as ações dos parceiros que se encontram na difícil tarefa desse tipo de atendimento, nas portas de prontos-socorros ou em unidades básicas.

Completando um ano de atuação, esse grupo técnico coloca entre as prioridades na proposta de vigilância aos acidentes e violência, tornar mais visível esse problema, muitas vezes invisível.

A notificação de maus-tratos está prevista no Estatuto da Criança e Adolescente que, em 2005, completará 15 anos e é Lei no estado de São Paulo desde 2000.

Assim sendo, esse guia foi adaptado de Manual publicado pelo Ministério da Saúde, em 2002, por ser um instrumento de excelente qualidade elaborado por profissionais renomados e ainda contando com a colaboração da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Basicamente, informa aos profissionais quais são os principais sinais para o reconhecimento dos maus-tratos, além de fazer uma ampla abordagem sobre os Conselhos Tutelares e outros possíveis encaminhamentos na resolução do problema, não só do agredido como também do agressor.

O grande diferencial para aumentar a visibilidade do problema é trabalhar a ficha de notificação aqui proposta, na construção de um banco de dados para futuras análises e devolução da informação para o desenvolvimento de ações.

Para isso, esse guia poderá ser enriquecido à medida que experiências exitosas com respeito ao assunto em questão possam estar dele fazendo parte, servindo de estímulo aos que estão começando.

## PREFÁCIO

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

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

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

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

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

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

## 1. Introdução e objetivos

### **Este manual foi escrito com dois objetivos:**

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

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

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

Com a implementação do ECA, a concepção de atendimento à criança e ao adolescente mudou, pois essa lei exige prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado, às necessidades delas. Desta forma, o termo mais apropriado para se referir às mudanças é dizer que esse grupo é portador de direitos especiais, ou seja, ao mesmo tempo em que deve ser respeitado precisa ser protegido, por causa de sua condição de pessoa humana em desenvolvimento físico, moral e psicológico.

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

O ECA tem uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde e do setor educacional tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: a de identificar, notificar a situação de maus-tratos e buscar formas (e parceiros) para proteger a vítima e dar apoio à família. Nele, os artigos do Capítulo 1, que tratam dos direitos fundamentais garantidos às crianças e aos adolescentes, abordam a proteção à vida e à saúde, desde a sua concepção, determinando as ações que devem garantir o atendimento à gestante e o acesso irrestrito dos meninos e meninas aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde através do Sistema Único de Saúde - SUS (Art. 11)22 Art. 11 do ECA: "É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde".

Portanto, pode-se concluir que os setores da saúde e da educação, já há 14 anos, recebeu um mandato social especial que consta do Estatuto da Criança e do Adolescente, para atuar nos diagnósticos de maus-tratos: cabe-lhe o dever de notificar. Mas esse é um mandato muito escassamente cumprido por vários motivos. Muitos profissionais o desconhecem. Alguns, ainda que saibam da lei, não estão convencidos de que devem exercer esse papel considerado, por alguns, como alheio aos cuidados tipicamente médicos. Outros, imbuídos da mesma mentalidade tradicional dos pais ou da sociedade, julgam que as violências contra a criança e o adolescente, ou são problemas menores ou devem ser resolvidos no âmbito das relações familiares, onde na maioria das vezes são gerados e reproduzidos.

Outro artigo do ECA (artigo 13), muito importante para informar a atuação dos profissionais de saúde, orienta os encaminhamentos a serem dados: os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sendo considerada infração administrativa, sujeita à multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, dos casos de que tenha conhecimento (Art. 245). Para contornar o problema de médicos que se omitem, alegando segredo profissional, vale citar o Código Brasileiro de Ética Médica (Resolução 1246/88 do CFM) que, em seu artigo 44, diz: "...é vedado ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente..."

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

Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes, pois passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor (havendo casos psicopatológicos que assim devem ser considerados), nem uma doença da vítima (podendo, por outro lado provocar ou associar-se à eclosão de enfermidades), mas um sério problema social que causa agravos à saúde. Essas distinções exigem uma abordagem diferenciada que inclui

conhecimentos já consolidados em outras áreas, sobretudo, no campo social. E também dilui a clássica divisão entre clínica e saúde pública porque demanda uma forma de intervenção que junte as duas. De um lado, uma menina ou um menino que demanda os serviços deve ter seus problemas físicos (lesões e traumas) ou emocionais (derivações intrapsíquicas) atendidos por meio das técnicas terapêuticas convencionais. De outro, é importante incluir, nesse trabalho, as ações de prevenção e de promoção próprias da saúde coletiva. Nesse último caso, são fundamentais os procedimentos de identificação e controle de situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com os familiares, com serviços públicos e com organizações não-governamentais que atuem na implementação de políticas sociais inclusivas e protetivas.

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

### **Este manual organiza-se do seguinte modo:**

1. define o que são maus-tratos, situando-os no campo da violência social brasileira e da forma como o setor Saúde a considera;
2. define o conceito de notificação e sua importância para a sociedade e para a saúde das crianças e dos adolescentes;
3. apresenta informações sobre o funcionamento e as dificuldades dos Conselhos Tutelares e das Redes Sociais de Apoio;
4. traz uma proposta para a notificação de maus-tratos.

