

PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



PROTOCOLO DE
ATENÇÃO INTEGRAL
A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA
uma abordagem
interdisciplinar
na Saúde.

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Ana Cristina Álvares Guzzo – Coordenadora Estadual de Saúde da Criança/SESPA

Antônio Carlos Cabral – Oficial do UNICEF/EZ-Belém

Clóvis José Vieira da Silva – Sociedade Paraense de Pediatria e CESUPA

Daniela Castro dos Reis – Secretária Executiva do Projeto Rede Vitória Régia - UNICEF

Eugênia Sandra Pereira da Fonseca – Coordenadora do Propaz

Ildélia Soares Ruffeil – Coordenadora Estadual da Área Técnica da Saúde do Adolescente e Jovem

Janaína Ali Pinheiro – Assessora de Ações da Infância e Adolescência da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos/SEJUDH

Luiz Guilherme N. Martins – Coordenador Estadual de Humanização/SESPA

Márcia Monteiro da Silva – Técnica da Coordenação Estadual da Área Técnica DA Saúde do Adolescente e Jovem

Maria Lúcia Garcia – Professora da UNAMA e responsável pelo Projeto Rede Vitória Régia

Regina Hilda Ferreira Brito – Técnica da Coordenação Estadual de Saúde da Criança

Rita de Cássia de Sousa Vianna – Apoiadora da Política Nacional de Humanização/Pará-MS

Saphyra Ruffeil – Coordenadora de Responsabilidade Social-UNIMED Belém

Revisão de Texto: **Bruna C. Monteiro de Almeida**

Edição: **Ida Pietricovsky de Oliveira e Daniela Reis**

Diagramação: **Marajó Comunicação**

Ilustrações: **John Bogéa**

Organização do texto base: **Mileny Matos de Matos**

*Nós pedimos com insistência
Não digam nunca: Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão.
Em que corre o sangue,
Em que se ordena a desordem,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza,
Não digam nunca: Isso é natural!*
- Bertolt Brecht

APRESENTAÇÃO

Fazer valer os direitos de nossas crianças e adolescentes ainda se constitui desafio que demanda, do conjunto da sociedade brasileira, atitudes em reconhecimento do outro como sujeito de direito.

Os profissionais da saúde, pela natureza da missão que abraçaram, são, indubitavelmente, parceiros estratégicos para que meninos e meninas com direitos violados tenham esses mesmos direitos respeitados, protegidos e garantidos.

No Pará, instituições governamentais, não-governamentais e setor privado se uniram para construir este Protocolo que orienta aos profissionais da saúde como melhor proceder diante das situações que lhes são demandadas no exercício cotidiano de suas práticas.

Constitui-se em ferramenta relevante para a realização do que preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente, com condições de se transformar num instrumento de intervenção poderoso no enfrentamento das diversas formas de violência que são praticadas nos mais diversos espaços de convivência, buscando romper com o “silêncio” que se espraia em nossa sociedade brasileira, flagrante violação de direitos.

Assim, nos congratulamos com todos os parceiros, ensejando que o esforço coletivo de saberes empreendidos, de fato contribua para efetiva proteção integral e cidadã de cada criança e cada adolescente paraense.

Fábio Atanásio de Moraes
Coordenador do UNICEF para
os estados do PA, AP, MT e TO

O OLHAR DOS PARCEIROS



A violência contra crianças e adolescentes, em todos os aspectos, é um problema de Saúde Pública. As análises dos dados estatísticos em saúde nos mostram que as agressões de todos os tipos evoluíram bastante nos últimos dez anos. Quando trabalhamos para que a violência seja mais denunciada, observada dentro dos serviços de saúde e devidamente registrada, provocamos avanços nas estratégias de enfrentamento, o que nos dará base para ampliar os conhecimentos sobre a realidade e planejar melhor a intervenção, a atenção integral e multiprofissional que o assunto exige. Assim, a Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos reconhece e legitima a importância deste Protocolo para a efetivação dos serviços da REDE de atendimento à saúde”

– Fábio Figueiras de Melo,
*Secretário de Estado de
Justiça e Direitos Humanos.*



O chamado “sentimento de infância” só começou a ser definido no final da Idade Média, segundo Philippe Áries (*A História Social da Criança e da Família*, 1981), precursor dos estudos sobre o tema. Essa época caracterizou-se pela descrença na inocência pueril e a tolerância com situações como o infanticídio, demonstrando a grande indiferença com a criança.

Embora, atualmente, haja a disseminação de um sentimento de infância e amparo legal para isto, ainda encontramos a Idade Média francesa de Áries no Brasil de 2010, com números crescentes de crianças que são vítimas de algum tipo de maus-tratos e/ou violência, inclusive no seio de seus lares. Em muitos casos, esse lugar que deveria ser de proteção e amparo, transformou-se na própria masmorra de meninos e meninas, na qual as menores infrações são punidas de forma desmedida e os abusos e explorações, incluindo as de cunho sexual, são constantemente cometidos por aqueles que deveriam garantir-lhes segurança e afeto.

O profissional da Saúde tem o dever legal, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, de reconhecer e proteger a criança que, sob seus cuidados, apresentar agravo relacionado a maus-tratos ou outro tipo de violência. Muitos desses profissionais, embora capacitados para as ações curativas e remediativas, não se sentem preparados para diagnosticar e intervir nessas ocorrências, por vezes complexas. Acreditamos e participamos da construção deste Protocolo reconhecendo-o como uma ferramenta de importância capital para que o/a profissional de saúde, ou aquele/a que se dedica à atenção à criança, possa identificar seus parceiros e a Rede de Atenção à Víctima e, assim, buscar estratégias que o permitam: identificar, acolher e conduzir de forma humanizada, integral e integrada a criança e o/a adolescente vítima de violências”

– **Ana Cristina Álvares Guzzo**,
Coordenadora Estadual de
Saúde da Criança/SESPA.



Construir espaços para trabalho competente em saúde a fim de implementar “a reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde - como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico - dependem ainda da instituição de novos padrões de relacionamento entre profissionais da saúde e usuários dos serviços”(Cartilha da PNH,2005), implica em instituir espaços nos quais a comunicação entre trabalhadores, gestores, usuários seja, permanentemente, objeto de aperfeiçoamento e construção de afinidades, troca de experiências e aprofundamento teórico-conceitual”

– Luiz Guilherme N. Martins,
Secretaria de Estado de Saúde do Pará -
Coordenador Estadual de Humanização/SESPA.



O Projeto Rede Vitória Régia, entendido como um instrumento para Promoção e Garantia de Direitos de Criança e do Adolescente, tem a finalidade de desenvolver competências institucionais, governamentais e não-governamentais, espaços de discussão sobre a realidade infanto-juvenil e aprofundar o debate frente a tecnologias sociais relativas às redes de serviços, em consonância com os desafios e respectivas demandas peculiares do Estado do Pará. Desta forma, este documento é uma ferramenta que concretiza o movimento desencadeado pelos diversos atores que se empenham cotidianamente na garantia dos direitos da criança e do adolescente e na elaboração deste Protocolo.”

– Maria Lúcia Garcia,
Mestre em Serviço Social, Professora da UNAMA e
responsável pelo Projeto Rede Vitória Régia.



A experiência profissional na área da saúde nos mostra a importância da participação social para que as Políticas Públicas se efetivem. Repetimos, com frequência, que precisamos sensibilizar os gestores em relação a determinadas políticas. Mas, lideranças de movimentos sociais, com muita sabedoria, respondem: não sensibilizamos gestores, os responsabilizamos!

O ECA, no seu Artigo 4º, dispõe: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

“O Estado é o principal responsável pelos direitos da criança, mas também os pais o são, bem como as ONG’s, as empresas e as próprias crianças e adolescentes. Pois então, apostar nos direitos da criança e do adolescente significa fomentar a sua cidadania e o seu bem-estar... É muito importante sensibilizar a família, a escola e a comunidade para que tomem medidas de prevenção, de detecção de vítimas de abuso e exploração sexual e de denúncia. Sobretudo, a escola é um espaço propício para empoderar as crianças e os adolescentes e empreender ações de incidência social contra o abuso e exploração sexual com efeitos multiplicadores. (Save the Children, Suécia, 2008)

Nós, profissionais da Saúde, temos, portanto, a responsabilidade de fortalecer as lideranças comunitárias e os jovens para uma participação protagônica, considerando um dos princípios do SUS que é o controle social. Assim como, desenvolver metodologias de construção coletiva do conhecimento sobre a prevenção da violência no município, valorizando as experiências do cotidiano trazidas pelos diversos atores da comunidade.”

– Ildélia Soares Ruffeil,

**Psicóloga, Especialista em Psicologia Social e de Grupos,
Coordenadora Estadual da Saúde do Adolescente/SESPA.**



É de suma importância a elaboração deste Protocolo, que contribui efetivamente no estabelecimento de normas que regulam ações específicas, unificadas e humanizadas, trazendo, em seu conteúdo, definições, rotinas e esclarecimentos. A partir desta publicação, cada um de nós, cuidadores da saúde, atores sociais e toda a rede de proteção para a infância e adolescência, deve adotar uma nova postura através da percepção e sensibilização de que nosso agir profissional, nos diversos eixos, deve ser pautado em garantir uma atenção integral e integrada para o enfrentamento desse fenômeno que viola, corrompe e compromete o futuro de nossas crianças e adolescentes!”

– Eugênia Fonseca,
Coordenadora do Propaz.



A Universidade da Amazônia, por meio da Superintendência de Extensão - Projeto Agenda Criança Amazônia, fez parte da elaboração deste Protocolo com a certeza de estar cumprindo sua missão institucional no sentido de contribuir para a melhoria da realidade social do Pará e da Amazônia. O documento é direcionado mais especificamente aos profissionais de saúde para que possam atender crianças e adolescentes com qualidade e assertividade, contribuindo com a garantia dos direitos infanto-juvenis.”

– Antônio Vaz,
Reitor da UNAMA – Universidade da Amazônia.



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 Protocolo, 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. A Unimed Belém acreditou na importância da construção deste Protocolo e integrou a equipe que o elaborou, contribuindo para o processo de atendimento mais humano e de garantia do direito à Saúde e de qualidade de Vida à criança e ao adolescente no estado do Pará.”

– Gonçalo Brandão,
Vice-Presidente da Unimed Belém
e Gestor da Responsabilidade Social.

PRÓLOGO

VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990), em vários dos seus Artigos destaca a questão dos direitos das crianças e dos adolescentes a saber:

- Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
- Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.
- Art. 70. É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Entretanto, o que vemos na atualidade é uma comprovação de que estes direitos ainda estão muito longe de se tornar uma realidade em nosso país. Pesquisa inédita,

realizada por professores do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, coordenada pela psicóloga Marina Rezende Bazon, mostrou que o número de casos de violência contra crianças é bem maior do que as estatísticas divulgadas pelos órgãos oficiais e que, diferentemente do que muitas pessoas pensam, a violência doméstica atinge todas as classes sociais.

Por outro lado, está provado que maus-tratos na infância não provocam apenas traumas psicológicos reversíveis, mas também danos permanentes no desenvolvimento e funções cerebrais. Os hemisférios esquerdos de pessoas vitimadas pela violência desenvolvem-se significativamente menos do que deveriam. Martin H. Teicher, professor de psiquiatria na Escola de Medicina da Universidade de Harvard, em conclusão as suas pesquisas e de outros colegas sobre o tema, explica que há um forte laço entre maus-tratos físicos, sexuais e emocionais e o desenvolvimento de problemas psiquiátricos.

Mas, até o início dos anos 90, profissionais da área de saúde mental acreditavam que as dificuldades emocionais e sociais ocorriam, principalmente, por meios psicológicos. Os maus-tratos, na infância, eram vistos como causadores do desenvolvimento de mecanismos de defesa intrapsíquicos, responsáveis pelo fracasso do indivíduo na idade adulta, ou como paralisadores do desenvolvimento psicossocial, que poderiam ser tratados com terapias do tipo “esqueça” ou “supere”.

Novas investigações sobre as consequências dos maus-tratos na infância, parecem contar uma história diferente. Como o abuso infantil ocorre durante o período formativo crítico, em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto do extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função. Tal abuso, parece, induz a uma cascata de efeitos moleculares e neurobiológicos que alteram, de modo irreversível, o desenvolvimento neuronal.

Em relação à criança com deficiência, o problema se agrava mais ainda. A história tem mostrado, desde muito cedo, uma associação muito presente entre violência e portadores de deficiência. É de conhecimento, a eliminação, em várias civilizações, de recém-nascidos que apresentam alguma deficiência. Desde a Grécia Antiga até os dias atuais, vários recém-nascidos, portadores de alguma deficiência, são sacrificados em diversas tribos indígenas na Região Norte do Brasil. Também foram muito praticados inúmeros tipos de experimentos em deficientes durante a Segunda Guerra Mundial. Com o final desta, o extermínio e a esterilização de pessoas deficientes foram declarados crimes contra a humanidade com a assinatura do

Tratado de Nuremberg, porém estas práticas continuaram existindo por décadas, como prática de rotina nos Estados Unidos, Canadá, entre outros países. (SOBSEY, 1995).

O nascimento de uma criança deficiente pode trazer muitos sentimentos negativos, tais como: frustração, revolta, depressão etc., podendo gerar a não garantia, de maneira apropriada, do acesso a oportunidades que condizem a um desenvolvimento normal, bem como do acesso a tratamento e intervenção necessários as suas necessidades.

As limitações provocam frustração e sobrecarga dentro do ambiente familiar e contribuem para a eclosão de atitudes de negligência e abusos. Podem também facilitar o surgimento de maus-tratos físicos, estupro, precários cuidados de higiene, má nutrição, vestuário inadequado, dentre outros. O isolamento da pessoa do convívio social também pode ser observado com certa frequência, diante do argumento familiar que se pretende proteger a pessoa. Assim, muitas vezes, a criança é impedida, por exemplo, de frequentar a escola, estas atitudes podem representar a negação do problema e constituem uma forma de violência. (BRASIL, 2001).

Alguns fatores implicam em maior risco à vitimização das pessoas com deficiências. Entre eles, destacam-se: aumento de dependência de outras pessoas para cuidados em longo prazo; percepção de ausência de punição tanto pela vítima quanto pelo agressor(a); percepção, por parte do agressor(a), de menor risco de ser descoberto; dificuldades da vítima em fazer com que os outros acreditem em seus relatos (menor credibilidade); menor conhecimento, por parte da vítima, do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade; isolamento social, aumentando o risco do deficiente ser manipulado por outros; potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos, valores e atitudes mantidos em relação à inclusão, sem considerar a capacidade do indivíduo de autoproteção. Nosek et al (apud WILLIAMS, 2003). Portanto, frente a uma criança portadora de alguma deficiência, deve-se ficar mais alerta para os possíveis sinais de violência ou maus-tratos. Algumas famílias estão muito mais interessadas nos benefícios financeiros que isto pode trazer (pensões, aposentadorias, benefício de prestação continuada etc.), negligenciando os cuidados que necessitam. Cabe, aos profissionais que atendem estas crianças, verificar e cobrar que estes benefícios sejam, de alguma forma, revertidos para uma melhor qualidade de vida das crianças com deficiência, assim como para a sua inclusão social.

Este Protocolo é peça fundamental para a identificação e encaminhamentos adequados dos casos de violência e maus-tratos no Pará. Apesar de direcionado aos profissionais de saúde, foi construído por técnicos de várias instituições, com uma linguagem acessível, podendo ser usado também por outros profissionais envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes. Esperamos contribuir para a conscientização dos profissionais sobre a relevância do tema e a responsabilidade destes no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Amira Consuêlo de Melo Figueiras

Presidente da Sociedade Paraense de Pediatria

ÍNDICE

Capítulo 1.....99

Violência contra crianças e adolescentes é questão de Saúde

Capítulo 2.....99

Conhecendo as faces da Violência

Capítulo 3.....99

Identificando os tipos de Violências

Capítulo 4.....99

Abordando e Assistindo

4.1 Assistência humanizada em saúde

4.2 Assistência humanizada no atendimento às crianças vítimas de violência

4.3 Orientações para a ação do profissional

4.4 Atitudes que devem ser tomadas

4.5 Posturas que devem ser terminantemente evitadas

4.6 Os profissionais da saúde e o apoio às vítimas de violência

Capítulo 5.....99

Cuidando com abordagem Interdisciplinar

5.1 Atenção Médica

5.1.1 Perícia em situações de violência sexual

5.1.2 Procedimentos na Urgência e Emergência

5.2 Atenção Social

5.3 Atenção Psicológica

5.4 Atenção de Enfermagem

5.5 Atenção Odontológica

Capítulo 6.....99

Garantias legais para a intervenção

6.1 Notificação da Violência

6.2 Sistema de Informação

6.3 Fluxo da Notificação

6.4 Marcos Referenciais da notificação de violências

6.5 Sigilo Profissional - o que diz a lei

Capítulo 7.....99

Saúde no Sistema de Garantia de Direitos (SGD)

7.1 Órgãos do SGD

7.2 Eixo da Defesa de Direitos

7.3 Eixo da Promoção de Direitos

7.4 Eixo do Controle de Direitos

Capítulo 8.....99

Estratégia Saúde da Família no Enfrentamento à Violência

Capítulo 9.....99

Propaz-Integrado

9.1 A experiência do Pará

9.2 A experiência de atendimento aos adolescentes agentes de agressão

Bibliografia.....99

Anexos.....99

Anexo I - Endereços

Anexo II - Quimioprofilaxia das doenças transmissíveis em caso de exposição sexual

Anexo III -Ficha de Notificação

Anexo IV- Legislação

1. VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES É QUESTÃO DE SAÚDE

Segundo dados de 2009, da Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância, 12% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência. São 6,6 milhões de crianças agredidas, construindo uma média de 18 mil crianças vitimizadas por dia.

As violências e os acidentes, juntos, constituem a segunda causa de óbitos no quadro geral da mortalidade brasileira. Na faixa etária entre 1 a 9 anos, 25% das mortes são devidos a essas causas e, de 5 a 19 anos, é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nessas faixas etárias, segundo dados do Ministério da Saúde, ou seja, a gravidade do problema atinge significativamente a infância e a adolescência. E mesmo nas situações não fatais, as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais deixam sequelas para toda a vida.

Na Região Norte, os maiores índices de internação hospitalar por causas externas (acidentes de transporte, homicídios e suicídios, compreende acidentes e violências que são subdivididas em intencionais, não intencionais ou acidentais e de intencionalidade desconhecida), onde se configuram as formas de violência, envolvem crianças e adolescentes. Em 2006, as internações de crianças,

menores de um ano, chegaram a 50,92%, de 1 a 4 anos a 51,26% , de 5 a 9 anos, a 45,17% e, de 10 a 19 anos, a 51,32% (DATASUS). Os dados de mortalidade também são mais expressivos na faixa etária infanto-juvenil, sendo que o Brasil ocupa o segundo lugar, no mundo, em mortes por causas externas de pessoas entre 15 e 24 anos de idade.

Ainda que esses dados representem, no sistema de saúde, apenas uma das faces da violência contra crianças e adolescentes, apontam a gravidade do fenômeno e a necessidade urgente do setor saúde assumir um papel protagônico no enfrentamento à violência.

Esse papel perpassa não apenas pelo compromisso legal que compete aos gestores no Brasil, sejam os Ministérios, os Governos Estaduais e Municipais, na implantação de políticas, programas e serviços, mas, fundamentalmente, pela atitude pró-ativa de todos os profissionais que atuam no campo das Políticas Públicas. Ao profissional da saúde, cabe se apropriar e entender o fenômeno da violência, aliando essa compreensão ao conhecimento técnico-científico e à prática dentro da área de atuação.

A proteção, o cuidado e a promoção da saúde no desenvolvimento de crianças e adolescentes, direito amparado pelas legislações internacional e brasileira, é dever de qualquer cidadão e dos profissionais atuantes, seja médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, pedagogo, odontólogo, terapeutas, entre outros.

O consenso de que os profissionais atuantes na saúde têm papel relevante no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, motivou um conjunto de organizações a elaborar este Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência - uma abordagem interdisciplinar na Saúde. O Protocolo tem o objetivo de contribuir para uma intervenção qualificada e interdisciplinar dos profissionais que atuam na Saúde, no que se refere ao enfrentamento à violência, e estimular novas atitudes e práticas cotidianas de pensar e de agir, que considerem e priorizem as especificidades das crianças e adolescentes da Amazônia.

2.

CONHECENDO AS FACES DA VIOLÊNCIA

Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes, algumas são reconhecidas como enfermidades, estando identificadas no Código Internacional de Doenças (CID 10):

T74. Síndrome de maus-tratos

T74. 0 Abandono

T74.1 Sevícias físicas

T74.2 Abuso sexual

T74.3 Abuso psicológico

T74.8 Outras síndromes especificadas de maus-tratos

T74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

Além do CID, que aborda a especificação técnica, é importante que os profissionais da saúde conheçam os conceitos e nomenclaturas que caracterizam os tipos de violência, inclusive, as definições usadas pelas organizações que atuam na área da infância e adolescência.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. Os maus-tratos estão divididos nos seguintes tipos:

2.1 Maus-tratos físicos: uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.

2.2 Síndrome “do bebê sacudido”: é uma forma especial de maus-tratos e consiste em lesões cerebrais provocadas quando a criança, em geral, menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.

2.3 Síndrome da criança espancada: “refere-se, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais” (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões. É reconhecida como aquela em que a criança é vítima de deliberado trauma físico não acidental provocado por uma ou mais pessoas responsáveis por seu cuidado.

2.4 Síndrome de Munchausen por procuração: é definida como a situação na qual a criança é levada para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos responsáveis, que podem ser caracterizados como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

2.5 Maus-tratos psicológicos: correspondem a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, apesar de estar, muitas vezes, associado aos demais tipos de violência.

2.6 Negligência: é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, caracterizando-se pela omissão em termos de cuidados básicos como: a privação de medicamentos, cuidados necessários à saúde, à higiene, ausência de proteção contra as inclemências

do meio (frio, calor); falta de estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação da negligência é complexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento acerca da intencionalidade da mesma. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados com a vítima, é necessária uma atitude de proteção daquele em relação a esta.

2.7 Abuso sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor(a) está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, tendo a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Pode variar desde atos em que não exista contato sexual até os diferentes tipos de atos com contato sexual, havendo ou não penetração.

2.7.1 Abuso sexual sem contato físico:

a) Assédio Sexual: caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor(a) da agressão.

b) Abuso Sexual Verbal: pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente, ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal.

c) Exibicionismo: é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da criança ou do adolescente, ou no campo de visão deles.

d) Voyeurismo: é o ato de observar fixamente órgãos sexuais de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas, buscando obter satisfação com essa prática.

