

# **Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes**



Caderno de  
Violência Doméstica e Sexual Contra  
**CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS  
E POLÍTICAS DE SAÚDE - CODEPPS

Caderno de  
Violência Doméstica e Sexual Contra  
**CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**Coordenação Geral**

Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania - CODEPPS/SMS

Assessor Técnico: Nelson Figueira Júnior

Equipe Técnica: Jonas Melman  
Maria Ermínia Celiberti  
Mariangela Aoki

**Organização**

Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente - CODEPPS/SMS

Assessora Técnica: Cléa Rodrigues Leone

Equipe Técnica: Athenê Maria de Marco França Mauro  
Fernanda Fernandes Ranña  
Geny Marie Matsumura Yao  
Lilian dos Santos Rodriguez Sadeck  
Lucília Nunes da Silva  
Lucimar Aparecida Françaoso

Secretaria Municipal da Saúde  
São Paulo  
2007

## FICHA CATALOGRÁFICA

S241c São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

60p.

1. Violência doméstica. 2. Violência sexual. 3. Crianças.  
4. Adolescentes. I. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. II. Título

CDU 616.89-442

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS  
E POLÍTICAS DE SAÚDE - CODEPPS

Caderno de  
Violência Doméstica e Sexual Contra  
**CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**ELABORAÇÃO**

**Núcleo de Estudos da Violência contra Crianças e Adolescentes  
da Sociedade de Pediatria de São Paulo:**

Antonio Carlos A. Cardoso; Carmen Teresinha de Oliveira Lutti; Claudio Barsanti;  
Maria de Jesus C. S. Harada; Marina de Ulhoa Flosi Mendes; Mário R.  
Hirschheimer; Regina M. Catucci Gikas; Renata D. Waksman; Roseli M. D.  
Ancona Lopez; Sandra Eloiza Paulino; Théo Lerner.

**Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente - CODEPPS/SMS-SP:**

Lucimar Aparecida Françoso  
Fernanda Fernandes Ranña

Secretaria Municipal da Saúde  
São Paulo  
2007

© 2007 - Secretaria Municipal da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série Cadernos Violência e Saúde

Volume 1 - Criança e Adolescente

## **Prefeito da Cidade de São Paulo**

Gilberto Kassab

## **Secretário Municipal da Saúde**

Januário Montone

## **Coordenador da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS**

Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo

## **Ficha Técnica**

Editoração: Uni-Repro Soluções para Documentos Ltda.

Reprodução: Uni-Repro Soluções para Documentos Ltda.

## **Edição**

1ª edição - 2007

Tiragem: 3.000 exemplares

## **Endereço**

### **Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde**

Rua General Jardim nº 36 - 5º andar

Vila Buarque - São Paulo/SP - CEP 01223-906

Telefone: (11) 3218-4100 (AT Saúde da Criança e do Adolescente)

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude\\_crianca\\_adolescente](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude_crianca_adolescente)

E-mail: [criancadolescente@prefeitura.sp.gov.br](mailto:criancadolescente@prefeitura.sp.gov.br)

# SUMÁRIO

## Apresentação

1. Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes .....	11
1.1. Introdução .....	11
1.2. Definição .....	12
1.3. Fatores Determinantes .....	13
1.4. Consequências .....	14
2. Formas de Violência .....	15
2.1. Violência Física .....	15
2.2. Violência Sexual .....	15
2.3. Violência Psicológica .....	17
2.4. Negligência .....	17
2.5. Síndrome de Münchausen por Transferência .....	19
2.6. Bullying .....	19
3. Diagnóstico .....	20
3.1. Anamnese .....	21
3.2. Exame Físico .....	24
3.3. Síndrome do Bebê Sacudido .....	27
3.4. Avaliação Laboratorial .....	29
3.5. Exames Radiológicos .....	29
4. Diagnóstico Diferencial .....	30
5. Conduta .....	30
5.1. Atendimento Integral .....	31
5.2. Atendimento Médico .....	32
5.3. Atendimento Psicoterápico .....	34
5.4. Atendimento Social .....	34
5.5. Internação Hospitalar .....	35
6. Notificação .....	36
7. Profilaxia .....	38
7.1. Da Gravidez Indesejada decorrente de Violência Sexual .....	38
7.2. Das Doenças Sexualmente Transmissíveis .....	40
8. Bibliografia Consultada .....	46
9. Anexos .....	49
9.1. Anexo 1. Ficha de notificação .....	49
9.2. Anexo 2. Conselhos Tutelares .....	51
9.3. Anexo 3. Varas da Infância e Juventude .....	57
9.4. Anexo 4. Centros de referência da SMADS/PMSP .....	59





## APRESENTAÇÃO

Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública em nossa cidade. Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para os setores públicos.

Ao mesmo tempo, a compreensão da complexidade do fenômeno exige uma abordagem intersetorial e interdisciplinar na formulação de políticas públicas integradas para a superação da violência e prevenção dos acidentes.

Nesta perspectiva, a gravidade e a abrangência do fenômeno exigem que todos participem ativamente deste movimento. Trata-se de envolver a comunidade, estimulando o compromisso e a responsabilidade de todos na preservação dos direitos das pessoas e na construção da cultura de paz na cidade de São Paulo.

Para minimizar o impacto da violência sobre os cidadãos que procuram as Unidades de Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde está implementando a rede de cuidado de atenção integral às pessoas em situação de violência, articulada com outras redes sociais, para que se possa oferecer uma atenção de qualidade a essas pessoas, em cada região da cidade. Da mesma forma, está implantando um sistema de informação que possibilite a produção do conhecimento das diversas formas de violência e acidentes, para que seja dimensionado o seu impacto na vida das pessoas e nos serviços de saúde.

A Secretaria da Saúde realiza ações de prevenção e promoção da saúde que visam a garantia de direitos, a valorização e o respeito às crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos, com a participação da comunidade.

Este caderno faz parte da Série Cadernos Violência e Saúde, que tem como objetivo oferecer apoio aos profissionais da saúde no que se refere ao atendimento de pessoas em situação de violência, principalmente dos grupos mais vulneráveis à violência doméstica e sexual: criança, adolescente, mulher e idoso.



# **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

## **1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

### **1.1. Introdução**

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno universal que ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas.