## **2. Maus-tratos como parte da violência social brasileira**

Maus-tratos é um termo bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade. Essa noção não é muito precisa e tem sido criticada por vários estudiosos porque ela faz supor que aos “maus-tratos” se oporiam “bons-tratos”. Portanto carrega uma conotação apenas moral, quando a violência contra meninos e meninas é um problema social muito sério, com uma carga cultural fortíssima, sobretudo em dois sentidos:

- a) que esses seres em formação seriam propriedade de seus pais;
- b) que para educá-los seria preciso puni-los quando erram ou se insubordinam. Por causa do uso corrente e mais abrangente o termo “maus-tratos”, neste manual, será usado

como sinônimo da violência social contra meninos e meninas, no interior das famílias ou fora delas.

Violência Social é um fenômeno complexo. Para se ater ao escopo pretendido, não se fará aqui uma discussão substantiva sobre o tema, mas apenas se apresentará sua definição, por ser o parâmetro com o qual o setor saúde passou a atuar desde que foi divulgado, como documento oficial do Ministério da Saúde, o texto denominado: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>3</sup>.

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

A violência intrafamiliar e institucional sempre afetou a saúde e a qualidade de vida de milhares de crianças e jovens no Brasil. Em nosso país, formas agressivas e cruéis de se relacionar são freqüentemente usadas por pais, educadores e responsáveis por abrigos ou internatos, como estratégias para educar e para corrigir erros de comportamento de crianças e adolescentes. Mas, já está reconhecido cientificamente que, essa mentalidade e esse tipo de atuação, além de serem contraproducentes, são nocivos. Bater, ferir, violar, menosprezar, negligenciar e abusar são verbos que não devem ser usados no trato da infância e da adolescência por vários motivos:

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

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

Ao profissional de saúde é importante saber também que não é só a violência intrafa-



miliar que afeta os meninos e meninas, pois a violência social é muito mais ampla. Por exemplo, uma das suas manifestações mais perversas dá-se na institucionalização, onde o afeto, o carinho, o respeito à sua vontade são substituídos pelo regulamento disciplinar, pelo tratamento massivo e, às vezes, pela repressão ou até a tortura. Outro exemplo é o problema do trabalho infantil, proibido por lei, e o do adolescente, sob a condição de aprendiz. Em especial preocupa a situação do trabalho doméstico, que retira muitas crianças da escola, diminuindo suas expectativas sociais.

Em 2003, os acidentes e as violências constituíram a terceira causa de óbitos no quadro da mortalidade geral no estado de São Paulo. Nas idades de 1 a 9 anos e de 5 a 19 anos constituíram-se na primeira causa de óbitos ocorridos por todas as causas nessas faixas etárias, com 24,5% e 68,7%, respectivamente (Fonte: SIM/SEADE/SES – [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)). Ou seja, a gravidade desse problema atinge toda a infância e adolescência, e as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais que sofrem, embora nem sempre sejam fatais, deixam seqüelas em seus corpos e mentes por toda a vida.

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

Passa-se, então, a conhecer os principais tipos de maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes e que serão passíveis de notificação:

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

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

ou dessa menina que está sofrendo a situação de desamparo.

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

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

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

- Abuso sexual - consiste em todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia.
- Abuso psicológico - constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus-tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos muito deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida. Pela falta de materialidade do ato que atinge, sobretudo, o campo emocional e espiritual da vítima e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de ser identificado. No entanto, o olhar arguto e sensível do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo, freqüentemente, articulado aos demais tipos de violência.
- Além das citadas, há outras síndromes especificadas como maus-tratos - é o caso, por

exemplo, da síndrome de Munchausen por procuração - definida pelos médicos que a estudaram, como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros; e também lhe provocando danos psicológicos, como é o caso da multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima.

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

### **3. Notificação como instrumento de prevenção aos maus-tratos e promoção de proteção**

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

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

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

Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir in loco verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), a não ser em casos excepcionais em que essa parceria se torne inconveniente, devem ser convidados a

pensar, juntamente com os conselheiros, a melhor maneira de encaminhar soluções, sempre a favor da criança ou do adolescente. Apenas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial. O trabalho do Conselho é, especificamente, garantir os direitos da criança e do adolescente, realizando os procedimentos necessários para isso.

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

É preciso ficar claro que a notificação não é um favor que o profissional poderá ou não prestar. A criança e o adolescente, quando vítimas de maus-tratos, ao chegarem a um serviço de saúde, a sua escola ou a outra instituição qualquer, demandam atendimento e proteção. O cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm.

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

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

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

Uma pergunta que sempre é formulada pelo profissional de saúde, quando é convocado para compreender, diagnosticar e notificar os diferentes tipos de maus-tratos, é a seguinte: qual a vantagem dessas ações, sobretudo da notificação compulsória? Os frutos que podem advir dessas exigências são, principalmente, de duas ordens:

1. a notificação viabilizaria um sistema de registro com informações mais fidedignas das situações de violência contra crianças e adolescentes na realidade social brasileira. Esse conhecimento permitiria construir formas de promoção e de prevenção que levem em conta as especificidades culturais das várias regiões do país;
2. possibilitaria certificar se o atendimento às vítimas de maus-tratos está sendo incor-

porado às rotinas institucionais.

Esquemmatizando, espera-se garantir com o Sistema de Notificação Compulsória que:

- a violência constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente;
- a criança, o adolescente e sua família (ou se for o caso, o menino ou a menina com o agente institucional) serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar que, por sua vez, será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis;
- a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar, até o final do atendimento;
- as fichas cumpram o seu papel junto ao Conselho Tutelar mas que os dados nela contidos sejam digitados, analisados e divulgados pelas autoridades sanitárias, retroalimentando o sistema e contribuindo para a tomada de decisões específicas para cada região.