2.7.2 Abuso sexual com contato físico:

São atos físicos que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal.

a) Estupro - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Lei N° 12.015/2009 modificou o texto dos artigos 213 e 214 do Código Penal).

2.8 Outras definições importantes:

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

2.8.2 Exploração Sexual Comercial: refere-se às relações de caráter comercial, em que “crianças e adolescentes são utilizados como mão-de-obra nas diversas atividades sexuais (exploração sexual em bordéis, turismo sexual, shows eróticos, call girls, participação em fotos, vídeos, filmes pornográficos, produção e comércio de objetos sexuais, entre outros)”. As vítimas são exploradas, pois produzem lucro para os aliciadores, proprietários dos estabelecimentos ou da indústria sexual.

2.8.3 Pornografia: Essa forma de abuso pode também ser enquadrada como exploração sexual comercial, uma vez que, na maioria dos casos, o objetivo da exposição da criança ou do adolescente é a obtenção de lucro financeiro. Crime que vem sendo praticado, principalmente, via internet.

2.8.4 Violência Doméstica: é o abuso de poder de um maior sobre



um menor, de um forte sobre um mais vulnerável, de adultos sobre uma criança ou adolescente. As crianças e adolescentes são tratadas como objeto de propriedade e não como sujeitos de direitos. Ocorre no ambiente do lar, praticada por pais, parentes e responsáveis, incluindo babás. A violência doméstica pode ser física, psicológica, verbal ou sexual.

2.8.5 Violência Intrafamiliar: É toda forma de violência física, psicológica ou sexual, praticada por um membro familiar (pais biológicos ou adotivos, padrastos, madrastas, tios/tias, avôs/avós) contra crianças e adolescentes. Não ocorre, necessariamente, no lar da criança.

2.8.6 Trabalho Infantil: A exploração do trabalho infantil pode ser caracterizada como uma consequência da condição de pobreza e miséria de muitas famílias brasileiras. O uso da mão-de-obra infantil em atividades laborais, de forma repetitiva, insalubre e perigosa, mesmo na presença dos pais, cria uma ponte para a exploração sexual, doenças e o ingresso destas crianças em outras mazelas sociais. Muitas crianças e adolescentes são usadas pela própria família, de forma direta ou indireta, para realizar atividades laborais insalubres, cansativas e com extensa jornada de trabalho, chegando a ser usadas para exploração sexual e tráfico de drogas.

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

2.8.8 Violência Institucional: é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, unidades de saúde, escolas, creches, abrigos, delegacias, Judiciário, entre outras. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as vítimas de violência, garantindo-lhes atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos. O Ministério da Saúde define Violência Institucional como aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.

2.8.9 Violência Estrutural: é aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e dos adolescentes, a partir de decisões histórico-econômico-sociais, tornando ainda mais vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento. Aplica-se tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

2.8.10 Violência Social: todas as formas de relações, de ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros. Ela se manifesta nas discriminações e preconceitos em relação a determinados grupos que se distinguem por sua faixa etária, raça, etnia, gênero, necessidades especiais, condição de pobreza e de portadores de doenças.

3.

IDENTIFICANDO OS TIPOS DE VIOLÊNCIA

A suspeita de violência surge, geralmente, no momento em que o profissional de saúde procede à anamnese. Este é um momento em que o profissional deve ter o olhar ampliado, indo além dos possíveis sintomas ou sequelas de doenças e/ou acidentes que levaram a criança ou adolescente ao atendimento.

Reunimos aqui um conjunto de sinais e sintomas que comumente estão relacionados às diversas formas de violência contra crianças, entendendo-se que estes sinais e sintomas não podem ser analisados de maneira isolada. Vale ressaltar, a importância de trocar ideias com outros profissionais, na perspectiva multidisciplinar, em caso de suspeita de violência.

3.1 Para as situações de Maus-tratos físicos:

Devem ser observadas as seguintes situações:

3.1.1 História incompatível com as lesões existentes:

frequentemente, nesses casos, a lesão é relacionada a um fato acidental ou a uma atitude da própria vítima que não condiz com a gravidade do quadro;

3.1.2 Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança: a família alega que o acidente teria sido provocado

por uma atitude da própria vítima, não sendo este ato compatível com a idade e o desenvolvimento motor da vítima;

3.1.3 Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos: a adoção de estratégias como estas possibilitam a detecção de relatos falsos. Daí a importância de uma atuação interdisciplinar e a discussão dos casos por equipe multiprofissional;

3.1.4 Relatos discordantes quando se entrevista os responsáveis separadamente: mesmo que haja convivência dos responsáveis no acobertamento da violência, informações relacionadas ao detalhamento do suposto acidente não são ventiladas quando se formula a história mentirosa;

3.1.5 Relatos discordantes: quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente;

3.1.6 Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência, acima do esperado: geralmente, relacionados à suposta hiperatividade, má índole, desobediências da criança;

3.1.7 Suposto acidente: a procura de socorro médico ocorre muito tempo após o evento;

3.1.8 Dinâmica familiar: conflito familiar, alcoolismo e uso de drogas ilícitas podem aumentar a ocorrência de maus-tratos na família;

3.1.9 Problemas maternos relacionados à gravidez: mãe solteira, gravidez indesejada, não comparecimento às consultas de pré-natal, tentativas frustradas de abortamento, separação do casal etc;

3.1.10 Relato dos pais: experiências próprias dos pais de terem sofrido alguma forma de violência na infância.

3.2 Para a Síndrome de “Munchausen por Procuração”

A “Síndrome de Munchausen por Procuração” é, geralmente, perpetrada pela mãe da criança. Pode ser produzida por dois mecanismos diferentes: a simulação de sinais, como no caso de falsificação de amostras (por exemplo, adicionar sangue menstrual ou açúcar na urina da criança) e a produção de sinais, como no caso de administrar medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões.

Deve-se suspeitar desta síndrome nas seguintes situações:

3.2.1 Doença com características que indicam persistência ou recidivas;

3.2.2 Relatos de sintomas não usuais, quase sempre descritos de forma dramática;

3.2.3 Dificuldades em classificar as queixas dentro de uma linha de raciocínio;

3.2.4 Sinais que surgem sempre quando a criança está com uma mesma pessoa;

3.2.5 Os demais parentes e os profissionais só constataam o quadro já consumado;

3.2.6 Resistência e insatisfação com o tratamento preconizado e insistência para a realização de diversos procedimentos.

3.3 Para Maus-tratos Psicológicos:

Sintomas: problemas de saúde sem causa orgânica, distúrbios do sono, afecções cutâneas, disfunções físicas em geral. Por se tratar de violência que fere o psiquismo, as sequelas são, preponderantemente, emocionais. Quando há sinais físicos, estes são resultantes de um quadro de psicossomatização.

Sinais comportamentais: isolamento social, carência afetiva, baixo conceito de si próprio, regressão a comportamentos infantis, submissão e apatia, dificuldades e problemas escolares, tendência suicida.

Característica da família: falta de afetividade na relação pais e filhos; depreciação da criança, referindo-se a ela de forma negativa, com ameaça, aterrorizando-a ou ignorando-a; tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança, exigindo-a em demasia.

3.4 Para Abuso Sexual:

A identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais após o diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) ou gravidez.

Quando há o relato da criança/adolescente ou dos responsáveis, o direcionamento da anamnese torna-se mais objetivo, facilitando a abordagem do profissional de saúde. Em muitos casos, há a negação do fato, não se admitindo a possibilidade do abuso com o objetivo de proteger o abusador ou por se temer a ruptura do núcleo familiar.

3.4.1 Sinais Corporais:

a) Enfermidades psicossomáticas que consistem em uma série de problemas de saúde sem causa clínica aparente, como: dor de cabeça, erupções na pele, vômitos e outras dificuldades digestivas, que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional;

b) Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's, incluindo Aids), diagnosticadas em coceira na área genital, infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e penianas e cólicas intestinais;

c) Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorréia na garganta (amídalas) ou reflexo de engasgo hiperativo e vômitos (por sexo oral);

d) Dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e de sentar;

e) Canal da vagina alargado, hímen rompido e pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados;

f) Baixo controle dos esfíncteres, constipação ou incontinência fecal;

g) Sêmen na boca, nos genitais ou na roupa;

h) Gravidez precoce ou aborto;

i) Traumatismo físico ou lesões corporais por uso de violência física.

3.4.2 Sinais Comportamentais:

a) Medo, ou mesmo pânico, de certa pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando é deixada sozinha, em algum lugar, com alguém;



- b) Medo do escuro ou de lugares fechados;
- c) Mudanças extremas, súbitas e inexplicadas no comportamento, como oscilações no humor entre retraída e extrovertida;
- d) Mal-estar pela sensação de modificação do corpo e confusão de idade;
- e) Regressão a comportamentos infantis, como: choro excessivo, sem causa aparente, enurese, chupar dedos;
- f) Tristeza, abatimento profundo ou depressão crônica. Fraco controle de impulsos e comportamento autodestrutivo ou suicida;
- g) Baixo nível de autoestima e excessiva preocupação em agradar os outros;
- h) Vergonha excessiva, inclusive de mudar de roupa na frente de outras pessoas;
- i) Culpa e autoflagelação;
- j) Ansiedade generalizada, comportamento tenso, sempre em estado de alerta, fadiga;
- k) Comportamento disruptivo, agressivo, raivoso, principalmente dirigido contra irmãos e um dos pais não incestuoso;
- l) Alguns podem ter transtornos dissociativos na forma de personalidade múltipla (DSMIV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition);
- m) Interesse ou conhecimento súbitos e não usuais sobre questões sexuais;
- n) Expressão de afeto sensualizada ou mesmo certo grau de provocação erótica, inapropriado para uma criança;
- o) Desenvolvimento de brincadeiras sexuais persistentes com amigos, animais e brinquedos;
- p) Masturbar-se compulsivamente;
- q) Relato de avanços sexuais por parentes, responsáveis ou outros adultos;
- r) Desenhar órgãos genitais com detalhes e características além de sua capacidade etária.

3.4.3 Sinais quanto a hábitos, cuidados corporais e higiênicos:

- a) Mudança de hábito alimentar: perda de apetite (anorexia) ou excesso de alimentação (obesidade);

- b) Padrão de sono perturbado por pesadelos frequentes, agitação noturna, gritos, suores, provocados pelo terror de adormecer e sofrer abuso;
- c) Aparência descuidada e suja pela relutância em trocar de roupa;
- d) Resistência em participar de atividades físicas;
- e) Frequentes fugas de casa;
- f) Prática de delitos;
- g) Envolvimento em situação de abuso e exploração infanto-juvenil;
- h) Uso e abuso de substâncias como álcool, drogas lícitas e ilícitas.

3.4.4 Sinais no relacionamento social:

- a) Tendência ao isolamento social, isto é, poucas relações com colegas e companheiros;
- b) Relacionamento entre crianças e adultos com ares de segredo e exclusão dos demais;
- c) Dificuldade de confiar nas pessoas a sua volta;
- d) Fuga de contato físico.

3.4.5 Conduta dos pais ou responsáveis:

- a) As famílias incestuosas tendem a ser quietas, relacionam-se pouco. Os pais são autoritários e as mães, submissas;
- b) O autor(a) do abuso tende a ser extremamente protetor, zeloso da criança e/ou adolescente ou possessivo com a criança/adolescente, negando-lhe contatos sociais normais. Lembre-se, porém, de que manifestar carinho para com filhos é importante para um crescimento saudável;
- c) O autor(a) do abuso pode ser sedutor(a), insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes;
- d) O autor(a) do abuso crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar;
- e) O autor(a) do abuso pode acusar a criança de promiscuidade ou sedução sexual ou, ainda, acreditar que ela tem atividade sexual fora de casa;
- f) O autor(a) do abuso pode contar histórias, referindo-se a outro autor(a) da agressão a fim de proteger um membro da família.

3.5 Negligência:

Dois critérios são necessários para caracterizar a negligência: a cronicidade (deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligência) e a omissão (um responsável deve ter deixado de satisfazer alguma necessidade da criança).

A criança negligenciada pode se apresentar para os profissionais de várias formas:

3.5.1 Sinais de Negligência:

- a) Aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição);
- b) Roupas não adequadas ao clima local;
- c) Desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes, por restrições devido a ideologias dos pais (vegetarianos estritos, por exemplo);
- d) Tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não atendimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes);
- e) Distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica;
- f) Falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição;
- g) Frequência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade;
- h) Grandes períodos de tempo sem atividades, adolescentes com muito tempo livre sem supervisão, expostos ao provável contato com ambientes de risco.

3.6 Sinais de violência em crianças deficientes:

O olhar e a sensibilidade do profissional de saúde devem ser ainda mais apurados em se tratando de crianças com deficiência, uma vez que se amplia o nível de vulnerabilidade dessas crianças, conforme estudos e pesquisas.

3.6.1 É importante diferenciar a desnutrição ou o atraso no desenvolvimento motor próprio da patologia de base dos males provocados por atitudes de negligência, deve-se observar:

- a) Desinteresse dos pais pelo quadro evolutivo da criança;
- b) Falta de acompanhamento adequado às medidas rotineiras de saúde, como

vacinação, tratamentos instituídos;

- c) Vestimenta inadequada ou inferior às apresentadas pelos pais;
- d) Criança com quadro de desnutrição desproporcionalmente mais sério que o justificado pela dificuldade motora ou pelo padrão familiar;
- e) Atraso progressivo na aquisição da fala e no desenvolvimento psicomotor, desproporcional ao esperado;
- f) Manutenção da criança maior ou do adolescente como dependentes para locomoção, mesmo havendo possibilidades de cadeiras de roda ou de outros apoios;
- g) Déficit de desenvolvimento sem justificativa aparente;
- h) Falta de interesse nas possibilidades de reabilitação e adaptação às atividades da vida normal;
- i) Condições injustificadas de extrema dependência;
- h) Incidência aumentada de doenças, de causa obscura e, nem sempre, de fácil diagnóstico.

3.6.2 A deficiência auditiva:

O diagnóstico diferenciado, frente aos distúrbios emocionais da pessoa com deficiência auditiva, deve separar as causas próprias da deficiência dos sinais de maus-tratos a serem observados, como:

- a) Desinteresse dos responsáveis pelos meios de reabilitação existentes;
- b) Desnutrição injustificada pela patologia de base;
- c) Dificuldades importantes de socialização;
- d) Isolamento;
- e) Agressividade ou passividade exagerada;
- f) Atraso no desenvolvimento psicomotor progressivo, apesar do acesso à habilitação e/ou à reabilitação;
- g) Perda brusca de interesse próprio em sua reabilitação.

4.

ABORDANDO E ASSISTINDO

4.1 Assistência Humanizada em Saúde:

A saúde, compreendida como um direito universal determina que cada pessoa tem direito a uma equipe de atenção que cuide, com capacidade de se responsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.

O movimento de Humanização, por meio da implantação da Política Nacional de Humanização, propõe uma mudança no modelo de cuidado à saúde, visando o estabelecimento de uma nova relação do usuário com os profissionais da área.

A proposta de uma “equipe de referência” exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo. As “Equipes de Referência” são uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do adoecer e do seu projeto terapêutico.

A Política Nacional de Humanização tem como princípio a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); e a promoção de iniciativas que garantam o direito dos usuários a

serem atendidos com respeito, eficiência, rapidez e segurança.

Humanizar a saúde é, portanto, trabalhar a favor da vida com dignidade, melhorando as condições de trabalho e de atendimento, viabilizando o acesso aos serviços de saúde e fortalecendo o grau de comprometimento daqueles que praticam e recebem os cuidados de saúde, fortalecendo-os como agentes desse processo.

Falar em humanização na assistência à saúde é falar de melhorias nas relações entre os indivíduos ou entre a equipe de profissionais atuantes na área da saúde - médicos, enfermeiros, terapeutas, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos - e o usuário deste serviço. Pressupõe que se estabeleça a melhor relação possível entre os diversos profissionais que atuam na área, em outras palavras, é preciso saber trabalhar de forma interdisciplinar. Essas relações se humanizam na medida em que se estabelecem formas de comunicação, interação e confiança entre os profissionais, e entre estes e os usuários.

Para a humanização chegar aos usuários, é preciso um olhar mais amplo do profissional, esse olhar deve ir além da análise técnica da doença, deve permitir alcançar os medos, angústias, incertezas do indivíduo vítima de violência, dando-lhe apoio e atenção permanente.

4.2 Assistência Humanizada no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência:

Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de violência requer, além de habilidade e sensibilidade, compromisso com essa questão. Os profissionais da saúde devem buscar sempre atuar de forma articulada, em trabalho interdisciplinar, interprofissional e multissetorial.

Um processo de apoio às crianças vítimas de violência é um conjunto orientado de atendimentos à vítima e seus familiares e de diligências várias que conduzam à eficaz resolução dos problemas manifestados ou resultantes da prática da violência. O processo de apoio a uma criança vítima de violência tem por finalidade a promoção e a proteção na garantia de seus direitos.

4.3 Orientações para a ação do profissional

4.3.1 Saber trabalhar em equipe interdisciplinar: Os profissionais que atuam na saúde, sejam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos,



odontólogos, ao entrarem em contato com a suspeita ou confirmação de uma situação de violência, precisam ter consciência que esta situação exige uma intervenção que não se limita apenas a sua competência profissional, ou seja, as diversas nuances da ocorrência levam, obrigatoriamente, a outras competências profissionais;

4.3.2 Saber ouvir, observar e aceitar o que a criança e o adolescente falam:

4.3.3 Manter atitude de crédito: Não fazer perguntas em demasia, sem questionar o que está sendo relatado, evitando detalhes desnecessários;

4.3.4 Deixar claro: a vítima não deve se sentir culpada ou envergonhada pelas situações sofridas;

4.3.5 Revitimização: Evitar que a criança tenha que repetir sua narrativa várias vezes a outros profissionais, para que não se amplie seu sofrimento;

4.3.6 Orientação: Orientar a criança ou adolescente sobre todos os procedimentos que serão adotados;

4.3.7 Sigilo: Não prometer à vítima ou à família o que não puder cumprir, como, por exemplo, guardar segredo de todas as informações obtidas;

4.3.8 Singularidade: Levar em conta a singularidade de cada situação e o

processo de resiliência, a equipe interdisciplinar deve trabalhar com o propósito de tirar o usuário do lugar de vítima e de transformá-lo em sujeito autônomo, sem esquecer que, por outro lado, no eixo da responsabilização e da defesa de direitos, a criança ou adolescente é vítima sim e precisa ter seus direitos garantidos, e o agressor(a), por conseguinte, precisa ser punido para que o ciclo de violência seja rompido;

4.3.9 Linguagem: Ter bom senso quanto ao uso da linguagem, da posição corporal e da disposição do espaço físico em que o atendimento ocorre; é preciso conversar com o usuário em uma posição em que ele, especialmente quando se trata de criança, possa olhar e ser olhado;

4.3.10 Acolhimento: É preciso procurar compreender o que o usuário espera da intervenção e se há clareza disso no contrato que se estabelece com o mesmo.

4.4 Atitudes que devem ser tomadas:

4.4.1 Documentar: Registrar de forma detalhada todo o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento;

4.4.2 Transcrever: descrever o histórico, as palavras da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou pré-julgamentos;

4.4.3 Notificar: Toda suspeita de violência deve ser notificada. (Ver capítulo 7). Lembrando que a notificação pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde.

4.5 POSTURAS QUE DEVEM SER TERMINANTEMENTE EVITADAS:

4.5.1 NÃO RESPEITAR O QUE FOI CONTADO E INDUZIR O DIAGNÓSTICO;

4.5.2 PERGUNTAR DIRETAMENTE SE UM DOS FAMILIARES FOI RESPONSÁVEL PELO OCORRIDO;

4.5.3 INSISTIR EM CONFRONTAR DADOS CONTRADITÓRIOS OU CHECAR REGISTROS;

4.5.4 CONFRONTAR OS PAIS COM DESCRIÇÕES FORNECIDAS PELA CRIANÇA OU PELO ADOLESCENTE;

4.5.5 DEMONSTRAR SENTIMENTOS DE DESAPROVAÇÃO, RAIVA, INDIGNAÇÃO;

4.5.6 DRAMATIZAR A SITUAÇÃO;

4.5.7 PEDIR AOS ACOMPANHANTES QUE ESQUEÇAM A SITUAÇÃO;

4.5.8 ASSUMIR POSTURA DE POLICIAL OU DETETIVE;

4.5.9 DEIXAR DE AVALIAR OU SUBESTIMAR OS RISCOS REAIS PARA A CRIANÇA E OS NÍVEIS DE GRAVIDADE;

4.5.10 NÃO SOLICITAR AUXÍLIO E AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR;

4.5.11 DEIXAR DE INFORMAR-SE SOBRE OUTRAS CRIANÇAS DA CASA EM SITUAÇÃO DE RISCO E NÃO ENCAMINHÁ-LAS PARA AVALIAÇÃO;

4.5.12 NÃO ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DO CASO E SEUS DESDOBRAMENTOS;

4.5.13 EXPOR A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA AOS APELOS DA MÍDIA E DE CURIOSOS;

4.5.14 DEIXAR DE NOTIFICAR;

4.6 Os profissionais da saúde e o apoio às vítimas de violência:

Para um atendimento integral a vítimas de violência, faz-se necessário o apoio de diversas competências profissionais, pelo que, mais uma vez, reforça-se a importância de um atendimento interdisciplinar.

4.6.1 Acolhimento Profissional: O apoio emocional que o profissional presta à criança e à família trata-se de um apoio não especializado, que não exige, propriamente, o uso de competência profissional. É de realidade subjetiva e está ao alcance de qualquer pessoa. Implica ser acolhedor e simpático, sereno e compreensivo para com as crianças, adolescentes e suas famílias. Implica ser afável e acessível. Neste apoio, o profissional procura, sobre todas as coisas, ser compassivo e empático. Este apoio estará sempre presente, imerso em todos os outros tipos de apoio.

4.6.2 Apoio Médico: O apoio médico diz respeito às necessidades que a criança

e o adolescente tenham em relação à violência sofrida, restaurando sua integridade física e bem-estar. O papel do médico, diante de um caso de violência, envolve diversas atribuições, entre elas:

- a) Identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento através da anamnese e exame físico;
- b) Prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico);
- c) Prestar atendimento ambulatorial e interagir com os demais membros da equipe interdisciplinar.