Durante muito tempo a violência doméstica foi considerada problema da área social e jurídica e, dessa forma, profissionais de outras áreas, incluindo os da saúde, não se sentiam responsáveis diante desses casos. Atualmente a violência contra crianças e adolescentes também passou a ser uma questão de saúde pública, envolvendo os profissionais da saúde na prevenção, detecção, intervenção e tratamento dessas crianças e adolescentes.

A violência doméstica pode manifestar-se por maus-tratos, que vão desde negligência até formas mais intensas de abuso físico e exploração sexual. Sabe-se, entretanto, que casos graves de violência domiciliar, que deixam sequelas ou provocam a morte são, em sua maioria, resultado de agressões rotineiras, com várias ocorrências e relatos de atendimentos anteriores em serviços de emergência.

Falar de violência doméstica contra criança e adolescente remete a uma problemática cultural, visto que na sociedade atual a violência está fortemente presente, tanto no ambiente intra-domiciliar, como fora dele. Grande parte da população que vive em condições de miséria, é constantemente abandonada e negligenciada.

Trata-se de um problema de dimensões pouco conhecidas devido à escassez de informações e ao culto à "Lei do Silêncio" da população. Muitos

casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes são recorrentes e de difícil detecção, pois os envolvidos muitas vezes não denunciam, já que possuem com o agressor algum vínculo familiar e/ou afetivo.

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, em 314 municípios brasileiros, delinearão o perfil de 28.000 crianças e adolescentes em situação de violência atendidas no 2º semestre de 2005 pelos Serviços de Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. O estudo desses dados permitiu observar que possui maior vulnerabilidade para a violência sexual a faixa etária de 07 a 14 anos (63,38%).

Como se trata de problema que é, muitas vezes, silenciado e negado por todos aqueles que estão direta ou indiretamente envolvidos, os profissionais da saúde assumem um papel importante na detecção e notificação dos casos de violência ou de suspeita desta.

Dessa forma, o objetivo deste Caderno é auxiliar os profissionais da saúde, fornecendo orientações e subsídios técnicos que auxiliem no diagnóstico, acolhimento, tratamento e encaminhamento de todos os envolvidos em situações de violência contra crianças e adolescentes.

## 1.2. Definição

Violência doméstica contra crianças e adolescentes foi definida por Azevedo e Guerra como toda ação ou omissão cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família ou pessoa que assume função parental, com relação de poder sobre a pessoa em situação de violência. Constitui fenômeno frequente que quase sempre deixa sequelas psíquicas graves e não raramente sequelas físicas incapacitantes, potencialmente fatais, com possibilidade de lesar também futuras gerações da mesma família.

Estima-se que 10% dos atendimentos por trauma, apresentados como "acidentes" em serviços de emergência são, na verdade, decorrentes de agressões intencionais. Nestes casos, de acordo com Kipper, podem ser identificados sinais e sintomas comuns às crianças e adolescentes em situação de violência e aos agressores que permitem reunir evidências suficientes para

suspeitar de casos de maus-tratos que justificam a notificação às autoridades responsáveis, desencadeando as ações de proteção.

A violência doméstica pode ser considerada como desencadeadora de outras formas de violência, pois o indivíduo é desrespeitado em seus valores mínimos, muitas vezes até antes de nascer. Ela pode desestruturar a personalidade em desenvolvimento da criança e do adolescente, podendo destruir valores morais positivos e dificultando o aprendizado do respeito a si mesmo e aos outros.

### 1.3. Fatores Determinantes

Nos primeiros estágios da agressão, nem sempre é fácil reconhecer as características da violência, pois o agressor pode se utilizar, inicialmente, de táticas de coerção, abuso emocional e psicológico para controlar a pessoa abusada. Muitas vezes, o controle sobre a criança e o adolescente se dá com a desculpa de boas intenções, de carinho ou como meio de educação (por exemplo, com o uso de palmadas como forma de "educar"). Este é um aspecto que pode tornar muito sutil o limite entre o que é ou não violência, sendo necessário que a equipe de profissionais da saúde esteja atenta aos detalhes da história do paciente ou de seu responsável e às suas contradições.

Para o agressor, a necessidade de manter o controle sobre a criança e o adolescente através da violência é crescente, podendo desencadear um incidente agudo, geralmente de agressão física, que pode ser avaliado por outras pessoas como fato isolado, se não forem considerados os antecedentes que não provocaram lesões ou sequelas físicas.

Os agressores, na maioria das vezes, são os próprios pais ou responsáveis pela criança ou adolescente e este fato está diretamente relacionado ao tipo de vínculo que os membros da família estabelecem entre si.

Vários fatores podem interferir na formação desses vínculos familiares, iniciando-se mesmo antes do nascimento da criança. A diminuição, perda ou ausência desse vínculo pode acontecer em qualquer fase do relacionamento entre pais e filhos; a gravidez e o puerpério são períodos importantes para que a criança seja reconhecida e aceita como parte da família.

A ruptura dos vínculos familiares faz com que a segurança e o bem-estar físico e emocional dos filhos não seja o objetivo dos pais ou responsáveis. Nessa situação, crianças e adolescentes passam a representar um peso, um fardo a carregar e isso pode ser demonstrado nas mais variadas formas de violência.

É bastante comum que o próprio agressor, na sua infância, tenha sofrido o mesmo tipo de violência que impõe à criança e ao adolescente, pois esta é a maneira de se relacionar aprendida e, por isso, reproduzida. Desta forma, cria-se um círculo vicioso onde, possivelmente, a criança e o adolescente poderão reproduzir o mesmo comportamento na idade adulta, assim como ocorreu com o adulto que o violentou.

## 1.4. Consequências

Além das possíveis sequelas físicas e até, em casos extremos, da morte da criança ou adolescente, esse tipo de violência também pode levar a sérias consequências psicológicas e sociais. Nesse período da vida, o indivíduo encontra-se em fase de formação de personalidade e de entendimento do sentido de família e proteção; espelha-se nos modelos adultos que lhe são oferecidos e organiza os conceitos morais que carregará para o resto da vida.