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

Vale ressaltar que a compulsoriedade da notificação na suspeita de maus-tratos dirige-se, principalmente, aos conselhos tutelares, não fazendo parte integrante, ainda, do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

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

Observa-se também, mesmo nas Unidades de Saúde que já abraçaram a causa da prevenção à violência contra a criança, que a categoria médica é a que mais resiste a fazer a notificação, delegando a outros profissionais, como a assistente social e ao psicólogo, tal responsabilidade. A preocupação dos profissionais com a quebra de sigilo e em relação à integridade do paciente tem sido bem respondida por aqueles que já se dispuseram a notificar. Esses passaram a mostrar, na prática, que a notificação é um instrumento de garantia de direitos e não uma denúncia. De acordo com o preconizado e de uma forma ética, comunicam à vítima e à sua família a necessidade de informar aos órgãos competentes sobre os maus-tratos. Sinalizam assim que é possível contar com uma rede social de

apoio, no caso, a união entre o próprio serviço de saúde e o Conselho Tutelar. Demonstram também, por sua forma de atuação, que a família e o agressor, ambos devem ser alvos de cuidados. Ainda aqui, vale repetir a citação do artigo 44 do Código de Ética Médica: "...é vedado ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente..."

Almeida (1998), em estudo sobre a capacitação dos pediatras que atendem às crianças vítimas de violência intrafamiliar, constatou que a maioria deles quando entrevistados, evidenciava desconhecer o ECA, apesar de saber da obrigatoriedade da notificação. A autora verificou também, que por terem muitos receios, a notificação nem sempre era considerada por eles, como a melhor forma de encaminhamento para a situação.

Esse trabalho de Almeida incorporou a visão dos profissionais sobre os motivos de suas maiores resistências:

- (a) medo de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça;
- (b) ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato;
- (c) descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados;
- (d) o desconhecimento do sentido do processo de notificação.

### 3.2 A construção de um sistema de notificação

Para se criar um sistema de notificação é preciso vencer vários desafios.

O primeiro é incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais. As Secretarias de Educação e de Saúde são as proponentes e executoras das políticas públicas de seus respectivos setores, além de responsáveis pelos estabelecimentos que atendem às crianças e aos adolescentes. A notificação compulsória dificilmente se efetivará se não estiver integrada às práticas profissionais e à rotina dos serviços. Às Secretarias Municipais de Saúde (ou aos órgãos que lhes são equivalentes em municípios que não apresentem estrutura de secretarias) caberá a centralização dos dados e o tratamento e encaminhamento dos mesmos às instâncias estaduais (vide fluxo anexo 1), conformando um sistema de registro que se pretende nacional, para cuja operacionalização são necessários equipamentos e técnicos.

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

O terceiro desafio é o de formar as alianças e parcerias necessárias para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, à sua família ou às instituições que os abrigam. E não seja assumida apenas como o cumprimen-

to de uma obrigação que tem fim em si mesma. Essas alianças e parcerias precisam ser feitas tanto dentro da própria rede de saúde, quanto com outras instituições destinadas ao bem-estar das crianças (assistência social, segurança pública, educação), com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e em especial com o Conselho Tutelar. O acompanhamento do trabalho do Conselho Tutelar por parte dos profissionais de saúde é muito importante, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão a ser tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos. Seria desejável que alguns desses profissionais fizessem parte da composição dos Conselhos, através da participação nas eleições para representantes, ou se integrassem na avaliação de seu desempenho. Não se pode esquecer que o Conselho Tutelar é uma organização nova no cenário institucional e em processo de consolidação de uma metodologia de trabalho. É preciso lembrar que também o sistema de saúde, como já foi mencionado, acumula pouca experiência de atendimento aos maus-tratos e enfrenta vários limites, não sendo apenas os Conselhos Tutelares que passam por problemas.

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

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

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

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

No Brasil também, vários pediatras entraram nesse movimento, principalmente a partir da década de 80. Muitos deles engajaram-se nas atividades de prevenção de maus-tratos em crianças e adolescentes, vítimas freqüentes. O foco inicial foi a violência intrafamiliar. Alguns abriram essa discussão nos serviços que dirigiam em hospitais públicos; outros criaram ONGs com a mesma finalidade; muitos passaram a socializar tais preocupações

com estudantes de medicina, lideraram grupos de atenção às famílias maltratantes e uma boa parte esteve presente na formulação do ECA.

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

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

No final de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi a primeira Secretaria, que se tem conhecimento, a criar a Ficha de Notificação Compulsória<sup>4</sup>. Para sensibilizar os profissionais da rede pública, foram realizados vários cursos de capacitação sobre o problema da violência e dos maus-tratos, de tal forma que a norma pudesse ser incorporada por adesão e não apenas como obrigação. Outra decisão importante tornada pela Prefeitura do mesmo município foi a publicação de uma lei que intima funcionários públicos municipais das Redes de Saúde e Educação a notificarem maus-tratos sofridos pelas crianças e jovens<sup>5</sup>. Essa iniciativa, sem dúvida, une a área da educação ao esforço que já vinha sendo feito, há anos, por muitos profissionais de saúde.