4.6.3 Perícia: A Perícia Médica é capítulo importante da Medicina Legal que, por sua vez, é considerada área de atuação médica. Portanto, a perícia constitui ato médico. O seu objetivo é fornecer à autoridade competente, sempre que possível, a prova material de um crime, daí o seu importante papel nas questões judiciais. Por essa razão, a perícia sempre ocorrerá atendendo solicitação da autoridade competente. Os médicos legistas garantem um apoio imprescindível quanto a informações técnicas para a prova dos crimes praticados contra a criança.

Além destes, algumas especialidades médicas são fundamentais para a reabilitação das vítimas, como: ginecologistas, terapeutas, fisioterapeutas, pediatras, hebiatras, ortopedistas, entre outros.

4.6.4 Apoio da Enfermagem: Ocorre durante o atendimento com ação direcionada para a resolutividade do problema, não se limitando a um ou outro momento, não a este ou aquele profissional. Porém, é essencial o acolhimento pela enfermagem desde a entrada no serviço, o acompanhamento durante a internação até a alta da vítima.

O profissional de enfermagem deve:

- a) Receber a criança ou adolescente com atenção e simpatia;
- b) Sentar-se de frente para a criança ou adolescente e sem barreiras entre os dois;
- c) Avaliar o estado emocional, o estado de saúde, o nível para atender a conversa, de acordo com a idade e nível intelectual;
- d) Determinar as necessidades da criança ou adolescente;
- e) Ouvir mais do que falar (saber ouvir);
- f) Chamar a criança ou adolescente pelo nome;
- g) Utilizar perguntas abertas;

h) Informar todas as etapas do atendimento e a importância de cada medida tomada;

i) Respeitar a fala da criança ou do adolescente, lembrando que nem tudo é dito normalmente;

j) Adotar uma postura compreensiva, que busque a autoestima da criança ou do adolescente;

k) Criar vínculo;

l) Dar atenção total, principalmente às crianças;

m) Tocar no braço e na mão da criança ou do adolescente, quando apropriado.

4.6.5 Apoio Psicológico: Diz respeito aos aspectos emocionais que a criança/adolescente, seus pais e familiares tenham em relação à violência sofrida. Todos poderão necessitar receber apoio psicológico. O apoio psicológico visa proporcionar uma experiência terapêutica (trabalhar a autoestima, o processo de percepção, valores e a identidade de si mesma e em relação ao adulto, entre outros), a fim de minimizar o impacto e os efeitos negativos do acontecimento traumático.

4.6.6 Apoio Social-Jurídico: Consiste em orientação sócio-jurídica a crianças, adolescentes e familiares que tenham sofrido violência. Visa esclarecer a situação da vítima no seu contexto relacional e social, através de acolhida, escuta, estudo social, orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais, orientação sócio-familiar; informação, comunicação e defesa de direitos, apoio à família na sua função protetiva, articulação com a rede de serviços sócio-assistenciais, com políticas públicas setoriais e com demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

5.

CUIDANDO COM ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

5.1 Atenção Médica:

5.1.1 Identificação de maus-tratos no exame físico:

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

a) Pele e Mucosas:

As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau. Hematomas são as lesões de pele, frequentemente, encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e por arranhões. Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Assim, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias

subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).

Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes etc.). O achado de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos. É importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas.

b) Esqueleto:

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades. Em crianças menores, os ossos longos costumam ser afetados na zona metafisária. O traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a provocou: fraturas espiralares e fraturas transversas em ossos longos de lactentes sugerem maus-tratos (as primeiras provocadas por torção; as últimas, por impactos violentos). Fraturas de costelas (geralmente, na região posterior, próximo à articulação costo-vertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto.

c) Sistema Nervoso Central:

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão:

- **externa:** fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas;
- **interna:** produzida por “sacudida” ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóideo e a hemorragias retinianas;

Hemorragias retinianas, em menores de 3 anos, na ausência de lesões externas de TCE, são quase específicas de maus-tratos (decorrem de forças de aceleração e desaceleração aplicadas na cabeça, como na “síndrome do bebê sacudido”). Conforme acontece em danos neurológicos de outras etiologias, as alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

d) Lesões Torácicas e Abdominais:

Os traumatismos torácicos produzidos por maus-tratos são pouco frequentes, podendo decorrer de compressão antero-posterior (“síndrome do bebê sacudido”) ou de tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas, contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax. As lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual nas crianças maltratadas, sendo mais frequentes em crianças acima de 2 anos. Pode-se perceber sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intramural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço). É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intramural).

e) Exames Complementares:

- **Coagulograma completo:** importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias;
- **Radiografias:** RX completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 2 anos de idade e, em alguns casos, até os 6 anos de idade. Acima desta idade, geralmente, bastam radiografias localizadas, de acordo com o caso. A radiografia pode ser normal na fase aguda do trauma. Diante da suspeita de maus-tratos, pode-se, portanto, repetir o estudo radiológico após duas semanas;
- **Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética:** indicadas na exploração das lesões intracranianas.

5.1.2 Maus-tratos Psicológicos:

É o tipo de violência mais difícil de se detectar em sua forma isolada. Por outro lado, costuma estar presente, concomitantemente, aos demais tipos de abuso.

a) Quadro Clínico:

Os sintomas e transtornos que aparecem nas crianças que sofrem maus-tratos psicológicos não são específicos dessa forma de violência, podendo aparecer também em decorrência de patologias de outras etiologias. Podemos encontrar:

- Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual,

emocional e social;

- Labilidade emocional e distúrbios de comportamento, tais como: agressividade, passividade e hiperatividade;
- Problemas psicológicos que vão desde a baixa autoestima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a agressividade e a sexualidade;
- Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, escape fecal);
- Psicose, depressão, tendências suicidas. Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar num acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

5.1.3 Abuso Sexual:

Na maioria dos casos de abuso sexual, não se constata lesões físicas evidentes. Deve-se proceder a um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus. Os sinais físicos a serem pesquisados são: hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de DST e gravidez.

a) Exames Complementares:

Sempre que possível, realizar coleta de material que ajude a comprovar o abuso, como pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais a qual pode ser feita quando o abuso ocorreu há menos de 72 horas. Ao indicar a obtenção de material para culturas e pesquisa sorológica de DST, considerar a possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de DST e a sintomatologia da criança.

5.1.4 Perícia em situações de violência sexual:

Dependendo da circunstância em que ocorreu a violência, um único caso pode gerar vários laudos:

Cada exame (laudo) é cadastrado no sistema online do Centro de Perícia Científica Renato Chaves (CPCRC) que fornece uma numeração específica,

1. Exames de Lesão Corporal (LC)
2. Conjunção Carnal (CC)
3. Ato Libidinoso Diverso da Conjunção Carnal (ALDCC)
4. Verificação de Contágio Venéreo (VCV)
5. Verificação de Gravidez (VG)
6. Verificação de Parto e Puerpério (VPP)
7. Verificação de Abortamento (VA).

inclusive as solicitações de exames laboratoriais pertinentes a cada caso.

A criança e o adolescente vitimados precisam ser recebidos em ambiente no qual se sintam seguros, sendo, para isso, fundamental o esclarecimento prévio sobre os procedimentos que serão efetuados, assim como o papel de cada profissional envolvido no processo. É de grande importância a presença de um adulto (familiar ou responsável) durante a realização do exame pericial, além do profissional de enfermagem, especialmente em caso de crianças pequenas. **ATUALMENTE, A LEI DESOBRIGA A NECESSIDADE DA PRESENÇA DE UM SEGUNDO PERITO.**

Após cadastrar o exame no sistema, são preenchidos os campos referentes aos dados pessoais do periciando, passando-se ao histórico, que deve ser claro e conter todas as informações pertinentes ao caso. Este, apesar de ter valor relativo, pode auxiliar o perito na compreensão do que de fato ocorreu.

O exame deve ser realizado em ambiente com boa iluminação, de preferência com luz natural, seguindo-se a boa prática médico legal e respeitando-se a necessidade da precocidade do exame, especialmente nos casos considerados flagrantes.

a) Conjunção Carnal (CC): é a introdução do pênis ereto na vagina, não importando se houve ejaculação completa ou incompleta, se resultou ou não na rotura do hímen. Reconhecendo-se como sinais de certeza: ruptura himenal, presença de espermatozóides e/ou líquido espermático na vagina e gravidez.

No exame de CC a perícia compreende o Exame Subjetivo (Histórico) e o Objetivo. O exame Objetivo compõe-se de:

- Físico: geral (lesões/gravidez) e particular (hímen);
- Complementares:

1. Laboratoriais: Pesquisa de Espermatozóide e/ou de Líquido Espermático (PSA); Gravidez (Teste de Gravidez/Ultrassonografia); Toxicológico e DNA;

2. Psiquiátrico: (Deficiência ou Transtorno Mental);

3. Antropológico: (Estimativa de Idade e Identificação).

b) **Ato Libidinoso diverso da Conjunção Carnal (ALDCC):** é toda e qualquer prática diferente da Conjunção Carnal para satisfazer a libido, que foge à natureza pênis/vagina. Tem como elemento de certeza a presença de Espermatozóide e/ou Líquido Espermático.

Os tipos variam desde a sucção lasciva (beijos, lambidas e mordidas), toques impudicos (toques, beliscões, palmadas) até a cópula ectópica (anal, vulvar, perianal, axilar). A perícia no ALDCC difere da CC apenas quanto ao exame físico particular (exame da região anal e genital, boca, pescoço, orelhas, mamas e coxas).

São vestígios de ALDCC: lesões (escoriações, erosões e equimoses), contaminações (Condiloma Acuminado, Sífilis, Bleenorragia, AIDS), presença de substâncias (esperma, saliva, sangue, pelos, lubrificantes) e corpos estranhos no reto e na vagina.

A VIOLÊNCIA PODE SER FÍSICA OU PSÍQUICA. NOS CASOS DE MENORES DE 14 ANOS, ALIENADOS OU DEFICIENTES MENTAIS E PESSOAS QUE APRESENTEM ALGUMA INCAPACIDADE DE RESISTIR, COMO NO CASO DA PARAPLEGIA, A VIOLÊNCIA É PRESUMIDA. A PARTIR DA LEI Nº 12.015/2009, QUALQUER PESSOA, INDEPENDENTE DE GÊNERO, PODERÁ SER VÍTIMA DE ESTUPRO.

O perito deve ser fiel a sua consciência, observando e relatando o que, de fato, constatou. Além disso, deve lembrar que a perícia não pode ser refeita e, sobretudo, no que tange à coleta de material biológico, a precocidade é imprescindível. No Propaz (Centro de Referência a vítimas de violência sexual) convencionou-se, baseado em evidência científica, que a coleta de material para a pesquisa de líquido espermático deve ser efetuada até 05 (cinco) dias, a contar da data do evento alegado.

Após a realização do exame pericial, são preenchidos os campos identificados para Descrição, Discussão, Conclusão e Respostas aos Quesitos de Lei.

É importante observar os prazos previstos em lei para a finalização dos laudos, quando os mesmos devem ser remetidos para o IML, onde serão revisados pela Gerência e enviados para a autoridade solicitante.



5.1.5 Procedimentos na Urgência e Emergência:

a) Priorizar o atendimento médico de urgência com acompanhamento por equipe multiprofissional, de acordo com os tipos de lesões ou injúrias aos quais a criança foi submetida, e o quadro clínico apresentado - dor, fraturas de membros, ferimentos extensos, queimaduras, traumatismos de crânio, com ou sem sinal de hemorragia, coma, hipotermia, insuficiência respiratória pós-afogamento, traumatismos torácico e abdominal com sinais de rupturas de vísceras maciças (pulmão, fígado, baço, rins), ocas (estômago, intestino) ou vasos sanguíneos de pequeno ou grande calibre com hemorragia ou sinais de choque, ou sinais de alguma toxisíndrome.

ATENÇÃO PARA LESÕES DE GENITÁLIA E DE REGIÃO PERIANAL COM HISTÓRIA DE “QUEDA A CAVALEIRO”, POIS PODE ESTAR OCULTANDO UM CASO DE ABUSO SEXUAL. NA DÚVIDA, ENCAMINHE AO SERVIÇO ESPECIALIZADO COM LAUDO PARA INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE ACORDO COM OS ARTIGOS 13 E 245 DO ECA.

- b) Abrir Prontuário com história e exame físico detalhado e relatar todas as lesões no prontuário porque servirão para o processo médico legal;
- c) Verificar sempre sinais de lesões anteriores, fraturas múltiplas e repetidas;
- d) Solicitar parecer, avaliação ou acompanhamento de especialistas por escrito;
- e) Se o paciente estiver lúcido, estimular a participação do paciente, demonstrando carinho, segurança e respeito;
- f) Internar os pacientes de maior risco de acordo com as lesões e sinais de injúrias encontradas no exame físico;
- g) Preencher o Boletim de Atendimento Médico para Lesões Suspeitas (BLS) em duas vias, uma para o Serviço Social e outra para o Conselho Tutelar, se suspeitar de maus-tratos;
- h) Encaminhar a serviços médicos especializados, se for o caso;
- i) Em caso de óbito devido às lesões ou injúrias causadas pela violência, encaminhe o corpo para o Instituto Médico Legal (IML) por se tratar de morte por causa violenta, mesmo que isto ocorra após algum período de internação;
- j) Em caso de abuso sexual, seguir a Norma Técnica Ministério da Saúde (MS) em relação à prevenção das DST's e AIDS;
- k) Notificar ao CONSELHO TUTELAR em formulário do Ministério da Saúde (ver anexo III);

m) Nos casos de violência sexual, deve-se:

• PRESCREVER A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E A PROFILAXIA PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SEGUNDO NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (VER ANEXO II);

• NOS CASOS DE GESTAÇÃO COMPROVADA, ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO DE ABORTAMENTO LEGAL DO HOSPITAL DA SANTA CASA EM BELÉM, VIA PROPAZ;

• COLHER MATERIAL PARA PROVAS FORENSES, DURANTE O ATENDIMENTO EMERGENCIAL, SE ESTE TIVER QUE SER REALIZADO E NÃO HOUVER TEMPO HÁBIL PARA TAL COLETA EM SERVIÇO

ESPECIALIZADO DO IML.

O material coletado, após secar, deve ser guardado em envelope de papel lacrado, com a identificação da criança ou adolescente, e mantido em ambiente climatizado; quando possível, deve ser congelado. Não utilizar sacos plásticos, em função do risco de transpiração e contaminação do material; abolir o uso de fixadores. Deve-se arquivar todo o material em condições adequadas para que permaneça à disposição do Poder Judiciário, e o local de guarda deste deve estar precisamente anotado no prontuário em papel de maneira clara.

Importante ressaltar que não existe impedimento legal ou ético para o atendimento médico da criança ou adolescente vítimas de violência. Este deve priorizar a emergência ou urgência médica. Questões policiais e judiciais devem ser abordadas após o atendimento das necessidades médicas da vítima (exame físico, procedimentos médicos indicados para o caso e a respectiva conduta).

5.2 Atenção Social:

Vale lembrar, que a recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências. Neste caso, de acordo com o Art. 13, § 2º do Código Penal, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos físicos e mentais, ou eventual morte do paciente.

O Assistente Social, enquanto técnico de uma equipe multiprofissional, que atua junto a crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, é responsável por levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses preliminares as

quais auxiliarão na compreensão dos casos de violência.

Para este fim, realiza-se o acolhimento, que se inicia com a escuta, a orientação e os encaminhamentos de acordo com a situação detectada. Utiliza-se a observação cuidadosa e a entrevista por meio de uma abordagem que possa estabelecer um vínculo de respeito e confiança, criando empatia de modo a se garantir a credibilidade junto ao usuário. Realizam-se, ainda, visitas domiciliares a fim de se ter maior compreensão da estrutura familiar e de se obter êxito na intervenção durante o atendimento.

5.2.1 Na Unidade de Saúde, o Serviço Social tem outras funções:

- a) Realizar estudos sócio-econômicos para avaliação de renda e conhecimento das condições sociais da família;
- b) Informar e esclarecer o usuário sobre direitos e deveres relativos à proteção da criança e do adolescente;
- c) Oferecer serviços e recursos disponíveis em políticas públicas ou demais organizações;
- d) Fortalecer os usuários, principalmente os responsáveis, enquanto cidadãos políticos, passíveis e co-responsáveis por mudanças sociais;
- e) Manter contato com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais;
- f) Promover o apoio social e o acompanhamento pessoal da criança, dos pais e familiares e/ou amigos;
- g) Mediar o relacionamento da família com as instituições, procedendo a encaminhamentos, contatando, constantemente, com outros profissionais etc.;
- h) Preparar a criança para diferentes momentos do processo de apoio.

5.3 Atenção Psicológica:

A criança ou adolescente vítima de qualquer forma de violência deve ser encaminhada para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência deixa marcas psicológicas profundas na personalidade e no comportamento. Em casos de violência doméstica, o ideal é que o tratamento se estenda à família. Algumas atribuições do Serviço Psicológico:

- a) Avaliar a situação de risco psicológico e o grau de sofrimento emocional em que a criança se encontra;
- b) Avaliar o significado real dos comportamentos que apresenta;
- c) Analisar o grau de vinculação afetiva em relação aos pais e a outros familiares;
- d) Estabelecer um diagnóstico psicológico e solicitar, se necessário, a intervenção de um psiquiatra;
- e) Realizar um trabalho que fortaleça a autoestima da criança e da família a fim de restaurar a confiança em si mesma e no outro;

f) Preparar a criança para diferentes momentos do processo de apoio, designadamente para a ida ao Tribunal, para a retirada de casa etc.

5.4 Atenção de Enfermagem:

Esses profissionais podem atuar em todos os aspectos do enfrentamento à violência, tanto na promoção, na prevenção, como na recuperação e na reabilitação da saúde, podendo detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes. Portanto, devem:

a) Auxiliar no exame clínico e ginecológico;

b) Observar lacerações, sangramentos, hematomas;

c) Preparar a criança ou adolescente para qualquer procedimento médico ou de enfermagem, explicando cada etapa do procedimento;

d) Avaliar o estado vaginal, a necessidade de profilaxia quanto ao Tétano (em caso de traumatismos físicos) e Hepatite B;

e) Fazer pré-aconselhamento quanto à autorização da coleta de material para o teste de HIV, sendo necessário o consentimento da mãe em caso de criança até 12



anos;

f) Fazer colheita para o teste de HIV, mediante autorização, e realizar pós-aconselhamento no resultado do teste;

g) Administrar profilaxia de enfermagem contra DST's ou gravidez (se adolescente) quando prescrito pelo médico, até 72 horas;

h) No caso de adolescentes, orientar quanto aos direitos sexuais e reprodutivos;

i) Direcionar as situações para outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, médicos;

j) Preencher ficha de notificação compulsória juntamente com o(a) médico(a) que atendeu a vítima.

É importante que a primeira entrevista da criança ou do adolescente seja feita por um profissional de enfermagem no momento em que àquela (ou àquele) entre no serviço, principalmente na ausência de médico, a fim de se avaliar a saúde física e colher dados específicos.

5.5 Atenção Odontológica:

O odontólogo, em especial os odontopediatras, podem integrar a equipe multidisciplinar nas situações de reabilitação de crianças com traumas na face, além de ser ator importante na prevenção e identificação dos sinais de violência, seja no exercício de sua profissão

em consultório ou por meio da atuação no Programa Saúde da Família. Dentre os fatores de identificação que o cirurgião-dentista/odontopediatra deve observar, estão: contusões na face, pescoço, estruturas periorais, palato, lábios e assoalho da boca, lacerações em face, mucosas, freios labial e lingual, queimaduras em face e mucosas, traumas em olhos e orelhas; além de fraturas, perda de dentes e escurecimento em dente anterior como possíveis indicadores de maus-tratos em crianças.

6.

GARANTIAS LEGAIS PARA A INTERVENÇÃO

A proteção integral e prioritária da criança e do adolescente está embasada tanto em documentos jurídicos internacionais quanto na legislação brasileira, de tal modo que todos os setores da sociedade, em especial as áreas da Educação e da Saúde, são responsáveis em promover e garantir direitos a meninos e meninas de nosso país.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) asseguram que crianças e adolescentes têm direito a cuidados e assistência especiais. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seu Artigo 227, determina ser dever não somente da família, mas do Estado e da sociedade como um todo assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito e outros. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) reforça essa normativa, em seu Artigo 4º, quando diz ser dever não somente da família e do Poder Público, mas também da sociedade geral, assegurar com prioridade a efetivação de direitos à saúde, à dignidade, ao respeito e à liberdade. O Artigo 5º do ECA, condena a negligência, a violência, a crueldade e a opressão, seja por ação ou omissão contra crianças.

O Artigo 13 do Estatuto demonstra com clareza o papel do setor saúde e do setor educacional, quando obriga a notificação ao Conselho Tutelar ou ao Juizado da Infância sobre qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, não excluindo, porém, os demais setores dessa responsabilidade, pois são esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas, como: a de identificar e notificar a situação de maus-tratos, a de buscar formas para proteger a vítima e dar apoio à família.

O Artigo 245 do ECA considera infração administrativa a não comunicação à autoridade competente pelo profissional e/ou instituição responsável, dos casos de que tenha conhecimento. Infração esta sujeita à multa de três a vinte salários de referência. Além do ECA, a obrigatoriedade da notificação está determinada também pelo Conselho Federal de Medicina.

Diante da legislação vigente, não há dúvida de que é dever de qualquer cidadão, dentre os quais os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, pedagogo, odontólogo, terapeutas, entre outros), notificar qualquer suspeita ou constatação de violência.

É dever dos gestores federal, estaduais e municipais implantar e implementar políticas públicas que permitam, ao setor saúde, promover prevenção e assistência às situações de violência contra crianças e adolescentes. À sociedade, cabe reivindicar e monitorar tais políticas.

6.1 Notificação da Violência:

Para efeito de Vigilância Epidemiológica, as violências e acidentes fazem parte do grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's). Esse grupo passou a ter maior representatividade a partir da década de 1960, quando teve início o processo de transição epidemiológica, evidenciado através das mudanças demográficas: queda das taxas de fecundidade e natalidade, aumento da expectativa de vida da população, com elevação do número de idosos e das doenças crônicas degenerativas; transição nutricional com a queda da desnutrição e aumento do número de portadores de obesidade e sobrepeso. Acrescentou-se a isso, a elevação no número das morbidades e mortalidades por causas externas, ou seja, traumas e acidentes juntamente com as violências.