A violência sofrida durante a infância e adolescência, pode desestruturar a base de formação física e psíquica da pessoa e toda a valorização de si mesma e dos outros, além de comprometer a formação da afetividade, personalidade e de valores. São marcas profundas que podem modificar seu modo de encarar o adulto e o mundo que ele representa. Os valores de família, amor, carinho e proteção podem ser distorcidos, gerando a destruição de importantes valores sociais.

Para a sociedade, o resultado do rompimento de vínculos e desestruturação familiar pode refletir-se na progressão da violência de maneira global, onde o respeito ao ser humano e a valorização da vida deixam de existir.

## 2. FORMAS DE VIOLÊNCIA

As formas de violência às quais crianças e adolescentes podem ser submetidos são classificadas em: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência, Síndrome de Münchausen por Transferência, *bullying* e, uma forma pouco reconhecida em nosso meio, culto ritualístico.

### 2.1. Violência Física

Definida como uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar a criança ou o adolescente à morte, deixando ou não marcas evidentes.

Estatísticas nacionais revelam que o principal agressor, para os casos de violência física, tem sido a mãe, pela mudança de perfil da sociedade nos últimos anos e a presença, cada vez maior, de famílias uniparentais.

### 2.2. Violência Sexual

É todo ato ou jogo sexual, hetero ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que o da criança ou adolescente. Tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Baseia-se em relação de poder e pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, *voyeurismo*, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

De acordo com o Código Penal Brasileiro (art. 224), a violência é sempre presumida em menores de 14 anos, deficientes mentais ou quando a pessoa não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

A violência sexual pode ter diferentes contextos de ocorrência, sendo que cada um deles apresenta características específicas em termos de demanda

de atendimento. A relação entre o agressor e a criança ou adolescente é o principal determinante da forma de manifestação dos casos e pode apresentar-se das seguintes formas:

– Abuso sexual extrafamiliar com agressor desconhecido:

Neste caso, a violência sexual geralmente ocorre uma única vez, de forma abrupta, e o abuso vem acompanhado de violência física. Como há ausência de qualquer vínculo com o agressor, a quebra do silêncio por parte da criança ou do adolescente e de sua família é impulsionada e, por isso, a denúncia acontece mais facilmente. Acomete mais frequentemente adolescentes do sexo feminino e a maioria dos casos acontece fora do ambiente doméstico, sendo comuns as situações em que ocorre penetração vaginal, anal ou oral.

– Abuso sexual extrafamiliar com agressor conhecido:

Pode ocorrer mais de uma vez e tende a acontecer de forma gradual, ou seja, as atividades sexuais praticadas vão se tornando gradativamente mais intensas, até culminar com a relação sexual com penetração. Geralmente vem acompanhada de ameaças verbais e/ou de sedução, fazendo com que a criança ou adolescente mantenha o silêncio por medo, vergonha ou para se proteger, ou mesmo para proteger a família ou o próprio agressor.

– Abuso sexual intrafamiliar:

Ocorre entre membros de uma mesma família que tenham algum grau de parentesco ou afinidade. É mais frequente dentro do ambiente doméstico, mas pode ocorrer também em outros espaços. A resistência para quebra do silêncio é mais intensa em decorrência do vínculo entre os envolvidos. É importante sempre lembrar que nestes casos todos os familiares estão direta ou indiretamente envolvidos, não existindo uma única relação exclusiva entre agressor e criança ou adolescente. Esse tipo de violência também ocorre de forma gradual.

Dessa forma, os tipos de abuso descritos acima podem ser classificados em violência sexual aguda (episódio único) e violência sexual crônica (episódios repetitivos). A primeira forma, na maioria das vezes, demanda atendimento médico imediato, em caráter de urgência; enquanto que a segunda tende a



exigir, além do atendimento inicial, intervenção mais aprofundada por parte da equipe multidisciplinar, em caráter ambulatorial, se a criança ou adolescente puder ser mantida protegida, sem risco de revitimização.

## 2.3. Violência Psicológica

Caracteriza-se por toda forma de submissão da criança ou adolescente aos pais ou responsáveis por meio de agressões verbais, humilhação, desqualificação, discriminação, depreciação, culpabilização, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. É considerada também violência psicológica a utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus tratos podem causar danos, muitas vezes irreversíveis, ao desenvolvimento biopsicossocial.

Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de violência é muito difícil de ser identificada, apesar de muitas vezes estar associada às demais formas de violência.

Há de ser considerada também a submissão da criança ou do adolescente a trabalhos inadequados para sua idade e estágio de socialização, uma vez que a própria CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) considera inadequado o trabalho para menores de 14 anos.

## 2.4. Negligência

É o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado como a forma extrema de negligência.

Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as condições adversas do meio ambiente (como frio ou calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Devido à situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias

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

A negligência pode ser física, educacional ou emocional.

A negligência emocional compreende a deterioração do ambiente interpessoal do lar e induz aspectos negativos na criança em relação a senso de segurança física e emocional, aceitação, auto-estima, consideração e autonomia. Embora haja pouco consenso sobre sua definição, segundo Harrington e col., negligência emocional tem sido, na prática, considerada como a falta de responsabilidade e afeto parental, além da falta de consistência e predeterminação no trato com a criança, especialmente no plano disciplinar.

De acordo com Cardoso, esta negligência insidiosa, praticamente ignorada, tem origem na indiferença, no desafeto, no desamor e tem consequências danosas para a auto-estima da criança e do adolescente.

É importante entender a intencionalidade das omissões no cuidado à saúde e à alimentação, no apoio à educação, da substituição do afeto e proteção por bens de consumo, no desacompanhamento. Nem sempre os pais ou responsáveis têm consciência desta forma de violência que se dá pela pouca valorização, menor importância e pela alegada falta de tempo para a atenção necessária, que nunca aparece.

O conceito da "Omissão do Cuidar", segundo Pfeiffer e Cardon, completa o da negligência, na medida em que engloba tanto a forma de negligência social e cultural (proveniente da falta de recursos para o sustento da família)

como a advinda da intencionalidade do descuido, da desproteção ou do desafeto que ocorre em todas as classes sócio-culturais, que merecem abordagens completamente diferenciadas.