Em 1999, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro também adotou o mesmo procedimento, instituindo a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças, adolescentes até 18 anos e contra portadores de deficiências<sup>6</sup>. Isso significou incluir tais informações como procedimento obrigatório em todos os municípios do estado. Ao tempo em que essa decisão foi tomada, a Secretaria criou o Comitê Técnico Intersetorial e Interinstitucional de Acompanhamento das Ações Voltadas à Prevenção e à Assistência a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos e, também, investiu em capacitação dos profissionais.

Em 2000, o Estado de São Paulo, através da Lei nº 10.498, também estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Outro importante avanço surgiu do âmbito federal, com a criação, por portaria do Ministro da Saúde, de um Comitê Técnico Científico para elaborar propostas de "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e na Adolescência" em 1998. Desse grupo participaram representantes da Sociedade Civil Organizada, entre elas a Sociedade Brasileira de



Pediatria, elaborando um plano específico para atuação dos profissionais que atendem a crianças e adolescentes. A proposta da Política Nacional, já citada anteriormente, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em março de 2001, onde se destaca a necessidade da atenção e notificação, pelo Sistema de Saúde, às situações de maus-tratos e violências contra meninos e meninas.

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

Como é possível constatar, a experiência brasileira de notificação de maus-tratos está apenas começando. Por isso, é importante conhecer o que vem acontecendo nos Estados Unidos, país que, a partir da década de 60, instituiu esse procedimento obrigatório na rotina de saúde, e quais são as vantagens e os problemas apontados. A notificação compulsória das situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes foi um mecanismo que se expandiu, nesses mais de 30 anos, em quase todos os estados americanos. Em alguns estados, os profissionais de saúde e de outras áreas da política social para crianças e adolescentes são os principais responsáveis legais por notificar; em outros, todos os cidadãos americanos adultos são obrigados a fazê-lo (Gonçalves e Ferreira, 2001). Stein (1993) cita que todos os estados estabelecem o prazo de até 48 horas para que a investigação sobre a veracidade da notificação se inicie, por meio das agências de proteção dos direitos de crianças e adolescentes e limitam o prazo máximo de seis meses para que essa avaliação termine. O autor ainda assinala que 47 estados mais o distrito de Colúmbia estipularam punições civis ou criminais para os cidadãos que deixarem de notificar uma situação de maus-tratos da qual tomem conhecimento.

O resultado desse processo de conscientização social e responsabilidade coletiva pelo problema, tem sido um grande crescimento do número de notificações. Em 1976, foram informados 669 mil casos de maus-tratos nos Estados Unidos. Doze anos depois, em 1987, as notificações chegavam a 2.178.000. Estima-se que em vinte anos as mortes de crianças por maus-tratos, que oscilavam entre três a cinco mil por ano, tenham caído para cerca de mil. Tal informação indica que o problema ainda é muito grave, mas que também, a expansão e a consolidação da notificação têm resultado na diminuição do número de mortes (Besharov, 1993).

A despeito desse avanço para a saúde infantil, lá também têm surgido discussões sobre os limites do processo de notificação. Estudiosos e profissionais vêm constatando que o crescimento da consciência do problema tem sido acompanhado pelo incremento do número de notificações infundadas. Alguns calculam que a quantidade de informações inverídicas esteja próxima a 60% do total das notificações (Besharov, 1993; Stein, 1993). Tal fato leva muitos críticos a acharem que os excessos consolidam um clima de desconfiança disseminada na sociedade americana. Referem também que o aumento das notifica-

ções infundadas incrementa artificialmente a demanda para as agências de proteção, pois a elas cabe investigar cada uma dessas situações. Falam então, do desperdício de tempo e de recursos que poderiam ser empregados nos cuidados dos casos mais graves e verdadeiros. Besharov (1993), um dos maiores críticos à compulsoriedade da notificação, defende a necessidade de profunda revisão dessa exigência que, segundo ele, estaria causando um “zêlo desmesurado” por parte dos profissionais e fraturas na privacidade familiar.

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

O mesmo autor discorda também da associação da notificação infundada (ou pouco substancial) com o trauma familiar que a situação poderia provocar. Argumenta que, para a maioria desse tipo de notificação, sequer há uma investigação, seja porque traz elementos muito vagos, seja porque o fato denunciado aconteceu há muitos anos ou porque a família denunciada não foi encontrada no endereço referido. Menciona ainda que a abordagem da família é feita, geralmente, por profissionais treinados, cujo maior interesse é proteger a criança (ainda que reconheça que haja vários casos de má condução no relacionamento com a família). Conclui que o sistema de notificação e proteção de crianças vítimas de maus-tratos ainda precisa melhorar. Considera fundamental que as definições do que sejam maus-tratos, particularmente em situações mais subjetivas como nos casos de abuso psicológico, sejam amplamente difundidas. Sugere igualmente que os profissionais das agências de proteção sejam ainda melhor qualificados e que o trabalho de prevenção e suporte às famílias, seja priorizado. Em qualquer hipótese, considera que a divulgação sobre a necessidade e a obrigação de notificar deve continuar.