Os dados epidemiológicos apontam para uma elevação epidêmica das DANT's nos próximos anos e, muito devem contribuir para isso, os casos de acidentes e

violências. Desta forma, a vigilância epidemiológica das DANT's e dos seus Fatores de Risco vem tendo fundamental importância para a implementação de políticas públicas que visem a prevenção, o controle das doenças e agravos e a promoção da saúde e da cultura de paz.

6.2 Sistema de Informação:

Na maioria dos países, os dados da violência ficam incluídos nas “causas externas” dos sistemas de mortalidade. São poucos aqueles que utilizam informações sobre o internamento hospitalar e atendimento ambulatorial para definir esses números. No Brasil, os dados da violência são analisados através das declarações de óbitos (Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM) e das internações hospitalares (Sistema de Informação Hospitalar - SIH). Esses dois sistemas dão a visão dos casos mais graves, ou seja, os casos que resultaram em óbito ou internação. Porém, excluem os casos menos graves que repercutem o atendimento de urgência e emergência dos hospitais e serviços especializados, mas não são contabilizados pelo SIM e pelo SIH, tornando-se invisíveis, assim como os fatores que os determinam.

Em 2006, considerando a necessidade de melhorar e aperfeiçoar o sistema de informação de morbidade e mortalidade por causas externas, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), implantou a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede VIVA, com a intenção de reduzir o impacto das violências e acidentes no perfil da morbimortalidade da população, além de promover a saúde e a cultura de PAZ.

O VIVA complementa o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) na vigilância epidemiológica das violências e acidentes, fornecendo mais detalhes sobre autor(a) e vítima, causas do evento e evidenciando quais são os casos menos graves, como e porque ocorrem, revelando, ainda, as situações de violência doméstica e sexual que se mantêm, muitas vezes, veladas pela sociedade e seus tabus.

Buscando cumprir a legislação específica, o VIVA foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela). Estes dois tipos de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas

fichas distintas, a saber:

6.2.1 VIVA Contínuo: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências – Usada em duas situações: É realizada mediante notificação e investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras; é compulsória em situações de violência contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa. A Ficha de Notificação/Investigação Individual é única, independentemente do sexo, faixa etária, raça/cor/etnia, classe social, religião ou orientação sexual da vítima. Encontra-se implantada no sistema SINAN (Sistema de Informação de agravos de Notificação) NET.

A Ficha de Notificação/Investigação deverá ser preenchida em duas vias. A primeira via deverá ser enviada pela Unidade de Saúde para o local no qual será feita a digitação e análise dos dados (a Vigilância Epidemiológica da SMS - Secretaria Municipal de Saúde), conforme o fluxo do SINAN estabelecido no Estado. A segunda via deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde.

Nos casos de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deverá ser feita em três vias, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nessa situação, a terceira via deverá ser encaminhada, obrigatoriamente, para o Conselho Tutelar da localidade e/ou autoridades competentes.

6.2.2 VIVA Sentinela: Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência. Na primeira fase de implantação, a proposta era, principalmente, a realização da vigilância sentinela. O termo pode ser usado em duas situações:

- a) O Evento Sentinela, ou seja, evento que alerta o profissional de saúde sobre as situações indesejáveis. Mostra a ocorrência de agravo prevenível e coloca em xeque a qualidade do serviço;
- b) O Serviço Sentinela que obtém informações acerca da incidência de aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde.

6.2.3 Inicialmente, o sistema seria implantado nos municípios com os seguintes critérios:

- a) Perfil epidemiológico (ranking de mortalidade por causas externas);
- b) Matriz da Exploração Sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Projeto PAIR);

- c) Municípios e estados relacionados como prioritários para a implantação e implementação de ações de enfrentamento das violências sexual e doméstica;
- d) Municípios e estados prioritários para a estruturação e implementação de ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes;
- e) Municípios e estados que executavam ações intersetoriais de prevenção de violências e acidentes através dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde;
- f) Municípios participantes do teste da Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais);
- g) Municípios participantes do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- h) Posteriormente, o município/estado deveria fazer a adesão voluntária à implantação do Programa que previa a disponibilidade de incentivo financeiro ao ente federado.

6.3 Fluxo de Notificação:

- VE/MS: Vigilância Epidemiológica
- SMS: Secretaria Municipal de Saúde
- SES: Secretaria Estadual de Saúde
- MS: Ministério da Saúde

6.4 Marcos Referenciais da Notificação de Violências:

- Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975: Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de doenças e outros agravos inusitados, no âmbito do Sistema de Saúde;
- Lei Nº 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente), de 13 de julho de 1990: Em seu Artigo 13, determina que todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes é de notificação obrigatória (Notificação de violências e maus-tratos contra crianças e adolescente);
- Portaria Nº 1.968, de 25 de outubro de 2001: 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 SUS;

- Lei Nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso): Prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória (Notificação de violências contra idosos);
- Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003: Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (Notificação de violências contra mulheres);
- Portaria Nº 777, de 28 de abril de 2004: Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS;
- Decreto Presidencial Nº 5.099, de 03 de junho de 2004: Regulamenta a Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Este Decreto, em seu Artigo 1º, dispõe: “Ficam instituídos os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher”;
- Portaria Nº 2.406, de 05 de novembro de 2004: Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação;
- Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006: Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio e da vinculação destes pacientes aos serviços de saúde como forma de prevenção e intervenção em saúde.

6.5. Sigilo Profissional - o que diz a lei:

O Código Penal Brasileiro, no Artigo 154, prevê pena de três meses a um ano de detenção, ou multa para aquele que, sem justa causa, revelar segredo adquirido mediante ofício ou profissão, e cuja revelação venha produzir dano a outrem.

Ou seja, o profissional da área de saúde terá, por força natural do seu ofício, acesso a informações íntimas sobre a pessoa atendida. As informações devem ser preservadas, a não ser em casos que exijam a justa revelação das mesmas.

Todo e qualquer profissional tem o dever legal de fazer a notificação à autoridade

Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA

Componente I

Serviços de Referência para
Vítimas de Violências

Coleta contínua* a partir de
01/08/2006

1ª Via: Serviço;
2ª Via: VE/SMS;
3ª Via: Conselho Tutelar,
quando a vítima for criança
ou adolescente.

Componente II

Unidades de Urgência e
Emergência

Plantões de 12h alternados

Pesquisa demanda/inquérito
(amostra)*

1ª Via: VE/SMS

SMS - VIVA

SES - VIVA

MS - VIVA

Divulgação
Intersetorial

Políticas
Públicas*

*Quando a vítima for criança ou adolescente.

competente quando souber ou tiver fortes indícios de crimes tipificados no Código Penal. O profissional da área de saúde não pode esquecer que existe um bem maior em relação ao sigilo profissional a ser preservado: a integridade da vida humana.

Por conta disto, a Lei de Contravenções Penais (LCP-1941), no seu Artigo 66, refere-se ao crime de omissão de comunicação de crime. A referida Lei prevê multa para aquele que deixar de comunicar à autoridade competente delito de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação.

Da mesma forma, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução Nº 1.246 do Conselho Federal de Medicina (1988), nos Artigos 11, 102 e 105, autoriza quebra de sigilo “quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas consequências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência de denunciá-lo à autoridade competente”. O Parecer Nº 815/97 do CFM enfatiza a quebra de sigilo nas situações de violência: “O médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional”.

Assim como o Código de Ética Médica, as demais categorias profissionais



preveem, em seus códigos de ética, a quebra de sigilo por justa causa conforme os artigos:

Código de Ética do Profissional de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem 08.02.2007) - Capítulo II, Art. 82 - garante sigilo profissional, “exceto em casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal”.

Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução Nº 010/05 - CFP) - Artigo 10 - “excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo”.

Código de Ética do Assistente Social (Resolução Nº 273, 13/03/1993 - CFESS) - Artigo 18 - “A quebra do sigilo só é admissível, quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade”.

Código de Ética Odontológica (Resolução Nº 42/2003 - CFO) - Capítulo VI, Artigo 10, Parágrafo 1º - também assegura quebra de sigilo na alínea “b) colaboração com a justiça em casos previstos em lei”.

Lembrando que, com a notificação, além de interromper o ciclo de violência, viabiliza-se um sistema de registro de informações das situações de violência contra crianças e adolescentes na realidade social brasileira, construindo-se formas de promoção e de prevenção que levem em conta as especificidades culturais das várias regiões do país.

Portanto, os profissionais que atuam na saúde estão, não só autorizados, como também obrigados a notificar, de forma célere, objetiva e fundamentada, casos suspeitos ou confirmados de violência.

7. A SAÚDE NO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS (SGD)

7.1 Órgãos do SGD:

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao instituir a Doutrina da Proteção Integral a crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos em caráter prioritário, garante meios para que essa proteção seja assegurada pelo conjunto de atores da sociedade a partir da efetivação do Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Contemplando os preceitos constitucionais, o Artigo 86 do ECA impõe que o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deve ser colocado em prática por meio de uma política de atendimento resultante de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O SGD integra vários outros sistemas - Saúde (Sistema Único de Saúde - SUS), Assistência Social (Sistema Único da Assistência Social - SUAS), Sistema Educacional, Sistema de Justiça, Sistema de Segurança, Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE).

O SGD é formado por entes públicos e privados. Cada ente deve agir, articuladamente, dentro de sua competência legal. Há atores que se articulam para a promoção de direitos, como: escolas, creches, unidades de saúde, abrigos, programas e projetos socioeducativos. Outros se articulam para a defesa de direitos - aqui se encontram os órgãos de justiça e segurança, como: Juizados, Defensorias Públicas, Ministério Público e Delegacias. Há, ainda, os organismos que se articulam para o processo de mobilização e controle social a fim de que haja a garantia dos direitos, são: os Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde, Conselhos de Educação, Fóruns DCA's, entre outras redes sociais.

Portanto, o SGD deve promover, garantir e monitorar direitos segundo os seguintes eixos:

Compete ao Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; colocando - os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações.
(Resolução Nº 113/2006/CONANDA)

7.2 Eixo de Defesa de Direitos:

Deve garantir o acesso à justiça, recursos às instâncias públicas e mecanismos jurídicos de proteção legal; impõe e exige os direitos (impositividade e exigibilidade). É composto pelos Conselhos Tutelares, pelas Varas da Infância e da Juventude, pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e pelos Centros de Defesa.

7.2.1 Principais atores:

a) **Conselho Tutelar:** Órgão autônomo, não jurisdicional, vinculado administrativamente às Prefeituras Municipais. Tem a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, garantindo a prioridade absoluta na efetivação dos direitos. Suas principais atribuições: atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção, atender e aconselhar os pais ou responsável, encaminhar ao Ministério Público notícia e fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou do

adolescente e encaminhar, à autoridade judiciária, os casos de sua competência. Ao Conselho Tutelar cabe, ainda, receber a notificação proveniente dos órgãos de saúde, educação e outros, analisar a procedência de cada caso e fazer os encaminhamentos pertinentes a cada situação. Em casos 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 inquérito policial;

b) Defensoria Pública / Núcleo de Atendimento Especializado da Criança e do Adolescente (NAECA): Oferece atendimento especial e integrado às crianças e

adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social, familiar, bem como aos adolescentes em conflito com a Lei. O atendimento é realizado por meio de uma equipe interdisciplinar, formada por defensores públicos e técnicos da área social, prestando atendimento jurídico-social;

c) Divisão de Atendimento ao Adolescente (DATA): Atende o adolescente que comete ato infracional, instaurando inquérito e realizando a investigação. Atua em articulação com a Defensoria Pública e o Ministério Público;

d) Divisão de Proteção da Criança (DPCA): É responsável pela investigação dos crimes cometidos contra crianças e adolescentes, recebe denúncias, faz diligências e instaura inquéritos policiais que são enviados à Promotoria da Infância e Juventude do Ministério Público. Desenvolve estratégias continuadas de fiscalização e repressão em locais públicos e privados na esfera de sua competência, de forma a romper



com o ciclo de impunidade dos agressores e prestar informações aos órgãos que assistem à criança e ao adolescente, quando solicitadas. Na ausência das delegacias especializadas, os procedimentos relativos a esse tipo de ocorrências são realizados pelas Delegacias Distritais;

e) Instituto Médico Legal: Órgão ligado ao Sistema de Segurança que elabora laudos periciais a serem utilizados como provas forenses;

f) Promotorias de Justiça da Infância e Juventude: Atuam nos processos ou procedimentos judiciais ou extrajudiciais relativos à criança e ao adolescente; e nos processos ou procedimentos judiciais ou extrajudiciais relativos às infrações penais previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Dentre as muitas tarefas desenvolvidas pelo Ministério Público para garantir direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, estão: assegurar o acesso às crianças e aos adolescentes à educação, combate à evasão escolar; zelar pelo direito à convivência familiar e comunitária; defendê-las contra todo tipo de violência e negligência; atuar quando um adolescente comete ato infracional; garantir às crianças e adolescentes o atendimento à saúde; buscar a implantação dos Conselhos de Direito e Tutelar em todos os Municípios. Tais iniciativas são realizadas pelo Ministério Público por meio de seus órgãos de execução (Promotorias e Procuradorias de Justiça), apoiados pelo Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude;

g) Varas Judiciais que cuidam dos interesses da criança e do adolescente: Dependendo do município, pode haver varas com atribuições específicas ou apenas uma vara que inclui as diversas atribuições:

- Julgar os pedidos de adoção; julgar irregularidades administrativas em entidades de atendimento, de acordo com as infrações administrativas previstas no ECA; conhecer as ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos à criança e ao adolescente; e dos casos encaminhados pelo Conselho Tutelar, conforme o Art. 148, I à VII do ECA;

- Nas situações de risco, aquelas em que ocorre ameaça ou violação de direitos, julga os processos de guarda, tutela, destituição do poder familiar, perda de guarda, emancipação, registro civil e alimentos. Regulamenta a entrada, permanência e participação de crianças e adolescentes em locais e eventos especificados em Lei;

- Analisa processos e julga ato infracional cometido por adolescentes. Em alguns municípios, existem varas específicas (Vara privativa para crimes contra crianças) que analisam processos e julgam crimes cometidos contra crianças e adolescentes, o que facilita a celeridade dos processos, retirando-os das varas penais.

7.3 Eixo de Promoção de Direitos:

Desenvolve políticas de promoção e proteção dos direitos em caráter transversal e intersetorial. É composto pelas instituições executoras de políticas sociais (de saúde, educação, assistência, trabalho, cultura, lazer, profissionalização) e de serviços e programas de proteção especial, bem como por ONG's que atuam nestas áreas. Deve dar cumprimento a determinações oriundas do Fluxo de Defesa de Direitos e do Fluxo de Responsabilização, além de prestar-lhes informações.

7.3.1 Principais atores:

a) **Secretarias de Saúde:** Implementam Políticas Públicas que garantem os direitos da criança e do adolescente no âmbito da promoção da saúde. Estas políticas podem ser de caráter curativo e preventivo. A prevenção da violência pode ser trabalhada em três níveis: o nível primário que tem como alvo a população em geral, atuando através de intervenções que educam, promovem a competência social, incentivam mudanças e ampliam as redes sociais; o secundário, dirigido a grupos considerados de alto risco; e o terciário, em que a prevenção é instituída após ter ocorrido uma condição de abuso cujas ações visam reduzir sequelas e evitar reincidências;

b) **Secretarias de Assistência Social:** Implementam e gerenciam Políticas Públicas da rede de proteção social, por meio de programas e projetos de assistência básica, de média e de alta complexidade, segundo diretrizes e orientações técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS;

- **Proteção Básica por meio do Centro de Referência da Assistência Social CRAS:** Unidade pública, localizada em áreas de vulnerabilidade social. Executa serviços de proteção social básica; organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais local. “São considerados serviços de proteção básica de Serviço Social, aqueles que potencializam a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos

e externos de solidariedade, através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de serviços locais que visam a convivência, a socialização e o acolhimento, em famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos, bem como a promoção de integração ao mercado de trabalho”. (PNAS, 2004, p.29);

- **Proteção Especial de Média Complexidade por meio do Centro de Referência Especializada CREAS:** Unidade pública e pólo de referência de média complexidade. Oferta de orientação e apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias com direitos violados, com vínculos que não foram rompidos. Atende famílias com crianças e adolescentes em situação de abuso e exploração sexual; de violência doméstica; de mendicância; de “medida protetiva” ; famílias inseridas no PETI, com dificuldades no cumprimento das condicionalidades; adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade e suas famílias; adolescentes e jovens após cumprimento de medida socioeducativa privativa de liberdade e suas famílias, quando necessário apoio para a reinserção familiar e comunitária;

- **Proteção Especial de Alta Complexidade por meio das Modalidades de Acolhimento:** Garante proteção integral (moradia, alimentação, higienização) para crianças e adolescentes que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário;

c) Secretarias de Educação: Implementam Políticas Públicas que garantem os direitos da criança e do adolescente no âmbito da educação, oportunizando o acesso, a permanência e o sucesso escolar.

7.4 Eixo de Controle de Efetivação:

Realiza o controle das ações de promoção e defesa dos direitos. É formado pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, por Conselhos setoriais (saúde, educação etc.), pela sociedade civil organizada e por articulações representativas (Redes e Fóruns).

8. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

A Estratégia Saúde da Família (ESF) contribui, significativamente, para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas na comunidade. Tem como uma de suas atribuições o “acompanhamento das vítimas e das famílias, com visitas sistemáticas de profissionais de saúde para identificar as situações de violência (maus-tratos, negligência, exploração sexual, abuso sexual, exploração do trabalho infantil, entre outros) ou de violência repetida”.

O profissional da ESF possui a atribuição de orientar, permanentemente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) sob sua responsabilidade, para a identificação ou suspeitas de violência contra crianças e adolescentes, assim como fazer o encaminhamento necessário para a Unidade de Saúde.

A participação efetiva da equipe é primordial no acolhimento das pessoas envolvidas na situação de violência e na notificação compulsória (suspeita ou comprovação de violência). Faz-se necessário que a equipe seja subsidiada com ações de educação permanente voltadas para a temática.

Segundo o Ministério da Saúde “A violência se torna invisível também quando os serviços de escuta (disque-denúncia, delegacias, serviços de saúde e de assistência social, escolas, conselhos tutelares e a própria comunidade) não estão preparados para o acolhimento e atendimento da criança e do adolescente”.

9.

PROPAZ - INTEGRADO

9.1 A experiência no Pará:

O Centro de Referência a vítimas de violência sexual – Propaz – é, hoje, o principal serviço público especializado no atendimento a crianças e adolescentes do Estado do Pará.

A trajetória do Propaz inicia-se na década de 90. À época, o Hospital da Santa Casa, referência materno-infantil no Pará, registrava uma significativa incidência de internações por “queda à cavaleiro”, de internações para tratamento cirúrgico de crianças e adolescentes vitimizadas, atendimento no Programa de Aborto Legal e óbitos resultantes de estupro ou associado a outras formas de violência física.

Esses registros começaram a inquietar os profissionais que passaram a realizar seminários, trabalhos em grupo, trabalhos acadêmicos e se engajaram na rede de proteção à infância, buscando compreender o fenômeno para intervir. Como fruto de um processo de mobilização social, com ampla participação da equipe interdisciplinar do hospital, de gestores e de parceiros, em 1999, foi criado, no Hospital, o Programa Girassol.

O programa garantia o atendimento médico e psicossocial e realizava encaminhamentos para a rede de serviços. Porém, o espaço físico era inadequado, a distância geográfica entre os órgãos afins atrapalhava o atendimento ágil e integral, havia morosidade nos trâmites legais o que contribuía para desmotivar famílias e vítimas a denunciar a violência.

Desta forma, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço, precisou-se repensar as ações, analisar o fluxo de

atendimento e buscar parcerias com outras secretarias estaduais e ONG's de maneira a se integrar ações e serviços.

Com o compromisso de muitos profissionais, das mais diversas áreas e segmentos da sociedade, atuantes na Rede Estadual e no Fórum Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual, foi possível desencadear um processo de articulação com o Governo do Estado, à época, que culminou, em novembro de 2004, com a implantação do PROPAZ - INTEGRADO.

O Propaz constitui-se como um serviço de atendimento integral para redução dos danos causados pela violência sexual às crianças, adolescentes e suas famílias. No programa, há a integração de serviços governamentais especializados, em caráter interdisciplinar e interinstitucional.

A criação de um serviço de referência favoreceu consideravelmente o aumento das denúncias de violência, rompendo o “muro do silêncio” que se interpõe à violência sexual. O serviço especializado conquistou o reconhecimento da sociedade. Ao mesmo tempo, é, hoje, a principal retaguarda para os órgãos que atuam na área da infância quanto à problemática da violência sexual.

Entretanto, por atender as demandas de todo o Estado, o serviço atua com limitações. A dimensão geográfica e social do Estado do Pará, com 144 municípios, impõe ao Estado a necessidade de ampliação/regionalização do serviço.

9.1.1 O Propaz tem como objetivos:

- a) Promover atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade às vítimas de violência sexual e suas famílias;
- b) Oferecer acolhimento psicossocial especializado;
- c) Garantir os direitos básicos relacionados à saúde física, emocional, mental e reprodutiva;
- d) Prevenir e/ou interromper a gravidez decorrente de Violência Sexual, conforme a legislação;
- e) Oferecer atendimento policial especializado a todas às famílias vitimizadas pela Violência Sexual que procurarem o serviço;
- f) Realizar exame médico pericial;
- g) Garantir emissão dos laudos periciais dentro do prazo legal ;

h) Considerar todos os sinais e sintomas que possam afirmar ou sugerir materialidade da Violência Sexual;

i) Dar celeridade a todos os procedimentos realizados nas vítimas de Violência Sexual;

j) Realizar ações preventivas na comunidade.

O Propaz possui uma equipe composta por: um gerente, um auxiliar técnico, dois técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, quatro assistentes administrativos, dois pediatras, um ginecologista, quatro médicas peritas, duas psicólogas, seis assistentes sociais, três delegadas, um escrívão e quatro investigadores.

O atendimento consta de uma fase inicial, momento em que se realiza o acolhimento, a notificação, os encaminhamentos médico e psicológico, a ocorrência policial e médico legal. Na fase subsequente, realiza-se o acompanhamento psicossocial, o acompanhamento médico, a instauração de inquérito policial, orientações sobre os procedimentos legais, monitoramento do processo judicial, encaminhamento para rede de serviços e visita domiciliar (quando necessário).

9.2 Experiência de atendimento aos adolescentes agentes de agressão:

Alguns meses após implantação do Propaz, técnicos das áreas de Serviço Social, Psicologia e Medicina perceberam recorrência de casos que envolviam



crianças vítimas de abusos sexuais por parte de pré-adolescentes ou adolescentes.