Nos serviços de saúde, devem chamar atenção: as internações frequentes; os acidentes repetitivos (com frequência acima da esperada); a existência de enfermidades passíveis de prevenção. Quando isto ocorre, o melhor interesse da criança ou do adolescente deve prevalecer e a responsabilidade do médico e da instituição existe independente da dos pais. Portanto, havendo ou não culpa dos pais ou responsáveis, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção da criança ou adolescente que está sofrendo a situação de desamparo.

## 2.5. Síndrome de Münchhausen por Transferência

É outra forma de violência para a qual os profissionais da saúde devem estar atentos. Pode ser definida como a situação na qual a criança ou adolescente é trazido para receber cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados por seus pais (frequentemente a mãe) ou responsáveis. Esta prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como a exigência de exames complementares desnecessários, o uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pelas multiplicações de consultas e internações sem motivo.

## 2.6. Bullying

É uma forma de violência que está sendo percebida com maior intensidade entre adolescentes, praticada particularmente nas escolas e incrementada pelos meios virtuais de comunicação, como a internet, principalmente por meio da rede *Orkut*, e telefone celular, via serviço de mensagens curtas (ou *Short Message Service - SMS*).

O termo *bullying* compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivações evidentes, adotadas por

um ou mais adolescentes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes, por exemplo) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima.

Por não existir uma palavra na língua portuguesa capaz de expressar todas as situações de *bullying* possíveis, relacionam-se a seguir algumas ações que podem estar presentes:

▪ Agredir	▪ Empurrar	▪ Intimidar
▪ Amedrontar	▪ Encarnar	▪ Isolar
▪ Assediar	▪ Excluir	▪ Ofender
▪ Aterrorizar	▪ Fazer sofrer	▪ Perseguir
▪ Bater	▪ Ferir	▪ Quebrar pertences
▪ Chutar	▪ Gozar	▪ Roubar
▪ Colocar apelidos	▪ Humilhar	▪ Tiranizar
▪ Discriminar	▪ Ignorar	▪ Zoar
▪ Dominar		

### 3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de violência contra crianças e adolescentes, em sua grande maioria, é bastante difícil. Por isso, o pediatra e outros profissionais da saúde precisam estar atentos para essa questão; devem suspeitar quando estiverem diante do menor indício de que o paciente esteja sendo vítima de maus-tratos. É importante ressaltar que, na maior parte das vezes, as crianças e adolescentes não apresentam evidências físicas de agressão e, nestes casos, a suspeita de violência surge, geralmente, no momento da anamnese ou no decorrer do exame físico.

Os profissionais devem ter em mente que a criança ou adolescente vítima de maus-tratos encontra-se frágil e vulnerável, podendo manifestar sentimentos de degradação, humilhação, vergonha, culpa, medo, labilidade emocional, desestruturação psíquica e depressão. Portanto, é necessário que o paciente

sinta-se acolhido. Para que isto ocorra da melhor forma possível, a postura do profissional deve ser cuidadosa, sendo muito importante que se estabeleça um bom vínculo, inclusive com os responsáveis, mesmo que se suspeite de um deles como suposto agressor.

É fundamental que seja explicado o que será feito, tentando conquistar a confiança e respeitar as limitações emocionais e a fragilidade do paciente. Convém evitar contatos físicos desnecessários, que podem ser interpretados pela criança ou adolescente como ameaça de novo abuso.

Nos casos de lesões físicas, é importante a diferenciação entre trauma intencional e não intencional; devem ser obtidas informações sobre o ambiente em que o paciente vive e é preciso estar atento para uma história discrepante, como a incompatibilidade entre os dados da história e os achados no exame físico.

Dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, achados do exame físico, solicitação e resultados de exames complementares para o diagnóstico e as terapêuticas instituídas devem ser cuidadosamente descritos e registrados no prontuário do paciente. Isto garante a proteção eventualmente necessária nos casos de interesse da Justiça e o fornecimento de dados importantes para a decisão judicial. As informações obtidas devem ser registradas da forma mais fidedigna possível com o relato apresentado, evitando-se resumos, sínteses ou abreviações. Deve-se informar quem fornece as informações e manter o vocabulário utilizado pelo declarante. É importante relatar os fatos como são contados, procurando evitar o relato resumido na forma de conclusões.

### 3.1. Anamnese

Durante a anamnese, alguns aspectos do discurso e do comportamento dos responsáveis diante da explicação do que ocorreu com a criança ou adolescente são de extrema importância, pois são indicadores de suspeita de violência doméstica para os profissionais da saúde. Dessa forma, é preciso estar atento aos seguintes fatores:

- pais ou responsáveis que omitem, total ou parcialmente, a história do trauma;

- pais ou responsáveis que modificam a história toda vez que são interrogados;
- histórias diferentes quando são questionados os membros da família isoladamente;
- demora inexplicável na procura de recursos médicos na presença evidente de trauma;
- crianças maiores que não querem relatar o que aconteceu, com medo de represálias, em especial quando os agentes agressores são os pais.

Nos casos suspeitos de violência doméstica, deve-se levar em conta alguns aspectos do comportamento da criança, do adolescente e do membro da família supostamente envolvido na agressão, tais como:

- Atitudes e comportamento do suposto agressor: menosprezo e desatenção para com a vítima; responsabilização da criança ou adolescente por problemas familiares; rigidez ou permissividade excessivas; excesso de zelo ou indiferença; concessão de privilégios para o paciente (compra do silêncio); acusações de práticas que considera inadequadas, inclusive promiscuidade e sedução; ameaça; chantagem; limitação de contatos sociais; antecedentes de vitimização; baixa auto-estima; uso de álcool e drogas; atitudes sedutoras; justificativa do castigo físico como pedagógico; grau de exigência muito grande em relação aos filhos. O agressor geralmente teme envolver-se com a lei; tem receio de sofrer retaliação e de ser estigmatizado pela própria família ou pela comunidade; demonstra pouca preocupação com a criança; fornece explicações não convincentes sobre as lesões que a vítima apresenta; procura instituições sempre diferentes (Pronto Socorro, SOS, delegacias, etc.) onde costuma indispor os profissionais entre si.
- Comportamento da mãe (particularmente da criança e adolescente vítima de abuso sexual): não costuma apresentar qualquer critério de seleção para unir-se a um companheiro e o faz, geralmente, com um homem que se mostra agressivo e que, muitas vezes, também sofreu maus-tratos na infância; engravida rapidamente, despreparada para cuidar de uma criança; evita

tomar conhecimento da agressão do companheiro para manter uma precária sensação de segurança com ele; apresenta isolamento social; espera que a criança possa cuidar dela (inversão de papéis); responde com mais aborrecimento e raiva a uma criança chorando do que outras mães; fria; passiva; retraída e dependente do marido; incapaz de admitir que o companheiro abusou do(a) filho(a) (auto proteção, pois, se souber, terá que reestruturar a vida da família); apresenta sentimentos de frustração e impotência; raiva voltada contra o(a) filho(a) - principalmente se tiver que escolher entre manter a família unida e protegê-lo; não tem experiência de maternagem para oferecer amor e proteção aos filhos; ambivalente: ora solicita providências, ora as nega.