O debate Besharov - Finkelhor nos apresenta cenários que nem ainda se pode vislumbrar no Estado de São Paulo, onde há que se empreender esforços para que a notificação aos Conselhos Tutelares seja implementada e haja continuidade das ações. Sem dúvida, isso significará avanço na proteção da criança e do adolescente e ruptura de práticas violentas. Contudo, esse debate alerta o Sistema de Saúde para a necessidade de empreender, desde já, um movimento de capacitação dos profissionais e de qualificação daqueles que vão lidar com a constatação das notificações e com o atendimento e acompanhamento das vítimas e de suas respectivas famílias ou de outros agressores. Indica também a importância crucial do fortalecimento de um sistema de registro que permita identificar e conhecer o fenômeno dos maus-tratos nas diferentes regiões. No caso do estado de São Paulo, há que se organizar o fluxo das fichas de notificação para que esses dados secundá-

rios sejam digitados e analisados. Além disso, do exemplo prático americano deduz-se que, desde o início, é preciso investir tecnicamente para que esse sistema de registro possibilite o processo de avaliação continuada e monitoramento da rede de proteção que só se efetivará se houver investimento em pessoas, equipamentos e meios para ação.

#### 4. Sobre o conselho tutelar

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

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

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

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

- atender à criança e ao adolescente que tiveram seus direitos ameaçados ou violados;
- atender e aconselhar pais e responsáveis das crianças que tiverem seus direitos ameaçados ou violados, podendo aplicar-lhes medidas;
- requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, representando junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
- encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal aos direitos preconizados pelo ECA;
- encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária para o adolescente autor de ato infracional;
- expedir notificações;
- requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente;
- assessorar o poder executivo municipal na elaboração da proposta orçamentária suficiente para garantir os investimentos necessários à implementação de políticas e à manutenção da retaguarda dos serviços de proteção às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos e desrespeitadas em seus direitos;

- representar, em nome da pessoa e da família contra a violação dos direitos infringidos por programações de rádio e televisão, propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente;
- representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder.

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

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

A lei municipal que cria o Conselho também deve estabelecer o processo de escolha dos conselheiros tutelares e a coordenação das eleições ficará ao encargo do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). A fiscalização do processo eleitoral caberá ao Ministério Público (MP) e o poder público municipal deverá prover os recursos necessários para o pleito, assim como providenciar a dotação orçamentária e a estrutura adequada para o funcionamento do Conselho.

Os candidatos ao cargo de conselheiro no país costumam ter experiência anterior de trabalho com crianças e adolescentes. Apenas são impedidos os membros que sejam da mesma família (marido e mulher, ascendentes e descendentes, sogro e genro ou nora, cunhados, tio e sobrinho, padrasto, madrasta e enteado). Cabe ao governo municipal definir os pré-requisitos e a forma de seleção dos conselheiros, que pode ser por eleição direta, através de voto representativo, ou por indicação em fórum de entidades que atuem com crianças e adolescentes, ou submetendo os candidatos a exames de seleção, ou ainda por outras formas, desde que não infrinjam as normas estabelecidas no ECA.

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

Embora preconizado no ECA que cada município tenha, no mínimo um Conselho Tutelar, apesar de já passados 14 anos de sua promulgação, ainda há muitos municípios que não os possuem. Em vários locais, os casos de maus-tratos e de outras violações de direitos costumam ser encaminhados para as Varas da Infância e Juventude, para outra Vara no caso da não existência da Vara especializada, ou ainda para a Promotoria Pública

que devem ser notificados, se for o caso.

Mas, mesmo naqueles locais em que há Conselho Tutelar em funcionamento, são muitas as dificuldades enfrentadas para que esse órgão cumpra com eficiência e eficácia o papel que lhe foi atribuído pelo ECA. Os problemas vão desde a falta de estrutura física que na maioria deles é precária, até às deficiências em questões mais substantivas. Essas dificuldades têm conseqüências práticas na atuação dos Conselhos Tutelares e são percebidas pelos profissionais de saúde quando lhes encaminham casos dos quais deveriam cuidar. Os questionamentos de muitos profissionais sobre a exigência da notificação costumam se reverenciar em situações mal sucedidas, vividas por eles ou por colegas, em encaminhamentos feitos a Conselhos Tutelares. Muitas ponderações e relatos são procedentes e constatados por vários estudos (ANCED/MNMMR, 1997; IBAM, 1998; ISER, 1999; Silva, 2001).

A precária infra-estrutura dos Conselhos e a falta de pessoal preparado para o cumprimento da missão de conselheiros desestimulam muito as relações entre eles e os serviços de saúde. Frente à obrigação da notificação, muitas equipes de saúde ficam com dúvidas, têm resistências e receios que acabam por dificultar os encaminhamentos. Essas dificuldades são assim expressas:

- (a) ocorrência de experiências negativas anteriores no trato com a família da criança vitimada;
- (b) receio do menino ou da menina ser enviado para a Febem ou para qualquer instituição pública que o(a) afaste do núcleo afetivo da família, causando-lhe maiores danos do que aqueles que já sofreu;
- (c) visão de que se trata de um problema da família, não sendo de responsabilidade de uma instituição de saúde;
- (d) temor de estar enganado, notificando uma suspeita infundada;
- (e) desconhecimento de quais situações deveriam ser realmente notificadas;
- (f) falta de clareza sobre o processo de notificação (Deslandes, 1999, 2000).

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

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

A integração entre o setor Saúde e os Conselhos Tutelares ainda se encontra relativamente pouco expressiva, em todas as regiões do país (IBAM, 1998). Isso mostra o quão

pouco se tem feito pela integração destes dois serviços, os de saúde e os específicos do Conselho, tão essenciais ao crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam os procedimentos que os Conselhos adotam com as vítimas por eles encaminhadas.