Mediante esses dados, em 2005, iniciaram-se treinamentos para os técnicos dos Setores Psicológico e Social, com a perspectiva de focar os estudos no atendimento desses agressores e de enriquecer o conhecimento sobre as causas do abuso sexual praticado por estes adolescentes.

Assim, dentre as evoluções e projetos do Propaz - Integrado, discutiu-se a necessidade de avaliar, diagnosticar e tratar adolescentes agentes de agressão.



O objetivo é investigar, porém a ênfase está voltada para a oferta de condições necessárias ao desenvolvimento saudável destes adolescentes.

No decorrer dos atendimentos, por meio de entrevistas e avaliação psicológica, verificou-se a relevância técnica em atuar e promover saúde aos agentes de agressão. Observou-se que a maioria dos adolescentes que cometeram esse tipo de infração fora vítima de abuso sexual intra e/ou extrafamiliar, ou fora expostos a situações eróticas incompatíveis a sua fase de desenvolvimento emocional.

Na maioria dos casos atendidos, os adolescentes tinham seus direitos violados, negligenciados em alguma área, como os convívios familiar, social e escolar. Tal aspecto pode ser observado nos relatos de vida, por exemplo: o desprovento de orientação familiar quanto à sexualidade, ausência de respeito ao próprio corpo e ao corpo do outro, participação em atividades sociais que compartilham a promiscuidade e o sexo não seguro, estudantes de escolas onde recebem orientação sexual incompatível com sua idade e participantes de grupos que fazem apologia ao sexo na adolescência.

Durante os atendimentos, compreendeu-se que os adolescentes estavam reproduzindo e compartilhando o que vivenciam no cotidiano, porém necessitam ser responsabilizados por seus atos. No decorrer dos atendimentos os profissionais promoveram discussões do assunto, trabalhando a autoestima, o respeito ao desenvolvimento apropriado da sexualidade, à identidade, o desenvolvimento social e, como estratégia mobilizadora, conciliou-se atividades esportivas e o fortalecimento do vínculo familiar.

O trabalho com os técnicos da Psicologia e do Serviço Social proporcionaram a minimização de repetição de abusos, o fortalecimento da autoestima, sua percepção quanto ao desenvolvimento da sexualidade de forma saudável e a compreensão quanto à necessidade do respeito ao corpo do outro.

Conclui-se que não é possível alcançar resultados satisfatórios na área do abuso somente com o tratamento voltado para as vítimas, é preciso combater a disfunção na estrutura e dinâmica familiar bem como orientar sobre os aspectos sociais nocivos que podem levar alguns adolescentes a cometer atos desajustados na sociedade.

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS. Informes. Disponível em: www.abong.org.br. Acesso em: 12 mar. 2010.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV). Manual para o atendimento de crianças vítimas de violência sexual parte II proceder. Projeto Core crianças vítimas de violência sexual. Acesso em: 13 de março. 2010

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ed. Washington, 1994.

BALESTRERI, Ricardo. Paz nas escolas: o papel da polícia. Disponível em: http://www.dhnet.org/educar/balestreri/inquietude/ricardo_cappi.htm. Acesso em: 07 mar. 2010.

BARROS, R, P.; HENRIQUES & R. Mendonça, R. Estudo a estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. IPEA, 2001.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal Nº 8.069, de 13 de Junho de 1990.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Redução das vulnerabilidades aos acidentes na infância, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2.ed. 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada: humanização do atendimento, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviço, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde, 2006. (Série B Textos básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política nacional de assistência social, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Código de Ética do Assistente Social. Resolução 273: art. 18, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética Profissional de Enfermagem: art. 82, Capítulo II, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução 1246: art. 11, 102 e 105, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Resolução 42/2003: cap. VI, art. 10, parágrafo 1º, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Resolução 010/05: art. 10, 2005.

MATIAS, ASA; BAZON, MR. Prevalência de maus-tratos de crianças de 0 a 6 anos que frequentam estabelecimentos de educação infantil na cidade de Ribeirão Preto. In: Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Livro de Artigos – Tomo II. Ribeirão Preto: Légis Summa; 2005. p. 287-298.

SILVA & SILVA; MAIA, C. M.; PEREIRA, L. M. P. Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência: abordagem multidisciplinar. Recife, 2003.

SOBSEY, D. Enough is enough, there is no excuse for a hundred years of violence against people with disabilities. In: _____ et al. Violence and disability: an annotated bibliography. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência: guia para pediatras e outros profissionais. SBP/CLAVES/SEDH – MJ. Rio de Janeiro, 2000.

TEICHER MH. Feridas que não cicatrizam: a neurologia do abuso infantil. Scientif American Brasil: A ciência como você nunca viu, 2002.

VELOSO & SILVA, Xavier M.; MÔNICA, S. (org.) Construindo estratégias de enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Moprom, UNICEF, Belém, 2007.

VIEIRA, Clóvis. Protocolo de conduta pediátrica urgência e emergência da Unimed Belém. Belém, novembro, 2008.

WILLIAMS, LCA. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v.9, n.2, p.141-154, 2003.

ANEXO I

Endereços

DATA/DPCA

Endereço: Rua dos Caripunas, nº 1.200. Bairro: Jurunas. Belém-PA.

Telefone: (91) 3271-4399 / 3272-1205

E-mail: data@policiacivil.pa.gov.br

NAECA:

Endereço: Rua Senador Manoel Barata, nº 157. Bairro: Comércio. Belém-PA.

Telefone: (91) 3222-8818

Horário: 08:00 às 14:00h.

Ministério Público - CAO Infância

Endereço: Rua João Diogo, nº 100. Bairro: Cidade Velha. Belém-PA. CEP: 66015-160

Telefone: (91) 4006-3507 / 4006-3606

E-mail: caoinfancia@mp.pa.gov.br

Conselho Estadual da Criança e do Adolescente (CEDCA)

Endereço: Travessa Angustura, s/n. Bairro: Pedreira. Belém-PA.

Telefone: (91) 3244-2322

E-mail: cedca.pa@ig.com.br

PROPAZ

Endereço: Bernaldo Couto s/n, Santa Casa de Misericórdia.

Bairro: Umarizal.

Telefone: (91) 40092268/ 4009-2366/

Delegacia: do PROPAZ: 3241-5058

Secretaria de Estado de Saúde (SESPA)

End: Av. Conselheiro Furtado, 1597 - Cremação

Belém-PA - CEP: 66040-100

Fone: (91) 4006 4850 / 4809 / 4805 / 4899

Fax: (91) 4006-4849

Email: chefia.gabsespa@yahoo.com.br

Site: www.sespa.pa.gov.br

Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH)

Endereço: Rua 28 de Setembro, 576. Bairro: Comércio.

Telefone: (91) 4009-2700

Email: gabinete@sejudh.pa.gov.br

Site: www.sejudh.pa.gov.br

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDES)

Endereço: Avenida Pedro Miranda, 1.666. Bairro: Pedreira.

Telefone: (91) 3219-6304

Email: sedes.gab@sedes.pa.gov.br

Site: www.sedes.pa.gov.br

Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

Endereço: Alcindo Cacela, 287. Bloco B. Universidade da Amazônia (Unama). Bairro: Umarizal.

Telefone: (91) 3073-5700

E-mail: belém@unicef.org

1ª Vara da Infância e Juventude

Endereço: Av. Almirante Tamandaré, 873, Cidade Velha.

Telefone: (91) 3222-9690

2ª Vara da Infância e Juventude

Endereço: Rua Tomázia Perdigão, 240, Cidade Velha.

Telefone: (91) 3205-2380

Vara de Crimes Contra Crianças e Adolescentes

Endereço: Rua Tomázia Perdigão, 310, Cidade Velha.

Telefone: (91) 3205-2295

CONSELHOS TUTELARES DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
(Informações fornecidas pelo Conselho Estadual dos
Direitos da Criança e do Adolescente - CEDCA)

Abaetetuba

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1464. CEP: 68.440-000

Telefone: (91) 3751-22 14 / 8862-0487

Abel Figueiredo

Endereço: Trav. São João Batista, s/n. CEP: 68.527-000

Telefone: (94) 9134-3827

Acará

Endereço: Av. Fernando Guilhon, s/n. CEP: 68.690-00

Telefone: (91) 3732-1131

Afuá

Endereço: Tv. Benjamin Constant, 227. CEP: 68.890-000

Telefone: (96) 3689-1113

Água Azul do Norte

Endereço:

Telefone: (94) 3427-1048

Alenquer

Endereço: Trav. Colombido Malvão, s/n. CEP: 68.200-000

Telefone: (93) 3526-1844/ 9658-4024/ 9656-3788

Almeirim

Endereço: Rua São Benedito, 1250. CEP: 68.230-000

Telefone: (93) 3737-1182

Altamira

Endereço: Trav. Paula Marques, 295 - Catedral. CEP: 68.377-000

Telefone: (93) 3515-2270

Anajás

Endereço: Rua Coronel Resende, s/n. CEP: 68.810-000

Telefone: (91) 3605-1334/1364

Ananindeua - Tutelar I

Endereço: Estrada do Maguari, 1174. CEP: 67.133-120

Telefone: (91) 3255-3177/ 9634-6430

Ananindeua - Tutelar II

Endereço: Conj. Cidade Nova IV, We 47, nº 412. CEP: 67.133-300

Telefone: (91) 3292-1451/3295-1451/ 9634-9521

Anapu

Telefone: (91) 3694-1320

Augusto Corrêa

Endereço: Trav. Cazimiro Silva, 83. CEP: 68.610-000

Telefone: (91) 482-1135/ 9998-6192

Aurora do Pará

Endereço: Rua Coité, Vila Nova, 419. CEP: 68.650-000

Telefone: (91)3502-1296/ 8144-4115

Aveiro

Endereço: Av. Humberto de Abreu Frazão. CEP: 68.150-000

Telefone: (93) 3505-1186/ 3505-1204 S. Saúde

Bagre

Endereço: Tv. Aluizo Chaves, s/n - Centro. CEP: 68.475-000

Telefone: (91) 3606-1409/9963-1681

Baião

Endereço: Rua Levindo Rocha, 2001. CEP: 68.465-000

Telefone: (91) 3795-1175/1180

Bannach

Telefone: (94) 3305-1241

Barcarena

Endereço: Rua Cantídio Nunes, 365 – Novo. CEP: 68.445-000

Telefone: (91) 3753-1515

Belém -Tutelar I

Endereço: Av. Alcindo Cacela, 2629 – Cremação. CEP: 66.045-090

Telefone: (91) 3249-6936

Belém -Tutelar II

Endereço: Trav. Cristóvão Colombo, 608 – Cruzeiro. CEP: 68.810-970

Telefone: (91) 3227-1511/2094

Belém -Tutelar III

Endereço: Av. Tavares Bastos, 447 –Marambaia. CEP: 66.615-005

Telefone: (91) 3231-9888/9619-3354

Belém -Tutelar IV

Endereço: Tv. Vileta, 1987 – Pedreira. CEP: 66.093-380

Telefone: (91) 3246-8004/8008

E-mail: conselhotutelar4@ibeste.com.br

Belém -Tutelar V

Endereço: Trav. Nossa Sra. da Conceição, 1993. CEP: 66.843-700

Telefone: (91) 3267-1429

Belém - Tutelar VI

Endereço: Rua da Bateria, Travessa Flamengo, 66 – Mosqueiro. CEP: 66.000-000

Telefone: (91) 3771-1107

Belém – Tutelar VII

Endereço: Rua Ájax de Oliveira, 500.

Telefone: (91) 3279-6181

Belterra

Endereço: Vila Americana, 01. CEP: 68.143-000

Telefone: (93) 3558-1504

Benevides

Endereço: Av. Nações Unidas, s/n – Centro.

Telefone: (91) 3724-2612/ 9638-9340

Bom J. do Tocantins

Telefone: (94) 3341-1146

Bonito

Telefone: (91) 3803-1130

Bragança - Tutelar I

Endereço: Rua 13 de maio, 470 – Centro.

Telefone: (91) 9642-0001

Bragança - Tutelar II

Endereço: Rua 13 de maio, 470 – Centro.

Telefone: (91) 9642-0001

Brasil Novo

Endereço: Av. Castelo Branco, 821. CEP: 68.148-000

Telefone: (93) 3514- 1164

Brejo Grande do Araguaia: (94)3337-1201

Breu Branco

Endereço: Av. Belém, s/n – Continental.

Telefone: (94) 91365931

Breves

Endereço: Passagem 1º maio, 92. CEP: 68.000-000

Telefone: (91) 3783-4290/ 9631-4986

Bujaru

Endereço: Av. São Joaquim, S/N. CEP: 68.670-000

Telefone: (91) 3746-128/ 9638-8153

Cachoeira do Arari

Endereço: Av. Dep. José Rodrigues Viana. CEP: 68.840-000

Telefone: (91) 3758-1550/Ramal 31

Cachoeira do Piriá

Endereço: Av. Getúlio Vargas, 177 – Centro. CEP: 68.617-000

Telefone: (91) 3447-1182

Cametá

Endereço: Rua 23 de novembro, 2058. CEP: 68.840-000

Telefone: (91) 3781-1377/ 96420549

Canaã dos Carajás

Endereço: Av. Lueny Cavalcante, S/N. CEP: 68.537-000

Telefone: (94) 3358-1788/9154-7452

Capanema

Endereço: Tv. Veiga Cabral, 163 – Centro.

Telefone: (91) 3462-2850

Capitão Poço

Endereço: Rua Abolias Ferreira, S/N – Centro. CEP: 78.650-000

Telefone: (91) 3468-1491

Castanhal

Endereço: Rua Rita de Cássia, 17.

Telefone: (91) 3721-7258/ 9604-1707

Chaves

Endereço: Praça da Bandeira, s/n. CEP: 68.880-000

Telefone: (91) 3222-5791 rep/Belém (96) 3087-6732

Colares

Endereço: Rua da Avenida, s/n. CEP: 68.785-000

Telefone: (91) 3461-7121

Conceição do Araguaia

Endereço: Av. TK,930. CEP: 68.540-000

Telefone: (94) 3421-3666 / 96612022

Concórdia do Pará

Endereço: Av. Manoel Deodoro de Paula, s/n. CEP: 68.688-000

Telefone: (91) 3728-1243

Cumaru do Norte

Telefone: (94) 3309-1292

Curionópolis

Endereço: Av. Minas Gerais, 197 A. CEP: 68.523-000

Telefone: (94) 3348-1227

Curralinho

Endereço: Tv. Cafezal , s/n. CEP: 68.815-000

Telefone: (91) 3633-1151

Curuá

Endereço: Tv. Major Constantino Pedro Marinho – Centro. CEP: 68.210-000

Telefone: (91) 3563-1368

Curuçá

Endereço: Rua Gonçalves Ferreira, 599 – Rodoviário. CEP: 68.750-000

Telefone: (91) 3722-1411/9642-0619

Dom Elizeu

Endereço: Rua Afonso Pena, 84 – Centro. CEP: 68.633-000

Telefone: (94) 3335-6695 / 96671335

Eldorado dos Carajás

Endereço: Rua da Rodoviária, 30, Km 2. CEP: 68.524-000

Telefone: (94) 3315-1171

Faro

Endereço: Rua 06 de julho, s/n. CEP: 68.280-000

Telefone: (93) 3557-1105

Floresta do Araguaia

Endereço: Av. 15 de novembro, S/N. CEP: 68.543-000

Telefone: (94) 3432-1640

Goianésia do Pará

Endereço: Rua Sergipe, s/n - Novo Horizonte. CEP: 68.639-000

Telefone: (94) 9149-6511

Gurupá

Endereço: Av. São Benedito, 260 – Centro. CEP: 68.300-000

Telefone: (91) 3692-1309

Igarapé-Açu

Endereço: Tv. Benjamim Constant, s/n. CEP: 68.725-000

Telefone: (91) 3441-1203/ Ramal 215/ 8156-6279

Igarapé-Miri

Endereço: Rua Padre Vitório, 15. CEP: 68.430-000

Telefone: (91) 3755-2196/9636-7682

Inhangapi

Endereço: Av. São Vicente, s/n – Centro. CEP: 68.770-000

Telefone: (91) 3809-1252

Ipixuna do Pará

Endereço: Tv. Val p/ céu, 177-N. Canaã. CEP: 68.637-000

Telefone: (91) 3344-3435

Irituia

Endereço: Rua Júlio Ribeiro Tavares, 09 - Centro. CEP: 68.655-000

Telefone: (91) 9611-7396

Itaituba

Endereço: Av. Transamazônica, 583. CEP: 78.180-000

Telefone: (93) 3518-3157/ 9642-0579

Itupiranga

Endereço: Tv. Santo Antônio. CEP: 68.580-000

Telefone: (94) 9665-0002

Jacareacanga

Telefone: (93) 3542-1215

Jacundá

Endereço: Rua Rui Barbosa, 67 – Centro. CEP: 68.590-000

Telefone: (94) 3345-1658/ 3345-1101

Juruti

Endereço: Trav. Major Pinto e Silva, 70 – Centro. CEP: 68.170-000

Telefone: (93) 3536-1672/3536-1249

Limoeiro do Ajuru

Endereço: Rua Conceição, s/n – Matinha. CEP: 68.415-000

Mãe do Rio

Endereço: Praça 7 de Setembro, 70 – Centro. CEP: 68.675-000

Telefone: (91) 8164-1065 / 9636-1413

Magalhães Barata

Telefone: (91) 3812-3032

Marabá

Endereço: Av. Presidente Castelo Branco, 2386 – Cidade Nova. CEP: 68.500-000

Telefone: (94) 3324-3450/9157-1373

Maracanã

Endereço: Travessa Anízio Dias. CEP: 68-710-000

Telefone: (91) 3448-1286/9621-8499

Marapanim

Telefone: (91)3723-1420/ 96124002

Marituba

Endereço: Av. João Paulo II, 82- Dom Aristides. CEP: 67.200-000

Telefone: (91) 3256-9666/96179553

Medicilândia

Endereço: Tv. Cassandro Silveiro, s/n – Centro. CEP: 68.145-000

Telefone: (93) 3231-1899/ 9171-9315

Melgaço

Endereço: Av. Senador Lemos, S/N. CEP: 68.490-000

Telefone: (91) 3637-1227

Mocajuba

Endereço: Tv. Gerônimo Farias, 10 – Centro. CEP: 68.420-000

Telefone: (91) 3796-1678

Mojú

Endereço: Rua Firmino Silva Santos, 385.

Telefone: (91) 8165-6197 / 8161-3318

Monte Alegre

Endereço: Tv. Frei Bonifácio, s/n – Centro. CEP: 68.220-000

Telefone: (93) 3533-2222/ 9657-0476

Muaná

Endereço: Av. Cel. Manoel Izidoro da Silva, s/n – São Benedito. CEP: 68.825-000

Telefone: (91) 3494-1407

Nova Esperança do Piriá

Telefone: (91) 3817-1315 residência

Nova Ipixuna

Endereço: Rua Capitariquara, 266. CEP: 68.585-000

Telefone: (94) 3344-3430

Nova Timboteua

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 2312. CEP: 68.730-000

Telefone: (91) 9629-1672

Novo Progresso

Endereço: Rua Tiradentes, 608 – Santa Luzia. CEP: 68.193-000

Novo Repartimento

Endereço: Av. Bentivi, Q. 24, casa 04. CEP: 68.473-000

Telefone: (94) 3785-0566

Óbidos

Endereço: Rua Antônio Brito de Souza, 609 – Santa Terezinha. CEP: 68.250-000

Telefone: (93) 3547-1778

Oeiras do Pará

Endereço: Rua Artemil Araújo, s/n - Centro. CEP: 68.470-000

Telefone: (91) 3661-1238 / 9658-3024

Oriximiná

Endereço: Trav. José Clementino de Figueiredo, 101 – Nossa Senhora de Fátima. CEP: 68.270-000

Telefone: (93) 9655-7911/3511-3810/3544-3834/96557914

Ourém

Telefone: (91) 3467-1101

Ourilândia do Norte

Endereço: Rua Kaiapó, s/n – Centro. CEP: 68.390-000

Telefone: (94) 3434-2274

Pacajá

Endereço: Rua 13 de abril, s/n – Centro. CEP: 68.485-000

Telefone: (91) 3798-1124

Paragominas

Endereço: Rua Estrada do Espírito Santos, 54.