- Fatores relacionados à criança ou adolescente: crianças e adolescentes com algumas características estão mais sujeitos a sofrerem algum tipo de violência, como por exemplo: aqueles que não corresponderam à expectativa da família (inclusive quanto ao gênero, por ser diferente do esperado); separação compulsória da criança de sua família; malformação congênita e cromossomopatia; deficiência mental; problema psiquiátrico; enfermidade crônica; comportamento "difícil" (hiperatividade, transtorno de conduta, fracasso escolar, etc.); prematuridade e/ou baixo peso.
- Comportamento das crianças e adolescentes em situação de violência: desconfiam do contato com adultos, com medo acentuado de homens (no caso de violência sexual); distúrbios do sono; comportamento regressivo como enurese; mudança de comportamento alimentar (inapetência, bulimia, anorexia, obesidade); cansaço; sonolência; agitação noturna; pesadelos; agressividade ou passividade; apreensivos quando outras crianças começam a chorar; comportamento autodestrutivo; anti-social; súbitas mudanças de humor; delinquência ou comportamento sexual precoce; uso de drogas ou álcool; prática de pequenos furtos; dificuldade de concentração e baixo rendimento escolar; mudanças súbitas no desempenho escolar ou no comportamento; depressão; choro frequente; desconfiança; estado de alerta permanente; medo de ficar sozinho ou em companhia de determinadas pessoas; preferência pela escola do que pela casa; fugas de casa.

- Condições sociais da família: relações familiares precárias ou prejudicadas por sucessivos conflitos; privação econômica recente; discórdia familiar; separação dos pais; gravidez não desejada ou fruto de adultério; intencionalidade de abortar; famílias uniparentais.

**ATENÇÃO:** Esses indicadores sozinhos não confirmam a ocorrência de violência doméstica contra crianças e adolescentes que chegam à procura de atendimento nas Unidades de Saúde. Entretanto, a suspeita aumenta quando vários "sinais" ocorrem juntos ou parecem inapropriados para a idade.

## **3.2. Exame Físico**

### **1. Atenção às atitudes do paciente:**

Os profissionais devem estar atentos para quando a criança apresentar-se triste, apática e indefesa; extremamente temerosa, com postura defensiva, encolhendo-se, fechando os olhos e protegendo o rosto, pois tal atitude assemelha-se a postura adotada durante as agressões sofridas. Desnutrição e atraso no desenvolvimento neuromotor, sem que os responsáveis relatem algo durante a anamnese que justifique tais problemas, são bastante relevantes.

### **2. Cabeça:**

Das crianças submetidas a abuso físico, 50% apresenta equimoses ou abrasões na região do crânio ou face. Hematomas, lacerações ou escoriações no couro cabeludo devem alertar os profissionais da saúde para trauma craniano e lesão do sistema nervoso central.

### **3. Pele e mucosas:**

É frequente a ocorrência de equimoses, queimaduras e escoriações em qualquer parte do corpo da criança ou adolescente. Tais lesões podem ser decorrentes de golpes, lançamento de objetos e contra objetos, queimaduras, mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, entre outros.

Hematomas são as lesões mais frequentemente encontradas nos casos de



agressões físicas à criança e adolescente, seguidas por lacerações e arranhões.

Lesões em região dorsal, nádegas, órgãos genitais e dorso das mãos podem ajudar no diagnóstico de violência física, pois raramente ocorrem por acidente. Lesões equimóticas com formato definido podem sugerir o tipo de objeto utilizado na agressão, como cintos, fivelas, dedos, colheres, pás e mordidas.

Lesões cutâneas múltiplas em diferentes estágios de evolução, principalmente quando localizadas em regiões protegidas e de difícil visão, podem sugerir violência contra a criança ou adolescente. Desta forma, é importante estar atento às equimoses que se apresentem em diferentes estágios de evolução:

- Lesão roxa: indica que o trauma ocorreu há menos de três dias;
- Lesão pardo-esverdeada: significa transformação em metemoglobina e hemossiderina, devido à ausência de oxigenação; e o amarelo-esverdeado, em hemossiderina, correspondendo a trauma provocado entre três e sete dias;
- Lesão amarelada e amarelo-amarronzada: significa transformação em hematóidina, ocorrida entre sete e 30 dias.

Queimaduras aparecem em 10% das crianças submetidas a agressões físicas. Lesões agudas ou cicatriciais com forma numular em mãos ou pés podem sugerir queimaduras por cigarro. As queimaduras por imersão surgem mais frequentemente em nádegas, pés e mãos, sendo diferentes daquelas causadas por acidentes, por não indicarem marcas de respingos do líquido quente e acometerem menos as áreas com pregas cutâneas.

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos para qualquer lesão, manchas ou sangramentos encontrados nessas crianças e adolescentes durante o exame físico e que não foram mencionadas pelos seus responsáveis na anamnese.

#### 4. Esqueleto:

Fraturas ósseas ocorrem em 10 a 15% dos traumas acidentais da infância e em aproximadamente 30% das crianças submetidas à violência física.

Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação são típicas de violência física, da mesma forma que as fraturas clinicamente não suspeitáveis através da anamnese.