Teixeira (1999), divide a metodologia de atendimento do CT nas seguintes etapas: notificação ou denúncia<sup>7</sup>, constatação, aplicação de medida em caráter emergencial, estudo de caso, aplicação de medida principal, acompanhamento e arquivamento.

A intervenção do Conselho Tutelar dá-se a partir de uma denúncia ou notificação<sup>7</sup> de que os direitos de uma criança ou adolescente estão sendo violados ou ameaçados. Isto significa que, a partir de então, se inicia um procedimento para restabelecer o estado de direito da criança ou do adolescente, mas também uma atuação preventiva para que essa transgressão não venha a acontecer novamente. O Conselho Tutelar não precisa de provas evidentes para apuração de uma denúncia que poderá ser feita, inclusive, anonimamente.

Quando a informação contra alguém chega ao Conselho Tutelar, a notificação é averiguada pelos conselheiros e técnicos que ali trabalham. Um dos primeiros problemas que surge é a impossibilidade de localizar alguns casos.

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

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

A realização de visitas ao domicílio depende de inúmeros fatores. Muitas vezes a averiguação é dificultada porque o endereço que consta da notificação não é real (até como estratégia da família para não ser questionada) ou está incompleto. Outra restrição relatada pelos conselheiros diz respeito à dificuldade de entrarem em determinadas comunidades, sobretudo naquelas das quais vulgarmente se diz, “terem donos”, freqüentes em favelas dominadas por tráfico de drogas. Por vezes, pessoas da comunidade onde mora a criança ou o adolescente e da escola que freqüenta são entrevistadas, visando a colaborar na investigação da veracidade dos fatos.

Constatada a denúncia de violação dos direitos da criança ou do adolescente, às vezes cabe ao conselheiro aplicar uma medida em caráter emergencial para que a situação de risco seja cessada imediatamente. Um caso mais complexo exige que seja feito um estudo

de caso com elaboração do quadro situacional dos envolvidos naquele evento. Para isso, leva-se em conta: os aspectos socioeconômicos da família, a dinâmica familiar, o fato da vítima já ter ou não passado por alguma instituição de atendimento, a sua situação escolar (se for o caso) e a sua situação médica.

O estudo de caso visa a apoiar os conselheiros na definição da medida a ser tomada. Mesmo que os conselheiros sejam pessoas com experiência na área da infância e juventude e inseridos na comunidade, freqüentemente não têm formação profissional como psicólogos, assistentes sociais e outras, necessitando de assessoria para chegar a uma decisão. Assim, o conhecimento técnico essencial a um estudo de caso fica estruturalmente suprido pela presença da equipe técnica. Entretanto, nem todos os Conselhos Tutelares contam com o suprimento dessa necessidade ou com pessoal administrativo para dar apoio. Mesmo em localidades onde existe equipe técnica, constatam-se muitas deficiências na participação da equipe para elaboração e discussão dos relatórios que fundamentam as decisões de encaminhamentos.

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

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

O encaminhamento para o juizado da Infância e Juventude e o Ministério Público (MP) costuma ser efetuado em situações específicas. Algumas vezes o Conselho tem que aplicar uma medida em caráter emergencial, como por exemplo, encaminhar a criança para um abrigo até que a ameaça de violação cesse. Em alguns municípios, quando há condições para isso, o próprio Conselho abriga provisoriamente a criança, impossibilitada de retornar ao domicílio, ou quando não há abrigos disponíveis.

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

São muitos os obstáculos enfrentados pelos Conselhos Tutelares no país, fazendo com que a atuação hoje existente ainda esteja muito longe do ideal. Os aspectos que mais prejudicam a sua eficácia seguem listados abaixo:

- Deficiência de infra-estrutura, dificultando a realização do trabalho com as crianças e adolescentes e suas famílias. A maioria possui apenas uma sede com um aparelho de telefone; faltam computadores, fax, carro, motorista e combustível para locomoção dos conselheiros às visitas domiciliares e institucionais.

- Precária manutenção financeira, tornando o Conselho dependente da boa vontade ou da vontade política, situação decorrente da dependência à Secretaria Municipal à qual está vinculado ou ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que nem sempre lhes dão a devida relevância.
- Muitos conselheiros ficam períodos sem receber; sem direito a férias ou a décimo terceiro salário. Essa situação obriga dedicação apenas parcial de muitos conselheiros, premidos pela necessidade de sua própria sobrevivência. Alguns conselheiros não recebem nenhuma remuneração, trazendo mais transtornos para o desenvolvimento das ações nessas localidades.
- Capacitação deficiente e falta de continuidade na formação; demanda excessiva de trabalho; qualquer previsão agendada pode ser modificada pelas “emergências”, dificultando uma ação programada, continuada e prolongada.
- Falta de pessoal, técnico e administrativo, especialmente profissionais de saúde mental; problemas na atribuição de responsabilidades e de divisão de trabalho e poder entre conselheiros e técnicos.

Outro problema muito comum é a falta de retorno em relação aos desdobramentos para a solução dos casos de maus-tratos. Assim como os profissionais de saúde se queixam da falta de retomo das informações enviadas ao Conselho Tutelar, os conselheiros ressentem-se que o Ministério Público, quando acionado por eles, costuma não dar retorno sobre o prosseguimento dos casos. Todo esse descompasso dificulta um atendimento integrado, necessário ao bom desfecho a favor da proteção da vítima.