Telefone: (91) 3729-2405/ 9998-9696

Parauapebas

Endereço: Praça Cleodoval Gonçalves, s/n – Cidade Nova. CEP: 68.625-000

Telefone: (94) 3356-1065/3356-1050/9665-9698

E-mail: ct@hotmail.com

Pau D'Arco

Telefone: (94) 3356-8105

Peixe Boi

Endereço: Tv. José do Patrocínio, s/n – Centro. CEP: 68.734-000

Telefone: (91) 9636-8428

Piçarra

Endereço: Av. Cândida Alves, S/N – Centro. CEP: 68.575-000

Telefone: (94) 3422-1324

Placas

Telefone: (93) 3552-1398

Ponta de Pedras

Telefone: (91) 3777-1830

Portel

Endereço: Rua Magalhães Barata, 366. CEP: 68.480-000

Telefone: (91) 3784-1786

Porto de Moz

Telefone: (93) 3793-1510

Praíha

Telefone: (93) 3534-1185

Primavera

Endereço: Av. General Moura Carvalho, s/n – Centro. CEP: 68.707-000

Telefone: (91) 3481-1129

Quatipurú

Endereço: Rua Cônego Siqueira Mendes, s/n – Centro. CEP: 68.709-000

Telefone: (91) 9164-0129

Redenção

Endereço: Rua Guaratã, 80 – Centro. CEP: 68.552-220

Telefone: (94) 3424-3575

Rio Maria

Endereço: Av. Rio Maria, 245 - Centro. CEP: 68.721-000

Telefone: (94) 3428-1830

Rondon do Pará

Endereço: Av. Marechal Rondon, s/n – Centro. CEP: 68.638-000

Telefone: (94) 3326-1361/ 9664-7144

Rurópolis

Endereço: Av. Presidente Médici , 530 – Centro. CEP: 68.175-000

Salinópolis

Endereço: Rua João Pessoa, s/n – Centro. CEP: 68.798-000

Telefone: (91) 3423-1374/8112-6671

Salvaterra

Telefone: (91) 9169-9251

Santa Bárbara do Pará

Endereço: Rua Augusto Meira Filho, Km 16, próximo à Telemar. CEP: 68.798-000

Telefone: (91) 3776-1152

Santa Cruz do Arari

Telefone: (91) 3658-2194

Santa Izabel

Endereço: Av. Mata Bacelar, 1076. CEP: 68.790-000

Telefone: (91) 3744-2127/6939-0153

Santa Luzia do Pará

Endereço: Trav. Marcelino Dias, 30. CEP: 68.644-000

Telefone: (91) 3445-1261

Santa Maria das Barreiras

Telefone: (91) 3319-3104

Santa Maria do Pará

Endereço: Rua Cezarino Doce, 16. CEP: 68.738-000

Telefone: (91) 8142-0324/3442-1828/9961-6012

Santana do Araguaia

Endereço: Rua Dona Olinda, 76 - Comercial. CEP: 68.560-000
Telefone: (94) 3431-1838

Santarém

Endereço: Rua Rui Barbosa, 397 – Centro. CEP: 68.005-000
Telefone: (93) 3523-2917/ 9658-8045

Santarém Novo

Telefone: (91) 3484-1002

Santo Antônio do Tauá

Endereço: Tv. Paes de Carvalho, s/n. CEP: 68.786-000
Telefone: (91) 3775-1179/9185-6794

São Caetano de Odivelas

Endereço: Tv. Antônio Baltazar Monteiro – Centro. CEP: 68.775-000
Telefone: (91) 3767-1422

São Domingos do Araguaia

Telefone: (91) 3332-1225

São Domingos do Capim

Telefone: (91) 3483-1119

São Félix do Xingu

Endereço: Av. Padre Walter, s/n. CEP: 68.385-000
Telefone: (94)3435-1541

São Francisco do Pará

Endereço: Rua Padre Inácio Magalhães, s/n. CEP: 68.748-000
Telefone: (91) 3774-1253

São Geraldo do Araguaia

Telefone: (94) 3331-1174

São João de Pirabas

Endereço: Av. São Pedro, s/n – Alto Colina. CEP: 68.719-000
Telefone: (91) 3449-1295

São João do Araguaia

Telefone: (93) 3321-1069

São Miguel do Guamá

Endereço: Rua Pio XII, 470. CEP: 68.660-000

Telefone: (91) 9634-8280

São Sebastião da Boa Vista

Endereço: Praça Lauro Sodré, s/n. CEP: 68.820-000

Telefone: (91) 3764-1272

Sapucaia

Endereço: Rua Flor da Mata – Setor. CEP: 68.548-000

Telefone: (94) 3382-2131

Senador José Porfírio

Endereço: Rua 7 de setembro, s/n – Centro. CEP: 68.360-000

Telefone: (91) 3553-1307

Soure

Endereço: Tv. 15, 229 – Centro, entre 2ª e 3ª ruas. CEP: 68.870-000

Telefone: (91) 3741-1495

Tailândia

Endereço: Tv. São Félix, 21 - Centro. CEP: 68.695-000

Telefone: (91) 3752-3081/9996-8555

Terra Alta

Endereço: Av. Jarbas Passarinho, 123, CEP: 78.773-000.

Telefone: (91)3662-105 / Fax: (91)3662-105

Terra Santa

Endereço: Rua Nossa Senhora das Graças, s/n. CEP: 68.235-000

Telefone: (93) 3538-1170

Tomé-Açú

Endereço: Rua Benedito Alves Bandeira, 274 – Centro. CEP: 68.680-000

Telefone: (91) 3727-1674/3727-3256/ 9999-2556

Tracuateua

Endereço: Rua Levindo Reis, 213 - Centro. CEP: 68.647-000

Telefone: (91) 3485-1139

Trairão

Endereço: Rua Ulisses Guimarães, s/n – Bela Vista. CEP: 68.198-000

Telefone: (93) 3559-1393

Tucumã

Endereço: Rua do café, s/n, anexo prefeitura. CEP: 68.395-000

Telefone: (94) 3433-1734

Tucuruí

Endereço: Rua José Nery Torres, 20. CEP: 68.460-000

Telefone: (94) 3787-1221

Ulianópolis

Endereço: BR 010, Rua Rondônia, s/n. CEP: 68.632-000

Telefone: (91) 3726-1316/ 9961-7656

Uruará

Endereço: Rua Castro Alves, 249. CEP: 68.140-000

Telefone: (93) 3532-1779/9642-0598

Vigia

Endereço: Tv. Generalíssimo Deodoro, s/n. CEP: 68.780-000

Telefone: (91) 9633-3595

Viseu

Endereço: Rua Coronel Antônio Pedro, s/n – Centro. CEP: 68.602-000

Telefone: (91) 3429-1188/3429-1522

Vitória do Xingu

Telefone: (93) 3352-1295

Xinguara

Endereço: Rua Duque de Caxias, 271 - Centro. CEP: 68.555-000

Telefone: (94) 3426-1478 / 91512833

E-mail: ctdexinguara@yahoo.com.br

ANEXO II

Quimioprofilaxia das Doenças Transmissíveis em caso de Exposição Sexual

I - QUIMIOPROFILAXIA DAS DST's NÃO VIRAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CASO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

- Cancro Mole (*Haemophilus ducreyi*):
- Droga de escolha: Azitromicina 20mg/kg – dose única – Dose máxima 1g.
- Droga alternativa: Ceftriaxona 250mg IM – Dose única.
- Adolescentes; Azitromicina 1 g. – dose única
- Clamidiose (*Clamídia trachomatis*):
- Droga de escolha: Azitromicina 20mg/kg – dose única – Dose máxima 1g.
- Droga alternativa: Eritromicina 50 mg/kg/dia 6/6 h. VO durante 10 – 14 dias.
- Gonorréia: (*Nisseria gonorrhoeae*)
- Droga de escolha: Ceftriaxona 125mg. IM – dose única
- Adolescente: Ofloxacina 400 mg – dose única
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Droga de escolha: Penicilina Benzatina: 50.000 UI./kg. Em dose única. Em caso de alergia comprovada à Penicilina: Usar Eritromicina durante 15 dias.
- Adolescente: Penicilina Benzatina 2.400.000 UI – Dose única.
- Tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*):
- Droga de escolha: Metronidazol 15mg/kg/dia – 8/8 h. VO durante 7 dias.
- Adolescente: Metronidazol 2g – dose única.
- Droga alternativa: Secnidazol ou Tinidazol 2 g – dose única
- Esquema de primeira Escolha (Crianças, adolescentes e gestantes): Penicilina Benzatina (IM) + Azitromicina (VO) + Ceftriaxona IM + Metronidazol (VO)

II – IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CASO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

Pessoas com esquema completo de vacinação comprovado para hepatite B (três doses) não precisam de doses de reforço ou de tomar a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB). Pessoas não vacinadas devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema (01 e 06 meses). A vacina deve ser aplicada na região do deltóide e para as crianças no vasto lateral da coxa e nunca no glúteo (baixa imunogenicidade). Estas pessoas devem receber uma dose única de IGHAHB na dosagem de 0,06ml/kg IM na região glútea até 14 dias após a exposição. Gravidez e lactação não são contra-indicação para imunização.

III. QUIMIOPROFILAXIA PARA HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CASO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

Prazo para início: 72 horas

Tempo de tratamento: quatro semanas

Realizar teste rápido (Determine) antes de iniciar medicação

Drogas de Escolha:

Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nelfinavir, ou

AZT + 3TC + Ritonavir

1. O uso destes medicamentos deve ser feito com orientação de especialistas;
2. A dosagem dos medicamentos encontra-se na tabela abaixo;
3. Encaminhar o (a) paciente aos serviços públicos de referência;
4. O contato sexual com agressor(a) reconhecido como soro positivo para o HIV torna mandatário o esquema de quimioprofilaxia.

TABELA DE DOSAGEM DE MEDICAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: MEDICAMENTO SIGLA, APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA.

Zidovudina +Lamivudina AZT + 3TC Comprimidos 300 mg + 150mg 1comp. 2 X dia

Zidovudina AZT Comprimidos 300mg

Solução oral 10mg/ml

90-180mg/m² 8/8h

Lamivudina 3TC Comprimido 150mg

Solução oral 10mg/ml

150mg – 2 x dia

4mg/kg – 12/12 h.

Indinavir IDV Cápsulas 400mg 500mg/m² - 88 h.

Nelfinavir NFV Suspensão oral. 1med = 50mg 30mg/kg - 8/8 h

Ritonavir RTV (*) Solução oral – 80mg/ml 350-400mg/m²

Fonte: Norma Técnica do Ministério da Saúde, 2002.

(*) Iniciar com 200mg/m² e aumentar 50mg/m² de 3/3 dias

CONDUTA EM CASO DE GRAVIDEZ

I- ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

No caso das adolescentes vítimas de abuso sexual deve-se pensar na prevenção da gravidez não planejada e oferecer o método da anticoncepção de emergência que consiste no uso de progestagênicos em altas doses e que devem ser tomados até 72 horas após o estupro. A droga indicada é o levonorgestrel 0,75 mg em duas tomadas de 12/12 horas. Para este atendimento é conveniente a orientação de um ginecologista com experiência neste tipo de procedimento. Neste caso, referenciar a paciente aos serviços públicos especializados dentro do prazo previsto.

II- ABORTO LEGAL

A legislação brasileira (Código Penal – Artigo 128) permite a realização do aborto em caso de risco de morte materna ou em caso de estupro. O Ministério da Saúde credencia estes serviços, que devem seguir um protocolo rigorosíssimo para a realização do procedimento. A vontade da vítima deve ser respeitada se ela quiser manter a gravidez.

Em Belém, a Fundação Santa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) está autorizada a realizar este procedimento. Neste caso, as pacientes que assim o desejarem deverão ser encaminhadas ao serviço especializado daquela instituição. De acordo com a legislação em vigor, este procedimento somente pode ser realizado até 20 semanas de gestação.

ANEXO III

Fichas

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(crianças e adolescentes, até 18 anos de idade incompletos, portadores de deficiência mental até 21 anos incompletos)

Nome do Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Registro na Unidade: _____

Setor no qual atendido: _____

Filiação: _____

Responsável: _____

Parentesco: _____

Endereço: _____

Referência para Localização: _____

Endereço do Trabalho: _____

Telefone para Contato: _____

Data do Exame: _____

Problema Identificado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suspeito | <input type="checkbox"/> Abuso Sexual |
| <input type="checkbox"/> Confirmado | <input type="checkbox"/> Negligência |
| <input type="checkbox"/> Reincidência | <input type="checkbox"/> Maus Tratos Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Maus Tratos Físicos | <input type="checkbox"/> Síndrome de Münchausen por Procuração |

Suposto agressor (caso esteja evidenciado ou denunciado) _____

Grau de parentesco: _____

Dados significativos da anamnese, exame físico, exames _____

Complementares e conduta (especificar Característica Do Exame Físico Que Sugiram Maus-tratos)

Orientação, Acompanhamento E Destino Dado Ao Paciente

Médico (os) Examinador (res) Diretor Médico da Instituição
Fonte: Norma Técnica do Ministério da Saúde, 2002

Orientações:

1. Fazer uma ficha para cada vítima,
2. A notificação é obrigatória e prevista em lei (eca – Lei 8.069/90 e parecer CFM 815/97)
3. Deverá ser preenchida em duas vias: a primeira para o Conselho Tutelar mais próximo onde mora a criança e a segunda, para a sesma.
4. Contactar por telefone com o Conselho Tutelar mais próximo de onde mora a criança
5. O preenchimento da Ficha é de responsabilidade do profissional e da instituição que atende a criança.

Boletim de Atendimento Médico Para Lesões Suspeitas – BLS

1. Identificação:

Nome do Paciente: _____

Sexo: Masculino Feminino. Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Endereço: _____

_____ Telefone: (____) _____

Filiação: _____

Responsável pelas Informações: _____

Parentesco: _____

2. História clínica: relatar fatos importantes, história progressiva, suposição do causador da lesão:
3. Exame físico: anotar detalhadamente os tipos de lesão, localização, forma, tamanho, aspecto
4. Resultados de exames: (rx, hemograma, exames especiais, pareceres de especialista)
5. Conclusões: descrever os motivos que o levam a considerar o caso suspeito de injúria não acidental

Assinatura e carimbo do médico com CRM

Belém, ___/___/___

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	3 Data da notificação
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10)
	4 UF	5 Município de notificação	Y09
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado
	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação	32 Situação conjugal / Estado civil	33 Relações sexuais
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	36 UF
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)

Dados da Ocorrência	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3
	44 Geo campo 4	45 Ponto de Referência	46 Zona
	47 Hora da ocorrência (00.00 - 23.59 horas)	48 Local de ocorrência	49 Ocorreu outras vezes?

Para verificar a autenticidade, acesse o site do MPE/TO e use a chave: 28b448b0 - 43f450b0 - 0014 - 166290e2

Tipologia da violência	51 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	52 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro	

Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
	55 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			

Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____	

Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Queimadura <input type="checkbox"/>
	01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 11 - Outros <input type="checkbox"/> 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 88 - Não se aplica 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 99 - Ignorado	
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	
	01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus <input type="checkbox"/> 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões <input type="checkbox"/> 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	

Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos	1 - Um <input type="checkbox"/>	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão	1 - Masculino <input type="checkbox"/>	62 Suspeita de uso de álcool	1- Sim <input type="checkbox"/>
	2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/>		2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			

Encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde	1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____	

Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	67 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX <input type="text"/>
	68 Classificação final	1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 8 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>	69 Evolução do caso	1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento

Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Notificador	Nome	Função	Assinatura
	Para verificar a autenticidade, acesse o site do MPE/TO e use a chave: 28b448b0 - 43f45db8 - d0141ac0 - 166290e2		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET	SVS 10/07/2008

ANEXO IV

Legislação

LEI Nº 6.259 - DE 30 DE OUTUBRO DE 1975 - DOU DE 31/10/75

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde, coordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravo à saúde decorrentes de calamidades públicas, o Ministério da Saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização de todos os recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

TÍTULO I

DA AÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Art. 2º A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação.

§ 2º A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

TÍTULO II

DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Art. 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Art. 4º O Ministério da Saúde coordenará e apoiará, técnica, material e financeiramente, a execução do programa, em âmbito nacional e regional.

§ 1º As ações relacionadas, com a execução do programa, são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e assumir sua execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justificarem.

§ 3º Ficará, em geral, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Central de Medicamentos, o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados.

Art. 5º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestado de Vacinação.

§ 1º O Atestado de Vacinação será emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciados para tal fim pela autoridade de saúde competente.

§ 2º O Atestado de Vacinação, em qualquer caso, será fornecido gratuitamente, com prazo de validade determinado, não podendo ser retido, por nenhum motivo, por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

§ 3º Anualmente, para o pagamento do salário-família, será exigida do segurado a apresentação dos Atestados de Vacinação dos seus beneficiários, que comprovarem o recebimento das vacinações obrigatórias, na forma que vier a ser estabelecida em regulamento.

Art. 6º Os governos estaduais, com audiência prévia do Ministério da Saúde, poderão propor medidas legislativas complementares visando ao cumprimento das vacinações, obrigatórias por parte da população, no âmbito dos seus territórios.

Parágrafo único. As medidas de que trata este artigo serão observadas pelas entidades federais, estaduais e municipais, públicas e privadas, no âmbito do respectivo Estado.

TÍTULO III

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS

Art. 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

§ 1º Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de “agravo inusitado à saúde”.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constantes da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art. 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Art. 9º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 10. A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

Art. 11. Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco.

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art. 12. Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.

Art. 13. As pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.

TÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. A inobservância das obrigações estabelecidas na presente Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785, de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art. 15. O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 30 de outubro de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

José Carlos Seixas

L. G. do Nascimento e Silva

Portaria 1968 - Ministério da Saúde

PORTARIA Nº 1968, DE 25 DE OUTUBRO DE 2001

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

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

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

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

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

Art. 2º Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º 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. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1o Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2o Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, exploração sexual forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3o Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2o A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação

compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3o A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4o As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5o A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6o Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7o O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8o Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182o da Independência e 115o da República

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003

PORTARIA Nº 777/GM Em 28 de abril de 2004.

Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho;

Considerando que o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu art. 6º, atribui ao SUS a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância

e assistência à saúde;

Considerando que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta na Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, é estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS;

Considerando a valorização da articulação intra-setorial na saúde, baseada na transversalidade das ações de atenção à Saúde do Trabalhador, nos distintos níveis de complexidade do SUS, com destaque para as interfaces com as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

Considerando a necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social; e

Considerando a constatação de que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentados e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica. § 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

I - Acidente de Trabalho Fatal;

II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;

III - Acidente com Exposição a Material Biológico;

IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;

V - Dermatoses Ocupacionais;

VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

VIII - Pneumoconioses;

IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;

X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e

XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

§ 2º O Instrumento de Notificação Compulsória é a Ficha de Notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 2º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e

III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

Art. 3º Estabelecer que a rede sentinela será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos técnicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Art. 4º Definir que a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na rede de cuidados progressivos do Sistema deverá estar em consonância com as diretrizes estabelecidas na Política de Educação Permanente para o SUS, prioritariamente, pactuada nos Pólos de Educação Permanente.

Art. 5º Estabelecer que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a definição dos mecanismos de operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

PORTARIA Nº 2.406/GM

Em 5 de novembro de 2004.

Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 10.778/03, e Considerando o disposto no Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/03;

Considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada pelo Brasil em 9 de

junho de 1994 e ratificada em 27 de novembro de 1995, entrando em vigor no Brasil em 27 de dezembro de 1995;

Considerando que, segundo vários estudos no Brasil e no mundo, a violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social; e

Considerando que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permitirá dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais, que será utilizada em todo o território nacional.

Art. 3º A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definam, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 5º Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Publicado no DOU Nº 215 – SEÇÃO I – PÁGS. 25 E 26, DE 09/11/2004.

PORTARIA Nº 1.876 DE 14 DE AGOSTO DE 2006.

Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional;

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições;

Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha

de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário;

Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros;

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;

Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio;

Considerando o papel importante dos meios de comunicação de massa por intermédio das diversas mídias no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas;

Considerando os Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio; e

Considerando a Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas,

assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que constitua um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 5º Determinar que a regulamentação dessas diretrizes seja apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

LEI Nº 12.010, DE 3 DE AGOSTO DE 2009.

Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras

providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o Esta Lei dispõe sobre o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes, na forma prevista pela Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 1o A intervenção estatal, em observância ao disposto no caput do art. 226 da Constituição Federal, será prioritariamente voltada à orientação, apoio e promoção social da família natural, junto à qual a criança e o adolescente devem permanecer, ressalvada absoluta impossibilidade, demonstrada por decisão judicial fundamentada.

§ 2o Na impossibilidade de permanência na família natural, a criança e o adolescente serão colocados sob adoção, tutela ou guarda, observadas as regras e princípios contidos na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e na Constituição Federal.

Art. 2o A Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 8o § 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5o A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.” (NR)

“Art. 13. Parágrafo único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude.” (NR)

“Art. 19. § 1º Toda criança ou adolescente que estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional terá sua situação reavaliada, no máximo, a cada 6 (seis) meses, devendo a autoridade judiciária competente, com base em relatório elaborado por equipe interprofissional ou multidisciplinar, decidir de forma fundamentada pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei.

§ 2o A permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional não se prolongará por mais de 2 (dois) anos, salvo comprovada necessidade que atenda ao seu superior interesse, devidamente fundamentada pela autoridade judiciária.

§ 3o A manutenção ou reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em programas de orientação e auxílio, nos termos do parágrafo único do art. 23, dos incisos I e IV do caput do art. 101 e dos incisos I a IV do caput do art. 129 desta Lei.” (NR)

“Art. 25. Parágrafo único. Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes

próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.” (NR)

“Art. 28. § 1º Sempre que possível, a criança ou o adolescente será previamente ouvido por equipe interprofissional, respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida, e terá sua opinião devidamente considerada.

§ 2º Tratando-se de maior de 12 (doze) anos de idade, será necessário seu consentimento, colhido em audiência.

§ 3º Na apreciação do pedido levar-se-á em conta o grau de parentesco e a relação de afinidade ou de afetividade, a fim de evitar ou minorar as consequências decorrentes da medida.

§ 4º Os grupos de irmãos serão colocados sob adoção, tutela ou guarda da mesma família substituta, ressalvada a comprovada existência de risco de abuso ou outra situação que justifique plenamente a excepcionalidade de solução diversa, procurando-se, em qualquer caso, evitar o rompimento definitivo dos vínculos fraternais.

§ 5º A colocação da criança ou adolescente em família substituta será precedida de sua preparação gradativa e acompanhamento posterior, realizados pela equipe interprofissional a serviço da Justiça da Infância e da Juventude, preferencialmente com o apoio dos técnicos responsáveis pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.

§ 6º Em se tratando de criança ou adolescente indígena ou proveniente de comunidade remanescente de quilombo, é ainda obrigatório:

I - que sejam consideradas e respeitadas sua identidade social e cultural, os seus costumes e tradições, bem como suas instituições, desde que não sejam incompatíveis com os direitos fundamentais reconhecidos por esta Lei e pela Constituição Federal;

II - que a colocação familiar ocorra prioritariamente no seio de sua comunidade ou junto a membros da mesma etnia;

III - a intervenção e oitiva de representantes do órgão federal responsável pela política indigenista, no caso de crianças e adolescentes indígenas, e de antropólogos, perante a equipe interprofissional ou multidisciplinar que irá acompanhar o caso.” (NR)

“Art. 33. § 4º Salvo expressa e fundamentada determinação em contrário, da autoridade judiciária competente, ou quando a medida for aplicada em preparação para adoção, o deferimento da guarda de criança ou adolescente a terceiros não impede o exercício do direito de visitas pelos pais, assim como o dever de prestar alimentos, que serão objeto de regulamentação específica, a pedido do interessado ou do Ministério Público.” (NR)

“Art. 34. O poder público estimulará, por meio de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, o acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente afastado do convívio familiar.

§ 1o A inclusão da criança ou adolescente em programas de acolhimento familiar terá preferência a seu acolhimento institucional, observado, em qualquer caso, o caráter temporário e excepcional da medida, nos termos desta Lei.

§ 2o Na hipótese do § 1o deste artigo a pessoa ou casal cadastrado no programa de acolhimento familiar poderá receber a criança ou adolescente mediante guarda, observado o disposto nos arts. 28 a 33 desta Lei.” (NR)

“Art. 36. A tutela será deferida, nos termos da lei civil, a pessoa de até 18 (dezoito) anos incompletos.” (NR)

“Art. 37. O tutor nomeado por testamento ou qualquer documento autêntico, conforme previsto no parágrafo único do art. 1.729 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, deverá, no prazo de 30 (trinta) dias após a abertura da sucessão, ingressar com pedido destinado ao controle judicial do ato, observando o procedimento previsto nos arts. 165 a 170 desta Lei.