Nos casos de violência física é frequente o encontro das seguintes fraturas:

- **Metafisiárias:** bastante sugestivas de violência; a força do trauma é aplicada nas zonas de inserção ligamentar, ocorrendo arrancamento de fragmentos ósseos e fratura transmetafisiária.
- **Arcos costais posteriores (5 a 27% de todas as fraturas por violência física):** geralmente múltiplas, bilaterais e próximas das articulações costovertebrais, são frequentes no primeiro ano de vida, em crianças vítimas da modalidade "*shaken baby*" onde, ao serem violentamente sacudidas, ocorre compressão ântero-posterior do tórax com as mãos dos adultos e compressão secundária do extremo posterior das costelas contra as respectivas apófises transversas. São raras nos traumas acidentais de crianças, exceto em traumas não intencionais de grande magnitude.
- **Diafisárias espiralares de úmero ou fêmur:** mesmo isoladas, sugerem fortemente a hipótese de violência física e ocorrem por torção e rotação forçada da extremidade.
- **Do extremo distal da clavícula e da escápula:** diferem das fraturas acidentais da clavícula que ocorrem em seu terço médio.
- **Metacarpais e metatarsais:** geralmente acompanhadas de outras fraturas; ocorrem quando adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças.
- **De epífises e metáfises:** sugerem violência física por necessitarem de forças extras para serem produzidas, não somente simples quedas ou impacto direto; nos traumas acidentais as fraturas de diáfise são quatro vezes mais frequentes.

## **5. Sistema nervoso central:**

Os traumas do sistema nervoso central causados por violência física são os mais graves, pois acarretam alta mortalidade. A frequência de traumas cranianos não intencionais em crianças até o segundo ano de vida é relativamente alta, entretanto, somente aqueles decorrentes de acidentes automobilísticos ou de quedas de alturas superiores a 1,50m costumam provocar lesões significativas no sistema nervoso central.

Convulsões, letargia ou coma sugerem hemorragias epidural, subdural ou subaracnóidea com risco de morte.

## **6. Exame ginecológico:**

O exame ginecológico completo deve ser realizado em todos os casos de violência sexual (confirmados ou suspeitos), independentemente das providências legais tomadas até o momento. Se necessário, o profissional deve realizá-lo sob narcose da paciente, a fim de evitar nova violência decorrente de um exame forçado. Para isto é necessário o consentimento informado que, se não autorizado pelo(s) responsável(is) legal(is), deve ser solicitado ao Juiz da Vara da Infância e Juventude, por meio de relatório médico que justifique tal procedimento.

Devem ser procurados sinais de lesões dos fôrnices vaginais, especialmente o posterior, lesões do trato urinário, sinais de doenças sexualmente transmissíveis ou de gestação.

## **3.3. Síndrome do Bebê Sacudido - "*Shaken Baby Syndrome*":**

Caracteriza-se por lesões no sistema nervoso central e hemorragias oculares em crianças menores de três anos de idade, provocadas por "sacudidas" não necessariamente prolongadas; ao contrário, podem ser bastante breves e ocorrerem apenas uma ou repetidas vezes durante vários dias, semanas ou meses.

A criança vítima desta modalidade de violência costuma estar no primeiro ano de vida e, usualmente, com menos de seis meses de idade; em geral é do

sexo masculino, cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão. O motivo da agressão se dá porque a criança realizou algum ato (sobre o qual não tem domínio, como ter fome ou chorar), que desagrada a quem cuida dela. A grande maioria dos agressores (90%) é homem, sendo o pai biológico o mais comum. Quando o agressor é do sexo feminino é mais provável ser a babá do que a mãe biológica.



Os sinais e sintomas podem ser leves ou graves e não são específicos. Entre eles estão: diminuição do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, diminuição na aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração do ritmo respiratório incluindo apnéia, coma e postura em opistótono.

Lesões esqueléticas aparecem em até 50% dos casos, mas sua presença não é requerida para o diagnóstico. Fratura em arco posterior da costela reforça o diagnóstico e fraturas de ossos longos, embora não sejam típicas da síndrome, podem estar presentes.

A hemorragia subdural é consequente à ruptura das veias pontes no espaço subdural. Hemorragia retiniana é comum em crianças vítimas desta síndrome e rara em lesões ocasionadas por outros motivos. Crianças com trauma craniano leve ou moderado, como aqueles decorrentes de queda do berço, não a exibem. Mesmo em traumas não intencionais graves, como acidentes automobilísticos, a hemorragia retiniana foi observada em menos de 3% das crianças estudadas.

Nestes casos, um terço das crianças pode evoluir com sequelas como hemorragias oculares, cegueira ou lesões oftalmológicas, lesões encefálicas, atraso do desenvolvimento neuromotor, convulsões e lesões de medula espinhal, e um terço delas evolui para óbito.

A Síndrome do Bebê Sacudido não apresenta qualquer lesão que lhe seja exclusiva, mas sabe-se que a combinação de hemorragias retiniana e subdural em lactente ou criança pequena, na ausência de justificativa adequada, aumenta o grau de suspeita de lesão abusiva.

### 3.4. Avaliação Laboratorial

A indicação de avaliação laboratorial e/ou radiológica deve ser direcionada pelo quadro clínico, podendo ser solicitados:

- Exames Hematológicos: hemograma completo com plaquetas; coagulograma;
- Exames Bioquímicos: CPK (quase sempre aumentada em casos de traumas); amilase, transaminases e  $\gamma$ GT (trauma abdominal);
- Urina tipo I;
- Sangue e urina para investigar intoxicação exógena;
- Pesquisa das doenças sexualmente transmissíveis nos casos de abuso sexual;
- Pesquisa de gravidez nos casos de abuso sexual.

### 3.5. Exames Radiológicos

Nas vítimas de violência física, o estudo radiológico deve ser realizado de acordo com dados da história e exame físico, ao ser verificada alguma lesão suspeita.

Nas crianças com dois anos ou menos e nos pacientes que não se comunicam, havendo suspeita, deve-se realizar exame radiológico de todo o esqueleto, mesmo não existindo evidências de trauma esquelético ao exame físico. Nas crianças existindo que se expressam verbalmente e nos adolescentes devem ser radiografadas as áreas suspeitas, doloridas ou com limitação de movimentos.

Ultrassonografias, tomografias computadorizadas e ressonância nuclear magnética devem ser realizadas se houver indicação, de acordo com o quadro clínico.