Por tudo isso, a qualidade das informações gerada nos Conselhos costuma ser precária, faltando informações básicas sobre a vítima e sua família e o agressor, sobre os procedimentos adotados para a averiguação do evento notificado e sobre os desdobramentos do caso, dificultando uma análise mais efetiva e melhor direcionamento das atividades e das decisões.

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

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

## 5. Rede de proteção social

Abreu Filho (1999/2000), estudando a atuação do serviço de saúde e do Conselho Tutelar em Florianópolis, descreve que mais da metade dos casos graves atendidos não



tiveram solução definitiva, geralmente pela ausência de políticas públicas adequadas. Essa realidade mostra-se a mesma em todo o país. Tanto o atendimento da saúde quanto o do Conselho Tutelar carecem de rede de proteção social. Salles (1999) argumenta que, no Brasil, é mais apropriado falar de rede de inclusão social, uma vez que a maior parte da população não tem os meios suficientes de subsistência.

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

Seria interessante que os municípios tivessem uma bem estruturada Rede de Atenção e Defesa da Criança e do Adolescente<sup>8</sup>, composta por Prefeitura, Secretaria Estadual de Educação, da Saúde, com hospitais, universidades, Conselho Tutelar, juizado da Infância e Juventude, Sociedade de Pediatria, Fundações, ONGs, etc, visando: integrar as entidades de atendimento; articular ações de entidades governamentais e não-governamentais; desenvolver atividades de captação de recursos e gerenciamento; dar formação específica e treinamento aos profissionais que atuam nos diversos programas e serviços; assegurar fluxo contínuo de recursos ao fundo para atender as necessidades das entidades que compõem a rede; avaliar e monitorar as prestações de contas das entidades cujos recursos foram captados pela rede; construir uma rede de informações dotada de banco de dados com sistema informatizado.

A iniciativa da formação de redes de atendimento também tem envolvido empresas do terceiro setor, que vêm investindo recursos financeiros na defesa e no atendimento à infância e adolescência em situação de risco social e pessoal<sup>(9)</sup>.

## **6. Proposta de ficha de notificação compulsória**

(portaria nº 1968/GM, de 25/10/2001, publicada no DOU nº 206 de 26/10/2001)

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

A ficha de notificação funciona como importante instrumento de comunicação entre a

Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e diagnosticaram o ato de violência.

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

O modelo da ficha encontra-se no anexo 1.

## **7. Considerações finais**

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

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

A falta de retorno dos desdobramentos do caso, tão reclamada pelos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, reflete a falta de integração entre os dois setores. Nesse sentido, seria de fundamental importância que ambos pudessem trabalhar juntos no

acompanhamento dos casos trocando mais informações e expondo mais as suas limitações. Assim, efetivariam uma parceria em busca da cidadania não só das crianças e adolescentes maltratados, mas também dos profissionais, unindo-se na luta por direitos definidos em lei e não cumpridos pelo poder público e por boa parte da sociedade.

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

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

Uma sugestão que parece fundamental é criar estratégias para atendimento específico dos principais problemas relacionados à violência contra a criança e o adolescente que permitam ter soluções eficientes e eficazes. Sugere-se que, em primeiro lugar, possa haver uma sensibilização maciça de todos os profissionais de saúde e de educação que atuam com esse grupo social. No entanto, dada a necessidade de atendimentos especializados, o Sistema de Saúde poderia trabalhar com a idéia de referência para os casos de maior complexidade, como o faz para diferentes tipos de enfermidades. Por exemplo, em cidades grandes e outras inclusive de porte médio, a Secretaria de Saúde poderia investir em alguns centros, especializando pessoas ou grupos e oferecendo-lhes condições especiais de trabalho. Por sua vez, os Conselhos Tutelares e toda a rede seriam informados de que os casos que necessitassem de acompanhamento médico ou psicológico mais especializados, tanto para vítimas como para agressores deveriam ser encaminhados para esses locais. Tal estratégia responderia a uma queixa de ambas as partes, pois os profissionais de saúde reclamam que não adianta notificar ao Conselho se acabam recebendo de volta os pacientes; e do Conselho, que ressenete da falta de perspectiva de dar continuidade terapêutica às vítimas e aos agressores, sobretudo no caso das primeiras, quando têm lesões físicas e emocionais mais graves.

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

Não se pode esquecer de que, mesmo em localidades aparentemente muito pacíficas e cordatas, a violência intrafamiliar, por exemplo, faz parte das condutas e da cultura mais