Parágrafo único. Na apreciação do pedido, serão observados os requisitos previstos nos arts. 28 e 29 desta Lei, somente sendo deferida a tutela à pessoa indicada na disposição de última vontade, se restar comprovado que a medida é vantajosa ao tutelando e que não existe outra pessoa em melhores condições de assumi-la.” (NR)

“Art. 39. § 1o A adoção é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa, na forma do parágrafo único do art. 25 desta Lei.

§ 2o É vedada a adoção por procuração.” (NR)

“Art. 42. Podem adotar os maiores de 18 (dezoito) anos, independentemente do estado civil.

§ 2o Para adoção conjunta, é indispensável que os adotantes sejam casados civilmente ou mantenham união estável, comprovada a estabilidade da família.

§ 4o Os divorciados, os judicialmente separados e os ex-companheiros podem adotar conjuntamente, contanto que acordem sobre a guarda e o regime de visitas e desde que o estágio de convivência tenha sido iniciado na constância do período de convivência e que seja comprovada a existência de vínculos de afinidade e afetividade com aquele não detentor da guarda, que justifiquem a excepcionalidade da concessão.

§ 5o Nos casos do § 4o deste artigo, desde que demonstrado efetivo benefício ao adotando, será assegurada a guarda compartilhada, conforme previsto no art. 1.584 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 6o A adoção poderá ser deferida ao adotante que, após inequívoca manifestação de vontade, vier a falecer no curso do procedimento, antes de prolatada a sentença.” (NR)

“Art. 46. § 1o O estágio de convivência poderá ser dispensado se o adotando já estiver sob a tutela ou guarda legal do adotante durante tempo suficiente para que seja possível avaliar a conveniência da constituição do vínculo.

§ 2o A simples guarda de fato não autoriza, por si só, a dispensa da realização do estágio de convivência.

§ 3o Em caso de adoção por pessoa ou casal residente ou domiciliado fora do País, o estágio de convivência, cumprido no território nacional, será de, no mínimo, 30 (trinta) dias.

§ 4o O estágio de convivência será acompanhado pela equipe interprofissional a serviço da Justiça da Infância e da Juventude, preferencialmente com apoio dos técnicos responsáveis pela execução da política de garantia do direito à convivência familiar, que apresentarão relatório minucioso acerca da conveniência do deferimento da medida.” (NR)

“Art. 47. § 3o A pedido do adotante, o novo registro poderá ser lavrado no Cartório do Registro Civil do Município de sua residência.

§ 4o Nenhuma observação sobre a origem do ato poderá constar nas certidões do registro.

§ 5o A sentença conferirá ao adotado o nome do adotante e, a pedido de qualquer deles, poderá determinar a modificação do prenome.

§ 6o Caso a modificação de prenome seja requerida pelo adotante, é obrigatória a oitiva do adotando, observado o disposto nos §§ 1o e 2o do art. 28 desta Lei.

§ 7o A adoção produz seus efeitos a partir do trânsito em julgado da sentença constitutiva, exceto na hipótese prevista no § 6o do art. 42 desta Lei, caso em que terá força retroativa à data do óbito.

§ 8o O processo relativo à adoção assim como outros a ele relacionados serão mantidos em arquivo, admitindo-se seu armazenamento em microfilme ou por outros meios, garantida a sua conservação para consulta a qualquer tempo.” (NR)

“Art. 48. O adotado tem direito de conhecer sua origem biológica, bem como de obter acesso irrestrito ao processo no qual a medida foi aplicada e seus eventuais incidentes, após completar 18 (dezoito) anos.

Parágrafo único. O acesso ao processo de adoção poderá ser também deferido ao adotado menor de 18 (dezoito) anos, a seu pedido, assegurada orientação e assistência jurídica e psicológica.” (NR)

“Art. 50. § 3o A inscrição de postulantes à adoção será precedida de um período de preparação psicossocial e jurídica, orientado pela equipe técnica da Justiça da Infância e da Juventude, preferencialmente com apoio dos técnicos responsáveis pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.

§ 4o Sempre que possível e recomendável, a preparação referida no § 3o deste artigo incluirá o contato com crianças e adolescentes em acolhimento familiar ou institucional em condições de serem adotados, a ser realizado sob a orientação, supervisão e avaliação da equipe técnica da Justiça da Infância e da Juventude, com apoio dos técnicos

responsáveis pelo programa de acolhimento e pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.

§ 5o Serão criados e implementados cadastros estaduais e nacional de crianças e adolescentes em condições de serem adotados e de pessoas ou casais habilitados à adoção.

§ 6o Haverá cadastros distintos para pessoas ou casais residentes fora do País, que somente serão consultados na inexistência de postulantes nacionais habilitados nos cadastros mencionados no § 5o deste artigo.

§ 7o As autoridades estaduais e federais em matéria de adoção terão acesso integral aos cadastros, incumbindo-lhes a troca de informações e a cooperação mútua, para melhoria do sistema.

§ 8o A autoridade judiciária providenciará, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, a inscrição das crianças e adolescentes em condições de serem adotados que não tiveram colocação familiar na comarca de origem, e das pessoas ou casais que tiveram deferida sua habilitação à adoção nos cadastros estadual e nacional referidos no § 5o deste artigo, sob pena de responsabilidade.

§ 9o Compete à Autoridade Central Estadual zelar pela manutenção e correta alimentação dos cadastros, com posterior comunicação à Autoridade Central Federal Brasileira.

§ 10. A adoção internacional somente será deferida se, após consulta ao cadastro de pessoas ou casais habilitados à adoção, mantido pela Justiça da Infância e da Juventude na comarca, bem como aos cadastros estadual e nacional referidos no § 5o deste artigo, não for encontrado interessado com residência permanente no Brasil.

§ 11. Enquanto não localizada pessoa ou casal interessado em sua adoção, a criança ou o adolescente, sempre que possível e recomendável, será colocado sob guarda de família cadastrada em programa de acolhimento familiar.

§ 12. A alimentação do cadastro e a convocação criteriosa dos postulantes à adoção serão fiscalizadas pelo Ministério Público.

§ 13. Somente poderá ser deferida adoção em favor de candidato domiciliado no Brasil não cadastrado previamente nos termos desta Lei quando:

I - se tratar de pedido de adoção unilateral;

II - for formulada por parente com o qual a criança ou adolescente mantenha vínculos de afinidade e afetividade;

III - oriundo o pedido de quem detém a tutela ou guarda legal de criança maior de 3 (três) anos ou adolescente, desde que o lapso de tempo de convivência comprove a fixação de laços de afinidade e afetividade, e não seja constatada a ocorrência de má-fé ou qualquer das situações previstas nos arts. 237 ou 238 desta Lei.

§ 14. Nas hipóteses previstas no § 13 deste artigo, o candidato deverá comprovar, no curso do procedimento, que preenche os requisitos necessários à adoção, conforme

previsto nesta Lei.” (NR)

“Art. 51. Considera-se adoção internacional aquela na qual a pessoa ou casal postulante é residente ou domiciliado fora do Brasil, conforme previsto no Artigo 2 da Convenção de Haia, de 29 de maio de 1993, Relativa à Proteção das Crianças e à Cooperação em Matéria de Adoção Internacional, aprovada pelo Decreto Legislativo no 1, de 14 de janeiro de 1999, e promulgada pelo Decreto no 3.087, de 21 de junho de 1999.

§ 1o A adoção internacional de criança ou adolescente brasileiro ou domiciliado no Brasil somente terá lugar quando restar comprovado:

I - que a colocação em família substituta é a solução adequada ao caso concreto;

II - que foram esgotadas todas as possibilidades de colocação da criança ou adolescente em família substituta brasileira, após consulta aos cadastros mencionados no art. 50 desta Lei;

III - que, em se tratando de adoção de adolescente, este foi consultado, por meios adequados ao seu estágio de desenvolvimento, e que se encontra preparado para a medida, mediante parecer elaborado por equipe interprofissional, observado o disposto nos §§ 1o e 2o do art. 28 desta Lei.

§ 2o Os brasileiros residentes no exterior terão preferência aos estrangeiros, nos casos de adoção internacional de criança ou adolescente brasileiro.

§ 3o A adoção internacional pressupõe a intervenção das Autoridades Centrais Estaduais e Federal em matéria de adoção internacional.” (NR)

“Art. 52. A adoção internacional observará o procedimento previsto nos arts. 165 a 170 desta Lei, com as seguintes adaptações:

I - a pessoa ou casal estrangeiro, interessado em adotar criança ou adolescente brasileiro, deverá formular pedido de habilitação à adoção perante a Autoridade Central em matéria de adoção internacional no país de acolhida, assim entendido aquele onde está situada sua residência habitual;

II - se a Autoridade Central do país de acolhida considerar que os solicitantes estão habilitados e aptos para adotar, emitirá um relatório que contenha informações sobre a identidade, a capacidade jurídica e adequação dos solicitantes para adotar, sua situação pessoal, familiar e médica, seu meio social, os motivos que os animam e sua aptidão para assumir uma adoção internacional;

III - a Autoridade Central do país de acolhida enviará o relatório à Autoridade Central Estadual, com cópia para a Autoridade Central Federal Brasileira;

IV - o relatório será instruído com toda a documentação necessária, incluindo estudo psicossocial elaborado por equipe interprofissional habilitada e cópia autenticada da legislação pertinente, acompanhada da respectiva prova de vigência;

V - os documentos em língua estrangeira serão devidamente autenticados pela autoridade consular, observados os tratados e convenções internacionais, e acompanhados da

respectiva tradução, por tradutor público juramentado;

VI - a Autoridade Central Estadual poderá fazer exigências e solicitar complementação sobre o estudo psicossocial do postulante estrangeiro à adoção, já realizado no país de acolhida;

VII - verificada, após estudo realizado pela Autoridade Central Estadual, a compatibilidade da legislação estrangeira com a nacional, além do preenchimento por parte dos postulantes à medida dos requisitos objetivos e subjetivos necessários ao seu deferimento, tanto à luz do que dispõe esta Lei como da legislação do país de acolhida, será expedido laudo de habilitação à adoção internacional, que terá validade por, no máximo, 1 (um) ano;

VIII - de posse do laudo de habilitação, o interessado será autorizado a formalizar pedido de adoção perante o Juízo da Infância e da Juventude do local em que se encontra a criança ou adolescente, conforme indicação efetuada pela Autoridade Central Estadual.

§ 1o Se a legislação do país de acolhida assim o autorizar, admite-se que os pedidos de habilitação à adoção internacional sejam intermediados por organismos credenciados.

§ 2o Incumbe à Autoridade Central Federal Brasileira o credenciamento de organismos nacionais e estrangeiros encarregados de intermediar pedidos de habilitação à adoção internacional, com posterior comunicação às Autoridades Centrais Estaduais e publicação nos órgãos oficiais de imprensa e em sítio próprio da internet.

§ 3o Somente será admissível o credenciamento de organismos que:

I - sejam oriundos de países que ratificaram a Convenção de Haia e estejam devidamente credenciados pela Autoridade Central do país onde estiverem sediados e no país de acolhida do adotando para atuar em adoção internacional no Brasil;

II - satisfizerem as condições de integridade moral, competência profissional, experiência e responsabilidade exigidas pelos países respectivos e pela Autoridade Central Federal Brasileira;

III - forem qualificados por seus padrões éticos e sua formação e experiência para atuar na área de adoção internacional;

IV - cumprirem os requisitos exigidos pelo ordenamento jurídico brasileiro e pelas normas estabelecidas pela Autoridade Central Federal Brasileira.

§ 4o Os organismos credenciados deverão ainda:

I - perseguir unicamente fins não lucrativos, nas condições e dentro dos limites fixados pelas autoridades competentes do país onde estiverem sediados, do país de acolhida e pela Autoridade Central Federal Brasileira;

II - ser dirigidos e administrados por pessoas qualificadas e de reconhecida idoneidade moral, com comprovada formação ou experiência para atuar na área de adoção internacional, cadastradas pelo Departamento de Polícia Federal e aprovadas pela Autoridade Central Federal Brasileira, mediante publicação de portaria do órgão federal competente;

III - estar submetidos à supervisão das autoridades competentes do país onde estiverem sediados e no país de acolhida, inclusive quanto à sua composição, funcionamento e situação financeira;

IV - apresentar à Autoridade Central Federal Brasileira, a cada ano, relatório geral das atividades desenvolvidas, bem como relatório de acompanhamento das adoções internacionais efetuadas no período, cuja cópia será encaminhada ao Departamento de Polícia Federal;

V - enviar relatório pós-adoptivo semestral para a Autoridade Central Estadual, com cópia para a Autoridade Central Federal Brasileira, pelo período mínimo de 2 (dois) anos. O envio do relatório será mantido até a juntada de cópia autenticada do registro civil, estabelecendo a cidadania do país de acolhida para o adotado;

VI - tomar as medidas necessárias para garantir que os adotantes encaminhem à Autoridade Central Federal Brasileira cópia da certidão de registro de nascimento estrangeira e do certificado de nacionalidade tão logo lhes sejam concedidos.

§ 5o A não apresentação dos relatórios referidos no § 4o deste artigo pelo organismo credenciado poderá acarretar a suspensão de seu credenciamento.

§ 6o O credenciamento de organismo nacional ou estrangeiro encarregado de intermediar pedidos de adoção internacional terá validade de 2 (dois) anos.

§ 7o A renovação do credenciamento poderá ser concedida mediante requerimento protocolado na Autoridade Central Federal Brasileira nos 60 (sessenta) dias anteriores ao término do respectivo prazo de validade.

§ 8o Antes de transitada em julgado a decisão que concedeu a adoção internacional, não será permitida a saída do adotando do território nacional.

§ 9o Transitada em julgado a decisão, a autoridade judiciária determinará a expedição de alvará com autorização de viagem, bem como para obtenção de passaporte, constando, obrigatoriamente, as características da criança ou adolescente adotado, como idade, cor, sexo, eventuais sinais ou traços peculiares, assim como foto recente e a aposição da impressão digital do seu polegar direito, instruindo o documento com cópia autenticada da decisão e certidão de trânsito em julgado.

§ 10. A Autoridade Central Federal Brasileira poderá, a qualquer momento, solicitar informações sobre a situação das crianças e adolescentes adotados.

§ 11. A cobrança de valores por parte dos organismos credenciados, que sejam considerados abusivos pela Autoridade Central Federal Brasileira e que não estejam devidamente comprovados, é causa de seu descredenciamento.

§ 12. Uma mesma pessoa ou seu cônjuge não podem ser representados por mais de uma entidade credenciada para atuar na cooperação em adoção internacional.

§ 13. A habilitação de postulante estrangeiro ou domiciliado fora do Brasil terá validade máxima de 1 (um) ano, podendo ser renovada.

§ 14. É vedado o contato direto de representantes de organismos de adoção, nacionais ou estrangeiros, com dirigentes de programas de acolhimento institucional ou familiar, assim como com crianças e adolescentes em condições de serem adotados, sem a devida autorização judicial.

§ 15. A Autoridade Central Federal Brasileira poderá limitar ou suspender a concessão de novos credenciamentos sempre que julgar necessário, mediante ato administrativo fundamentado.” (NR)

“Art. 52-A. É vedado, sob pena de responsabilidade e descredenciamento, o repasse de recursos provenientes de organismos estrangeiros encarregados de intermediar pedidos de adoção internacional a organismos nacionais ou a pessoas físicas.

Parágrafo único. Eventuais repasses somente poderão ser efetuados via Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente e estarão sujeitos às deliberações do respectivo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.”

“Art. 52-B. A adoção por brasileiro residente no exterior em país ratificante da Convenção de Haia, cujo processo de adoção tenha sido processado em conformidade com a legislação vigente no país de residência e atendido o disposto na Alínea “c” do Artigo 17 da referida Convenção, será automaticamente recepcionada com o reingresso no Brasil.

§ 1o Caso não tenha sido atendido o disposto na Alínea “c” do Artigo 17 da Convenção de Haia, deverá a sentença ser homologada pelo Superior Tribunal de Justiça.

§ 2o O pretendente brasileiro residente no exterior em país não ratificante da Convenção de Haia, uma vez reingressado no Brasil, deverá requerer a homologação da sentença estrangeira pelo Superior Tribunal de Justiça.”

“Art. 52-C. Nas adoções internacionais, quando o Brasil for o país de acolhida, a decisão da autoridade competente do país de origem da criança ou do adolescente será conhecida pela Autoridade Central Estadual que tiver processado o pedido de habilitação dos pais adotivos, que comunicará o fato à Autoridade Central Federal e determinará as providências necessárias à expedição do Certificado de Naturalização Provisório.

§ 1o A Autoridade Central Estadual, ouvido o Ministério Público, somente deixará de reconhecer os efeitos daquela decisão se restar demonstrado que a adoção é manifestamente contrária à ordem pública ou não atende ao interesse superior da criança ou do adolescente.

§ 2o Na hipótese de não reconhecimento da adoção, prevista no § 1o deste artigo, o Ministério Público deverá imediatamente requerer o que for de direito para resguardar os interesses da criança ou do adolescente, comunicando-se as providências à Autoridade Central Estadual, que fará a comunicação à Autoridade Central Federal Brasileira e à Autoridade Central do país de origem.”

“Art. 52-D. Nas adoções internacionais, quando o Brasil for o país de acolhida e a adoção não tenha sido deferida no país de origem porque a sua legislação a delega ao país de

acolhida, ou, ainda, na hipótese de, mesmo com decisão, a criança ou o adolescente ser oriundo de país que não tenha aderido à Convenção referida, o processo de adoção seguirá as regras da adoção nacional.”

“Art. 87.

VI - políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o período de afastamento do convívio familiar e a garantir o efetivo exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes;

VII - campanhas de estímulo ao acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar e à adoção, especificamente inter-racial, de crianças maiores ou de adolescentes, com necessidades específicas de saúde ou com deficiências e de grupos de irmãos.” (NR)

“Art. 88.

VI - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Conselho Tutelar e encarregados da execução das políticas sociais básicas e de assistência social, para efeito de agilização do atendimento de crianças e de adolescentes inseridos em programas de acolhimento familiar ou institucional, com vista na sua rápida reintegração à família de origem ou, se tal solução se mostrar comprovadamente inviável, sua colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei;

VII - mobilização da opinião pública para a indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade.” (NR)

“Art. 90.

IV - acolhimento institucional;

§ 1o As entidades governamentais e não governamentais deverão proceder à inscrição de seus programas, especificando os regimes de atendimento, na forma definida neste artigo, no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o qual manterá registro das inscrições e de suas alterações, do que fará comunicação ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária.

§ 2o Os recursos destinados à implementação e manutenção dos programas relacionados neste artigo serão previstos nas dotações orçamentárias dos órgãos públicos encarregados das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social, dentre outros, observando-se o princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente preconizado pelo caput do art. 227 da Constituição Federal e pelo caput e parágrafo único do art. 4o desta Lei.

§ 3o Os programas em execução serão reavaliados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, no máximo, a cada 2 (dois) anos, constituindo-se critérios para renovação da autorização de funcionamento:

I - o efetivo respeito às regras e princípios desta Lei, bem como às resoluções relativas à modalidade de atendimento prestado expedidas pelos Conselhos de Direitos da Criança

e do Adolescente, em todos os níveis;

II - a qualidade e eficiência do trabalho desenvolvido, atestadas pelo Conselho Tutelar, pelo Ministério Público e pela Justiça da Infância e da Juventude;

III - em se tratando de programas de acolhimento institucional ou familiar, serão considerados os índices de sucesso na reintegração familiar ou de adaptação à família substituta, conforme o caso.” (NR)

“Art. 91. § 1º Será negado o registro à entidade que:

e) não se adequar ou deixar de cumprir as resoluções e deliberações relativas à modalidade de atendimento prestado expedidas pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, em todos os níveis.

§ 2o O registro terá validade máxima de 4 (quatro) anos, cabendo ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, periodicamente, reavaliar o cabimento de sua renovação, observado o disposto no § 1o deste artigo.” (NR)

“Art. 92. As entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar os seguintes princípios:

I - preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar;

II - integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa;

§ 1º O dirigente de entidade que desenvolve programa de acolhimento institucional é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito.

§ 2o Os dirigentes de entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional remeterão à autoridade judiciária, no máximo a cada 6 (seis) meses, relatório circunstanciado acerca da situação de cada criança ou adolescente acolhido e sua família, para fins da reavaliação prevista no § 1o do art. 19 desta Lei.

§ 3o Os entes federados, por intermédio dos Poderes Executivo e Judiciário, promoverão conjuntamente a permanente qualificação dos profissionais que atuam direta ou indiretamente em programas de acolhimento institucional e destinados à colocação familiar de crianças e adolescentes, incluindo membros do Poder Judiciário, Ministério Público e Conselho Tutelar.

§ 4o Salvo determinação em contrário da autoridade judiciária competente, as entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional, se necessário com o auxílio do Conselho Tutelar e dos órgãos de assistência social, estimularão o contato da criança ou adolescente com seus pais e parentes, em cumprimento ao disposto nos incisos I e VIII do caput deste artigo.

§ 5o As entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional somente poderão receber recursos públicos se comprovado o atendimento dos princípios, exigências e finalidades desta Lei.

§ 6o O descumprimento das disposições desta Lei pelo dirigente de entidade que

desenvolva programas de acolhimento familiar ou institucional é causa de sua destituição, sem prejuízo da apuração de sua responsabilidade administrativa, civil e criminal.” (NR)

“Art. 93. As entidades que mantenham programa de acolhimento institucional poderão, em caráter excepcional e de urgência, acolher crianças e adolescentes sem prévia determinação da autoridade competente, fazendo comunicação do fato em até 24 (vinte e quatro) horas ao Juiz da Infância e da Juventude, sob pena de responsabilidade.

Parágrafo único. Recebida a comunicação, a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público e se necessário com o apoio do Conselho Tutelar local, tomará as medidas necessárias para promover a imediata reintegração familiar da criança ou do adolescente ou, se por qualquer razão não for isso possível ou recomendável, para seu encaminhamento a programa de acolhimento familiar, institucional ou a família substituta, observado o disposto no § 2o do art. 101 desta Lei.” (NR)

“Art. 94. § 1o Aplicam-se, no que couber, as obrigações constantes deste artigo às entidades que mantêm programas de acolhimento institucional e familiar.” (NR)

“Art. 97. § 1o Em caso de reiteradas infrações cometidas por entidades de atendimento, que coloquem em risco os direitos assegurados nesta Lei, deverá ser o fato comunicado ao Ministério Público ou representado perante autoridade judiciária competente para as providências cabíveis, inclusive suspensão das atividades ou dissolução da entidade.