## 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas lesões podem sugerir outras situações não relacionadas com violência física, sendo necessário estar atento para o diagnóstico diferencial. Essas lesões são:

**Hematomas:** a história clínica cuidadosa e o exame físico são essenciais para avaliar a etiologia das hemorragias, devendo ser considerados os traumas não intencionais, distúrbios de coagulação, meningites, sepse, erros inatos do metabolismo e envenenamento por monóxido de carbono.

**Fraturas:** na presença de fraturas devem ser consideradas outras afecções como: traumatismo de parto, osteomielite, intoxicação por vitamina A, osteogênese imperfeita, sífilis congênita, hiperostose cortical infantil (Doença de Caffey) e escorbuto.

**Hemorragias retinianas:** a causa mais comum de hemorragias retinianas não abusivas é o trauma de parto, podendo aparecer em até 14% das crianças, porém estas se resolvem rapidamente e não causam perda de visão por tempo prolongado. Portanto, o aparecimento de hemorragia após a sexta semana de vida é sugestivo de violência ("*shaken baby*").

**Hemorragia intracraniana:** ruptura de vasos da subaracnóide por malformações ou aneurisma é muito rara em crianças abaixo de três anos. A ausência de hemorragia retiniana e a localização de hemorragia na bainha do nervo óptico distinguem casos de hemorragia por malformação vascular daquelas da síndrome do bebê sacudido ("*shaken-baby*").

## 5. CONDUTA

O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças e adolescentes deve fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessas situações que são de extrema complexidade. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com essa questão.

Dentre os profissionais da saúde, especialmente o pediatra e o hebiatra desempenham papel fundamental no levantamento da suspeita, confirmação

do diagnóstico, tratamento das lesões e possíveis sequelas, no acompanhamento e desencadeamento das medidas de proteção legais cabíveis a cada caso.

Os profissionais da saúde normalmente encontram muitas dificuldades quando se deparam com situações de violência contra crianças e adolescentes, principalmente devido à falta de preparo técnico, ao fato dessas situações envolverem a transgressão de questões morais e sociais, além do medo ou recusa em envolver-se com o que é considerado culturalmente como problema "de família" ou de justiça. Faz-se, portanto, necessário o treinamento para capacitar os profissionais para o adequado atendimento dessas famílias.

## 5.1. Atendimento integral

O atendimento às crianças e adolescentes em situações de violência deve ser realizado, necessariamente, por equipe multidisciplinar e multiprofissional com as seguintes características: capacitada (com conhecimentos básicos sobre a temática), integrada, institucionalizada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições.

As atribuições dos profissionais da equipe envolvem várias etapas:

1. **Acolhimento:** Ouvir atentamente, não julgar a partir de seus preconceitos, refletir sobre o caso e avaliá-lo com outros profissionais da equipe.
2. **Proteção:** Não agir prematura ou impulsivamente, buscar informações complementares sobre o caso, pensar em formas de intervenção e encaminhamento (medidas protetivas) junto à equipe.
3. **Intervenção:** Cabe à equipe multiprofissional decidir sobre a melhor forma de intervenção e encaminhamento dos casos. A questão da violência deve ser vista como um problema familiar e social e não apenas relacionado à vítima e ao agressor.
4. **Prevenção:** Ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atendimento às vítimas de maus-tratos, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência contra crianças e ado-

lescentes. Os profissionais precisam estar dispostos a dar orientações aos pais, desde o período da gestação, no sentido de ajudá-los a desenvolverem uma percepção real da criança e do adolescente, ensinando-os sobre as possibilidades e necessidades dos filhos. Discussões sobre violência devem ser estimuladas entre os diferentes profissionais e destes com a comunidade em geral. Nesses espaços podem ser apresentadas as formas de violência, suas causas, consequências e deve-se discutir sobre o que pode ser feito para evitá-la.

## 5.2. Atendimento Médico

O papel do médico diante de um caso de violência envolve diversas atribuições, entre elas:

- identificar ou levantar suspeita sobre os casos trazidos a seu conhecimento através da anamnese e exame físico;
- prestar o atendimento emergencial necessário (clínico e/ou cirúrgico), independentemente da situação da investigação policial;
- prestar atendimento ambulatorial e interagir com os demais membros da equipe multiprofissional;
- colher, durante o atendimento emergencial dos casos de abuso sexual, material para provas forenses;
- prescrever a contracepção de emergência e a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (ver protocolos correspondentes) nos casos de abuso sexual;
- encaminhar, se necessário, os casos de gestação comprovada para os serviços que oferecem abortamento legal.

Não existe impedimento legal ou ético para o atendimento médico da criança ou adolescente vítima 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, procedimen-



tos médicos indicados para o caso e a respectiva conduta). 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.

Após o atendimento médico, o responsável pela criança ou adolescente poderá lavrar Boletim de Ocorrência Policial em uma delegacia e o paciente, se possível, ser submetido a exame pelos peritos do Instituto Médico Legal (IML). Se, por qualquer motivo, não houver a possibilidade de realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos poderão fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico.

É necessária, para fins judiciais nos casos de abuso sexual, a coleta de material para provas forenses.

O ideal, quando não houver risco para o paciente, é que o médico perito do IML faça a avaliação e coleta deste material antes de qualquer outro procedimento. É desejável integrar os procedimentos relacionados à assistência médica e jurídica criando-se centros de referência para atendimento às vítimas de abuso sexual. Desta forma evita-se a necessidade constrangedora de repetidos relatos da agressão, bem como a submissão do paciente a repetidos exames realizados por profissionais diferentes.

Nos casos em que houver demandas médicas urgentes ou emergenciais, as provas forenses devem ser colhidas nos locais de atendimento, da seguinte forma:

### **1. Para identificação de espermatozóides:**

- Esfregaço de secreção vaginal (colher em até 72 horas) ou anal (colher em até 6 horas) em 3 lâminas de vidro (deixar secar em ar ambiente e proteger em embalagem própria para lâminas).

### **2. Para identificação do DNA do agressor:**

- Colher secreção vaginal, oral ou anal por meio de *swab* ou similar e acondicionar em papel filtro estéril (deixar secar em ar ambiente por pelo menos 6 horas).

### **3. Pêlos que não os do paciente:**

- Se encontrados com bulbo, permitem a identificação do DNA.