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

## Bibliografia

1. ALMEIDA, E. C. Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra, 1998. (Dissertação de mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
2. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CENTROS DE DEFESA (ANCED); Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR). Conselhos Tutelares no Brasil: perfis dos conselheiros e atuação no Sistema de Garantia de Direitos. Recife: ANCED/MNMMR, 1997.
3. ABREU FILHO, H. O Serviço de saúde e o Conselho Tutelar no sistema de garantia de direitos. Florianópolis, Santa Catarina, 1999/2000. 61p. Mimeografado.
4. BESHAROV D. J. Overreporting and underreporting are twin problems. In: GELLES, R. J.; LOEKE, D. R. (Orgs.) Current controversies on family violence. Newbury Park: Sage Publications, 1993, p. 257-272.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU nº 96 seção IE, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei federal nº 8.069 de 13/07/1990.
7. COSTA, A. C. G. O Nó e a rede: a articulação como princípio estruturador da política de proteção integral à criança e ao adolescente. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 1999.
8. DESLANDES, S. F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? Revista Ciência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.81-94, 1999.
9. DESLANDES, S. F. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. (Tese de Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio Janeiro, 2000.
10. FINKLHOR, D. The Main problem is still underreporting, not overreporting. In: GELLES, R. J. LOEKE, D. (Orgs.) Current controversies on family violence, 1993, p. 273-287.
11. GONÇALVES, H.; FERREIRA, A. L. A notificação por violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2001. 20 p. Mimeografado.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). Diagnóstico Nacional: a situação de implantação e grau de institucionalização dos CMDCA's, CTs e FIAs no Brasil. Rio de Janeiro: IBAM, 1998
13. INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO (ISER). Na "linha de frente" da questão da infância e juventude: uma análise da atuação dos Conselhos Tutelares do Município do Rio de Janeiro. Comunicações do ISER, n. 51, ano 18, 1999.

14. PROTOCOLO de implantação da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2000. 58 p. Mimeografado.
  15. REDE municipal de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Niterói, 2000.16 p. Mimeografado.
  16. SALLES, R. Rede de inclusão social: uma proposta da sociedade. Proposta, ano 28, n. 81, p.16-19, jun./ago., 1999.
  17. SILVA, K. H. A Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares, 2001. (Dissertação de mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
  18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES, SEDH-MJ, 2000.
  19. STEIN, T. J. Legal perspectives on family violence against children. In.-HAMPTON, R. L. (Org.). Family violence: prevention and treatment, 1993, p. 179-197.
  20. TEIXEIRA, S.H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J.P. Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro: Littteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1998, p. 101 -114.
  21. TÜRCK, M. G. Articulação de recursos e formação de redes internas e sociais. Porto Alegre, 19--?. 6p. Mimeografado.
- WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, 1993. 4p. Mimeografado.

ANEXO 1

Ficha De Notificação De Violência, Suspeita Ou Comprovação De Maus-Tratos Contra Crianças E Adolescentes

(considera-se criança, a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade –

Lei 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

**I – IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO**

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

Unidade de atendimento: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço: Município \_\_\_\_\_

Profissionais envolvidos no atendimento (categoria profissional) \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE**

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

DN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Registro na unidade \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Responsável(is) Legal(is): \_\_\_\_\_

Acompanhante ( grau de relacionamento) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone para \_\_\_\_\_

contato \_\_\_\_\_

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

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

Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Desconhecido	<input type="checkbox"/>	Outros _____
Abuso psicológico	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Desconhecido	<input type="checkbox"/>	Outros _____
Negligência	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Desconhecido	<input type="checkbox"/>	Outros _____
Abandono	<input type="checkbox"/>	Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	Desconhecido	<input type="checkbox"/>	Outros _____

Se outros, especificar \_\_\_\_\_

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

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

Descrição sumária do ocorrido: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

ATENÇÃO: ver instrutivo atrás da ficha.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Direção

# INSTRUTIVO

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

## CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

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

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID10), que têm os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente vítima de violência atendida deverá ser preenchida uma ficha específica.
- Quando as fichas para uso de identificação de maus-tratos forem impressas, no seu verso deve constar a relação de instituições locais que prestam atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e outras informações consideradas úteis e necessárias.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para discussão do encaminhamento que deveria ser dado ao caso, o profissional ou a equipe de saúde deverá contatar a Gerência do Programa da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal ou o órgão local que cumpre a função de coordenação desses serviços.
- A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de qualquer forma de maus-tratos contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a notificação desses casos os profissionais devem utilizar a Ficha de Notificação.
- Uma via da ficha deve ser enviada pela direção da unidade o mais rapidamente possível ao Conselho Tutelar da Área mais próxima à moradia da criança ou do adolescente; a outra, para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde (da ficha ou do banco de dados).



- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o mesmo e o serviço de saúde, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- A atenção e a notificação dos casos é responsabilidade da Unidade também, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.
- É importante que o setor da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelos programas voltados às crianças e aos jovens, conheça o número e a natureza dos casos que ocorrem no município, para que possa ir definindo estratégias de atenção e de prevenção adequadas à superação dos problemas de maus-tratos.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e sejam informados sobre a necessidade e a importância, tanto no que se refere ao seu adequado preenchimento, quanto de seu rápido encaminhamento aos órgãos já referidos.

PORTARIA n°1.968/GM,  
25 de outubro de 2001 (\*)

Publicada no DOU N° 206 de 26/10/01  
Seção 1 - Página 86

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

O Ministro de Estado da Saúde, com apoio Art. 87, inciso 11, da Constituição Federal, considerando:

- o disposto no Capítulo 1 do Título 11 da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990;
- os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS n° 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001, resolve:

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

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

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

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

JOSÉ SERRA

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

(Footnotes)

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

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

3 Portaria nº. 737 MS/GM, de 16/5/01, publicada no DOU nº. 96, de 18/5/01

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

5 Lei nº 3224, Diário Oficial do Município do RJ, 23/4/2001

6 Resolução nº 1.354 de julho de 1999.

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

8 FALTA A NOTA 8

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



**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
"Prof. Alexandre Vranjac"



GOVERNO DO ESTADO DE  
**SÃO PAULO**  
RESPEITO POR VOCÊ