§ 2o As pessoas jurídicas de direito público e as organizações não governamentais responderão pelos danos que seus agentes causarem às crianças e aos adolescentes, caracterizado o descumprimento dos princípios norteadores das atividades de proteção específica.” (NR)

“Art. 100. Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas: I - condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos: crianças e adolescentes são os titulares dos direitos previstos nesta e em outras Leis, bem como na Constituição Federal;

II - proteção integral e prioritária: a interpretação e aplicação de toda e qualquer norma contida nesta Lei deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos direitos de que crianças e adolescentes são titulares;

III - responsabilidade primária e solidária do poder público: a plena efetivação dos direitos assegurados a crianças e a adolescentes por esta Lei e pela Constituição Federal, salvo nos casos por esta expressamente ressalvados, é de responsabilidade primária e solidária das 3 (três) esferas de governo, sem prejuízo da municipalização do atendimento e da possibilidade da execução de programas por entidades não governamentais;

IV - interesse superior da criança e do adolescente: a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do adolescente, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;

V - privacidade: a promoção dos direitos e proteção da criança e do adolescente deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

VI - intervenção precoce: a intervenção das autoridades competentes deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

VII - intervenção mínima: a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas autoridades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do adolescente;

VIII - proporcionalidade e atualidade: a intervenção deve ser a necessária e adequada à situação de perigo em que a criança ou o adolescente se encontram no momento em que a decisão é tomada;

IX - responsabilidade parental: a intervenção deve ser efetuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o adolescente;

X - prevalência da família: na promoção de direitos e na proteção da criança e do adolescente deve ser dada prevalência às medidas que os mantenham ou reintegrem na sua família natural ou extensa ou, se isto não for possível, que promovam a sua integração em família substituta;

XI - obrigatoriedade da informação: a criança e o adolescente, respeitado seu estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão, seus pais ou responsável devem ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

XII - oitiva obrigatória e participação: a criança e o adolescente, em separado ou na companhia dos pais, de responsável ou de pessoa por si indicada, bem como os seus pais ou responsável, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e de proteção, sendo sua opinião devidamente considerada pela autoridade judiciária competente, observado o disposto nos §§ 1o e 2o do art. 28 desta Lei.” (NR)

“Art. 101.

VII - acolhimento institucional;

VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar;

IX - colocação em família substituta.

§ 1o O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

§ 2o Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta

aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa.

§ 3o Crianças e adolescentes somente poderão ser encaminhados às instituições que executam programas de acolhimento institucional, governamentais ou não, por meio de uma Guia de Acolhimento, expedida pela autoridade judiciária, na qual obrigatoriamente constará, dentre outros:

I - sua identificação e a qualificação completa de seus pais ou de seu responsável, se conhecidos;

II - o endereço de residência dos pais ou do responsável, com pontos de referência;

III - os nomes de parentes ou de terceiros interessados em tê-los sob sua guarda;

IV - os motivos da retirada ou da não reintegração ao convívio familiar.

§ 4o Imediatamente após o acolhimento da criança ou do adolescente, a entidade responsável pelo programa de acolhimento institucional ou familiar elaborará um plano individual de atendimento, visando à reintegração familiar, ressalvada a existência de ordem escrita e fundamentada em contrário de autoridade judiciária competente, caso em que também deverá contemplar sua colocação em família substituta, observadas as regras e princípios desta Lei.

§ 5o O plano individual será elaborado sob a responsabilidade da equipe técnica do respectivo programa de atendimento e levará em consideração a opinião da criança ou do adolescente e a oitiva dos pais ou do responsável.

§ 6o Constarão do plano individual, dentre outros:

I - os resultados da avaliação interdisciplinar;

II - os compromissos assumidos pelos pais ou responsável; e

III - a previsão das atividades a serem desenvolvidas com a criança ou com o adolescente acolhido e seus pais ou responsável, com vista na reintegração familiar ou, caso seja esta vedada por expressa e fundamentada determinação judicial, as providências a serem tomadas para sua colocação em família substituta, sob direta supervisão da autoridade judiciária.

§ 7o O acolhimento familiar ou institucional ocorrerá no local mais próximo à residência dos pais ou do responsável e, como parte do processo de reintegração familiar, sempre que identificada a necessidade, a família de origem será incluída em programas oficiais de orientação, de apoio e de promoção social, sendo facilitado e estimulado o contato com a criança ou com o adolescente acolhido.

§ 8o Verificada a possibilidade de reintegração familiar, o responsável pelo programa de acolhimento familiar ou institucional fará imediata comunicação à autoridade judiciária, que dará vista ao Ministério Público, pelo prazo de 5 (cinco) dias, decidindo em igual prazo.

§ 9o Em sendo constatada a impossibilidade de reintegração da criança ou do adolescente à família de origem, após seu encaminhamento a programas oficiais ou comunitários de

orientação, apoio e promoção social, será enviado relatório fundamentado ao Ministério Público, no qual conste a descrição pormenorizada das providências tomadas e a expressa recomendação, subscrita pelos técnicos da entidade ou responsáveis pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar, para a destituição do poder familiar, ou destituição de tutela ou guarda.

§ 10. Recebido o relatório, o Ministério Público terá o prazo de 30 (trinta) dias para o ingresso com a ação de destituição do poder familiar, salvo se entender necessária a realização de estudos complementares ou outras providências que entender indispensáveis ao ajuizamento da demanda.

§ 11. A autoridade judiciária manterá, em cada comarca ou foro regional, um cadastro contendo informações atualizadas sobre as crianças e adolescentes em regime de acolhimento familiar e institucional sob sua responsabilidade, com informações pormenorizadas sobre a situação jurídica de cada um, bem como as providências tomadas para sua reintegração familiar ou colocação em família substituta, em qualquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei.

§ 12. Terão acesso ao cadastro o Ministério Público, o Conselho Tutelar, o órgão gestor da Assistência Social e os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Assistência Social, aos quais incumbe deliberar sobre a implementação de políticas públicas que permitam reduzir o número de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar e abreviar o período de permanência em programa de acolhimento.” (NR)

“Art. 102. § 3º Caso ainda não definida a paternidade, será deflagrado procedimento específico destinado à sua averiguação, conforme previsto pela Lei no 8.560, de 29 de dezembro de 1992.

§ 4º Nas hipóteses previstas no § 3º deste artigo, é dispensável o ajuizamento de ação de investigação de paternidade pelo Ministério Público se, após o não comparecimento ou a recusa do suposto pai em assumir a paternidade a ele atribuída, a criança for encaminhada para adoção.” (NR)

“Art. 136. XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.

Parágrafo único. Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família.” (NR)

“Art. 152. Parágrafo único. É assegurada, sob pena de responsabilidade, prioridade absoluta na tramitação dos processos e procedimentos previstos nesta Lei, assim como na execução dos atos e diligências judiciais a eles referentes.” (NR)

“Art. 153. Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para o fim de afastamento

da criança ou do adolescente de sua família de origem e em outros procedimentos necessariamente contenciosos.” (NR)

“Art. 161. § 1o A autoridade judiciária, de ofício ou a requerimento das partes ou do Ministério Público, determinará a realização de estudo social ou perícia por equipe interprofissional ou multidisciplinar, bem como a oitiva de testemunhas que comprovem a presença de uma das causas de suspensão ou destituição do poder familiar previstas nos arts. 1.637 e 1.638 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, ou no art. 24 desta Lei.

§ 2o Em sendo os pais oriundos de comunidades indígenas, é ainda obrigatória a intervenção, junto à equipe profissional ou multidisciplinar referida no § 1o deste artigo, de representantes do órgão federal responsável pela política indigenista, observado o disposto no § 6o do art. 28 desta Lei.

§ 3o Se o pedido importar em modificação de guarda, será obrigatória, desde que possível e razoável, a oitiva da criança ou adolescente, respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida.

§ 4o É obrigatória a oitiva dos pais sempre que esses forem identificados e estiverem em local conhecido.” (NR)

“Art. 163. O prazo máximo para conclusão do procedimento será de 120 (cento e vinte) dias.

Parágrafo único. A sentença que decretar a perda ou a suspensão do poder familiar será averbada à margem do registro de nascimento da criança ou do adolescente.” (NR)

“Art. 166. Se os pais forem falecidos, tiverem sido destituídos ou suspensos do poder familiar, ou houverem aderido expressamente ao pedido de colocação em família substituta, este poderá ser formulado diretamente em cartório, em petição assinada pelos próprios requerentes, dispensada a assistência de advogado.

§ 1o Na hipótese de concordância dos pais, esses serão ouvidos pela autoridade judiciária e pelo representante do Ministério Público, tomando-se por termo as declarações.

§ 2o O consentimento dos titulares do poder familiar será precedido de orientações e esclarecimentos prestados pela equipe interprofissional da Justiça da Infância e da Juventude, em especial, no caso de adoção, sobre a irrevogabilidade da medida.

§ 3o O consentimento dos titulares do poder familiar será colhido pela autoridade judiciária competente em audiência, presente o Ministério Público, garantida a livre manifestação de vontade e esgotados os esforços para manutenção da criança ou do adolescente na família natural ou extensa.

§ 4o O consentimento prestado por escrito não terá validade se não for ratificado na audiência a que se refere o § 3o deste artigo.

§ 5o O consentimento é retratável até a data da publicação da sentença constitutiva da adoção.

§ 6o O consentimento somente terá valor se for dado após o nascimento da criança.

§ 7o A família substituta receberá a devida orientação por intermédio de equipe técnica interprofissional a serviço do Poder Judiciário, preferencialmente com apoio dos técnicos responsáveis pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.” (NR)

“Art. 167. Parágrafo único. Deferida a concessão da guarda provisória ou do estágio de convivência, a criança ou o adolescente será entregue ao interessado, mediante termo de responsabilidade.” (NR)

“Art. 170. Parágrafo único. A colocação de criança ou adolescente sob a guarda de pessoa inscrita em programa de acolhimento familiar será comunicada pela autoridade judiciária à entidade por este responsável no prazo máximo de 5 (cinco) dias.” (NR)

“Seção VIII

Da Habilitação de Pretendentes à Adoção

‘Art. 197-A. Os postulantes à adoção, domiciliados no Brasil, apresentarão petição inicial na qual conste:

I - qualificação completa;

II - dados familiares;

III - cópias autenticadas de certidão de nascimento ou casamento, ou declaração relativa ao período de união estável;

IV - cópias da cédula de identidade e inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas;

V - comprovante de renda e domicílio;

VI - atestados de sanidade física e mental;

VII - certidão de antecedentes criminais;

VIII - certidão negativa de distribuição cível.’

‘Art. 197-B. A autoridade judiciária, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, dará vista dos autos ao Ministério Público, que no prazo de 5 (cinco) dias poderá:

I - apresentar quesitos a serem respondidos pela equipe interprofissional encarregada de elaborar o estudo técnico a que se refere o art. 197-C desta Lei;

II - requerer a designação de audiência para oitiva dos postulantes em juízo e testemunhas;

III - requerer a juntada de documentos complementares e a realização de outras diligências que entender necessárias.’

‘Art. 197-C. Intervirá no feito, obrigatoriamente, equipe interprofissional a serviço da Justiça da Infância e da Juventude, que deverá elaborar estudo psicossocial, que conterá subsídios que permitam aferir a capacidade e o preparo dos postulantes para o exercício de uma paternidade ou maternidade responsável, à luz dos requisitos e princípios desta Lei.

§ 1o É obrigatória a participação dos postulantes em programa oferecido pela Justiça da Infância e da Juventude preferencialmente com apoio dos técnicos responsáveis pela

execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar, que inclua preparação psicológica, orientação e estímulo à adoção inter-racial, de crianças maiores ou de adolescentes, com necessidades específicas de saúde ou com deficiências e de grupos de irmãos.

§ 2o Sempre que possível e recomendável, a etapa obrigatória da preparação referida no § 1o deste artigo incluirá o contato com crianças e adolescentes em regime de acolhimento familiar ou institucional em condições de serem adotados, a ser realizado sob a orientação, supervisão e avaliação da equipe técnica da Justiça da Infância e da Juventude, com o apoio dos técnicos responsáveis pelo programa de acolhimento familiar ou institucional e pela execução da política municipal de garantia do direito à convivência familiar.'

'Art. 197-D. Certificada nos autos a conclusão da participação no programa referido no art. 197-C desta Lei, a autoridade judiciária, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, decidirá acerca das diligências requeridas pelo Ministério Público e determinará a juntada do estudo psicossocial, designando, conforme o caso, audiência de instrução e julgamento. Parágrafo único. Caso não sejam requeridas diligências, ou sendo essas indeferidas, a autoridade judiciária determinará a juntada do estudo psicossocial, abrindo a seguir vista dos autos ao Ministério Público, por 5 (cinco) dias, decidindo em igual prazo.'

'Art. 197-E. Deferida a habilitação, o postulante será inscrito nos cadastros referidos no art. 50 desta Lei, sendo a sua convocação para a adoção feita de acordo com ordem cronológica de habilitação e conforme a disponibilidade de crianças ou adolescentes adotáveis.

§ 1o A ordem cronológica das habilitações somente poderá deixar de ser observada pela autoridade judiciária nas hipóteses previstas no § 13 do art. 50 desta Lei, quando comprovado ser essa a melhor solução no interesse do adotando.

§ 2o A recusa sistemática na adoção das crianças ou adolescentes indicados importará na reavaliação da habilitação concedida.'''

"Art. 199-A. A sentença que deferir a adoção produz efeito desde logo, embora sujeita a apelação, que será recebida exclusivamente no efeito devolutivo, salvo se se tratar de adoção internacional ou se houver perigo de dano irreparável ou de difícil reparação ao adotando."

"Art. 199-B. A sentença que destituir ambos ou qualquer dos genitores do poder familiar fica sujeita a apelação, que deverá ser recebida apenas no efeito devolutivo."

"Art. 199-C. Os recursos nos procedimentos de adoção e de destituição de poder familiar, em face da relevância das questões, serão processados com prioridade absoluta, devendo ser imediatamente distribuídos, ficando vedado que aguardem, em qualquer situação, oportuna distribuição, e serão colocados em mesa para julgamento sem revisão e com parecer urgente do Ministério Público."

“Art. 199-D. O relator deverá colocar o processo em mesa para julgamento no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contado da sua conclusão.

Parágrafo único. O Ministério Público será intimado da data do julgamento e poderá na sessão, se entender necessário, apresentar oralmente seu parecer.”

“Art. 199-E. O Ministério Público poderá requerer a instauração de procedimento para apuração de responsabilidades se constatar o descumprimento das providências e do prazo previstos nos artigos anteriores.”

“Art. 208. “IX - de ações, serviços e programas de orientação, apoio e promoção social de famílias e destinados ao pleno exercício do direito à convivência familiar por crianças e adolescentes.” (NR)

“Art. 258-A. Deixar a autoridade competente de providenciar a instalação e operacionalização dos cadastros previstos no art. 50 e no § 11 do art. 101 desta Lei:

Pena - multa de R\$ 1.000,00 (mil reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Parágrafo único. Incorre nas mesmas penas a autoridade que deixa de efetuar o cadastramento de crianças e de adolescentes em condições de serem adotadas, de pessoas ou casais habilitados à adoção e de crianças e adolescentes em regime de acolhimento institucional ou familiar.”

“Art. 258-B. Deixar o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de efetuar imediato encaminhamento à autoridade judiciária de caso de que tenha conhecimento de mãe ou gestante interessada em entregar seu filho para adoção:

Pena - multa de R\$ 1.000,00 (mil reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Parágrafo único. Incorre na mesma pena o funcionário de programa oficial ou comunitário destinado à garantia do direito à convivência familiar que deixa de efetuar a comunicação referida no caput deste artigo.”

“Art. 260. § 1º-A. Na definição das prioridades a serem atendidas com os recursos captados pelos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, serão consideradas as disposições do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar, bem como as regras e princípios relativos à garantia do direito à convivência familiar previstos nesta Lei.

§ 5º A destinação de recursos provenientes dos fundos mencionados neste artigo não desobriga os Entes Federados à previsão, no orçamento dos respectivos órgãos encarregados da execução das políticas públicas de assistência social, educação e saúde, dos recursos necessários à implementação das ações, serviços e programas de atendimento a crianças, adolescentes e famílias, em respeito ao princípio da prioridade absoluta estabelecido pelo caput do art. 227 da Constituição Federal e pelo caput e parágrafo único do art. 4º desta Lei.” (NR)

Art. 3º A expressão “pátrio poder” contida nos arts. 21, 23, 24, no parágrafo único do art.

36, no § 1º do art. 45, no art. 49, no inciso X do caput do art. 129, nas alíneas “b” e “d” do parágrafo único do art. 148, nos arts. 155, 157, 163, 166, 169, no inciso III do caput do art. 201 e no art. 249, todos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, bem como na Seção II do Capítulo III do Título VI da Parte Especial do mesmo Diploma Legal, fica substituída pela expressão “poder familiar”.

Art. 4o Os arts. 1.618, 1.619 e 1.734 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1.618. A adoção de crianças e adolescentes será deferida na forma prevista pela Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.” (NR)

“Art. 1.619. A adoção de maiores de 18 (dezoito) anos dependerá da assistência efetiva do poder público e de sentença constitutiva, aplicando-se, no que couber, as regras gerais da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.” (NR)

“Art. 1.734. As crianças e os adolescentes cujos pais forem desconhecidos, falecidos ou que tiverem sido suspensos ou destituídos do poder familiar terão tutores nomeados pelo Juiz ou serão incluídos em programa de colocação familiar, na forma prevista pela Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.” (NR)

Art. 5o O art. 2o da Lei no 8.560, de 29 de dezembro de 1992, fica acrescido do seguinte § 5o, renumerando-se o atual § 5o para § 6o, com a seguinte redação:

“Art. 2o

§ 5º Nas hipóteses previstas no § 4o deste artigo, é dispensável o ajuizamento de ação de investigação de paternidade pelo Ministério Público se, após o não comparecimento ou a recusa do suposto pai em assumir a paternidade a ele atribuída, a criança for encaminhada para adoção.

§ 6o A iniciativa conferida ao Ministério Público não impede a quem tenha legítimo interesse de intentar investigação, visando a obter o pretendido reconhecimento da paternidade.” (NR)

Art. 6o As pessoas e casais já inscritos nos cadastros de adoção ficam obrigados a frequentar, no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da entrada em vigor desta Lei, a preparação psicossocial e jurídica a que se referem os §§ 3o e 4o do art. 50 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, acrescidos pelo art. 2o desta Lei, sob pena de cassação de sua inscrição no cadastro.

Art. 7o Esta Lei entra em vigor 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Art. 8o Revogam-se o § 4o do art. 51 e os incisos IV, V e VI do caput do art. 198 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, bem como o parágrafo único do art. 1.618, o inciso III do caput do art. 10 e os arts. 1.620 a 1.629 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e os §§ 1o a 3o do art. 392-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943.

Brasília, 3 de agosto de 2009; 188o da Independência e 121o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Tarso Genro

Celso Luiz Nunes Amorim

LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009.

Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o Esta Lei altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal.

Art. 2o O Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“TÍTULO VI

DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL

CAPÍTULO I

DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL

Estupro

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1o Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2o Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.” (NR)

“Violação sexual mediante fraude

Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (NR)

“Assédio sexual

Art. 216-A.

§ 2o A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.”
(NR)

“CAPÍTULO II

DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEL

Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. (VETADO).” (NR)

“Ação penal

Art. 225. Nos crimes definidos nos Capítulos I e II deste Título, procede-se mediante ação penal pública condicionada à representação.

Parágrafo único. Procede-se, entretanto, mediante ação penal pública incondicionada se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos ou pessoa vulnerável.” (NR)

“CAPÍTULO V

DO LENOCÍNIO E DO TRÁFICO DE PESSOA PARA FIM DE
PROSTITUIÇÃO OU OUTRA FORMA DE
EXPLORAÇÃO SEXUAL

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual

Art. 228. Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

§ 1o Se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.”(NR)

“Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente:”(NR)

“Rufianismo

Art. 230.

§ 1o Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 2o Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência.” (NR)

“Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual

Art. 231. Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro.

Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.

§ 1o Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la.

§ 2o A pena é aumentada da metade se:

I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;

II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;

III - se o agente é ascendente, padrasto, madраста, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou

IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude.

§ 3o Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (NR)

“Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual

Art. 231-A. Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

§ 1o Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar, vender ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la.

§ 2o A pena é aumentada da metade se:

I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;

II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;

III - se o agente é ascendente, padrasto, madраста, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou

IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude.

§ 3o Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (NR)

Art. 3o O Decreto-Lei no 2.848, de 1940, Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 217-A, 218-A, 218-B, 234-A, 234-B e 234-C:

“Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1o Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

§ 2o (VETADO)

§ 3o Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4o Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.”

“Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.”

“Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável

Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:

Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.

§ 1o Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

§ 2o Incorre nas mesmas penas:

I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no caput deste artigo;

II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no caput deste artigo.

§ 3o Na hipótese do inciso II do § 2o, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.”

“CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Aumento de pena

Art. 234-A. Nos crimes previstos neste Título a pena é aumentada:

I – (VETADO);

II – (VETADO);

III - de metade, se do crime resultar gravidez; e

IV - de um sexto até a metade, se o agente transmite à vítima doença sexualmente transmissível de que sabe ou deveria saber ser portador.”

“Art. 234-B. Os processos em que se apuram crimes definidos neste Título correrão em segredo de justiça.”

“Art. 234-C. (VETADO).”

Art. 4o O art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, Lei de Crimes Hediondos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1o

V - estupro (art. 213, caput e §§ 1o e 2o);

VI - estupro de vulnerável (art. 217-A, caput e §§ 1o, 2o, 3o e 4o);

” (NR)

Art. 5o A Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 244-B. Corromper ou facilitar a corrupção de menor de 18 (dezoito) anos, com ele praticando infração penal ou induzindo-o a praticá-la:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 1o Incorre nas penas previstas no caput deste artigo quem pratica as condutas ali tipificadas utilizando-se de quaisquer meios eletrônicos, inclusive salas de bate-papo da internet.

§ 2o As penas previstas no caput deste artigo são aumentadas de um terço no caso de a infração cometida ou induzida estar incluída no rol do art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990.”

Art. 6o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7o Revogam-se os arts. 214, 216, 223, 224 e 232 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954.

Brasília, 7 de agosto de 2009; 188o da Independência e 121o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Tarso Genro

Este texto não substitui o publicado no DOU de 10.8.2009