O material coletado, após secar, deve ser guardado em envelope de papel lacrado, com a identificação da criança ou adolescente, e este mantido em ambiente climatizado; quando possível, deve ser congelado. Não utilizar sacos plásticos, pelo 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 do mesmo deve estar clara e precisamente anotado no prontuário em papel.

É importante lembrar que o Prontuário pertence ao paciente, portanto está sujeito a sigilo profissional, que só pode ser revelado com autorização expressa do paciente ou seus responsáveis legais, justa causa ou dever legal (Capítulo IX do Código de Ética Médica - artigos 102 a 109).

### **5.3. Atendimento psicoterápico**

A criança ou adolescente vítima de qualquer forma de violência deve ser encaminhada para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência pode deixar marcas psicológicas profundas na sua personalidade e comportamento. É importante ressaltar que, nos casos de violência doméstica, a família deve ser também avaliada quanto à pertinência do acompanhamento psicológico, a fim de que a questão seja trabalhada como um todo para que se torne possível quebrar a perpetuação desse problema familiar.

### **5.4. Atendimento social**

O serviço social deve seguir algumas etapas, a fim de levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses preliminares para a compreensão dos casos de violência. São atribuições do serviço social:

- elaborar relatórios sociais, abrangendo o registro das informações que podem ser constantemente atualizadas, as quais se constituem em subsídios para as decisões da equipe;

- informar e esclarecer o usuário sobre direitos e deveres relativos à proteção da criança e do adolescente;
- oferecer serviços e recursos disponíveis em políticas públicas ou demais organizações;
- fortalecer os usuários, principalmente os responsáveis, enquanto cidadãos políticos, passíveis e co-responsáveis por mudanças sociais;
- realizar estudos sócio-econômicos para avaliação de renda e conhecimento das condições sociais da família;
- manter contatos com instituições jurídicas, sociais, de saúde e educacionais.

## 5.5. Internação Hospitalar

Quando a criança ou adolescente em situação de violência apresentar lesões leves e não for detectado risco de revitimização com o seu retorno para a residência, deve-se notificar o Conselho Tutelar da região de residência do paciente mediante o preenchimento da Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violências e Acidentes (Anexo 1) ou, na falta desta, de relatório da equipe multiprofissional encaminhado no primeiro dia útil após o ocorrido.

Considera-se como risco de revitimização o fato do agressor não ser controlável ou a família ou cuidadores do paciente não parecerem competentes e capazes de proteger a criança ou adolescente.

Na presença de lesões graves ou quando o retorno da criança ou adolescente para sua residência puder resultar em revitimização, esta deve ser internada, para que permaneça sob a proteção da instituição hospitalar e deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude da região de moradia do paciente. Tal notificação precisa ser realizada mediante ofício contendo relatório da equipe multiprofissional e preenchimento da Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violências e Acidentes.

Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de cada região cabe decidir o encaminhamento a ser dado ao caso. A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e da decisão judicial.

Após a alta hospitalar a criança ou adolescente, assim como suas famílias, deverão ser encaminhadas para acompanhamento ambulatorial por equipe multiprofissional.

## 6. NOTIFICAÇÃO

Notificação pode ser definida como a informação emitida pelo setor da saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados à proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

O ato de notificar desencadeia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos dentro da família ou por parte de qualquer agressor.

No ano 2000, o Estado de São Paulo, através da Lei nº 10.498, estabeleceu a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes. O artigo 66 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime a omissão de comunicação de um crime.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu artigo 13, estabelece que a autoridade competente é o Conselho Tutelar do local de residência da criança ou adolescente em situação de violência. Nas localidades onde o Conselho Tutelar é inoperante, a comunicação pode ser feita diretamente à Vara da Infância e Juventude da localidade de moradia da vítima. É recomendável que a notificação seja realizada através da Instituição (hospital, unidade básica de saúde, etc.).

No âmbito federal, a Portaria 737, de 16/05/01, do Ministério da Saúde, criou a "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência" e a Portaria 1.968, de 20/10/01, do Ministério da Saúde, tornou compulsória, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional, a notificação de todos os casos, suspeitos ou confirmados, de maus tratos contra crianças e adolescentes.

O cuidado integral à criança e ao adolescente em situação de violência implica em organizar e integrar as redes sociais de proteção, como Assistência

Social, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude e outros.

O Decreto Municipal nº 44.142<sup>1</sup>, de 20 de novembro de 2003, determina que os casos de violência contra crianças e adolescentes serão comunicados pelas Secretarias Municipais ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar.

A Secretaria Municipal de Saúde implantou a Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência e Acidentes (Anexo 1), atendendo às diversas legislações de âmbito federal, estadual e municipal que colocam a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde dos casos de violência que chegam aos serviços de saúde. A ficha de notificação faz parte do Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes - SIVVA, um aplicativo com a finalidade de produzir informações sobre esses agravos. O Decreto 48.421, de 06/06/07, regulamenta a Lei 13.671, de 26/11/03, que dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência - PIVV, no Município de São Paulo e determina que o Programa esteja sob a responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde e que a notificação dos casos de violência é compulsória para toda a rede de saúde (pública e privada). A Ficha de Notificação estará disponível na internet para os estabelecimentos de saúde cadastrados pelo sistema.

Este sistema constitui uma ferramenta importante para romper o silêncio e a invisibilidade, em especial nos casos de violência doméstica, sexual e de gênero. Associar a identificação da violência contra a criança e o adolescente segundo o tipo de violência e de vulnerabilidade como gênero, raça/cor, escolaridade e deficiência, são imprescindíveis para o estabelecimento de critérios de intervenção que contemplem esta diversidade. Nesta avaliação, o preenchimento correto destes quesitos constitui um dos passos que será fundamental para compreender a complexidade do fenômeno da violência nesse grupo populacional.

Assim, produzir informações em saúde sobre a violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes atendidas na rede de saúde da cidade de São Paulo, constitui uma ação necessária para dimensionar o seu impacto na vida das pessoas, nos serviços de saúde e para elaborar estratégias de intervenção com vistas à superação da violência.

---

<sup>1</sup>Decreto que dá nova redação ao parágrafo único do artigo 2º do Decreto n 43.667, de 26 de agosto de 2003, regulamentando a Lei nº 13.198, de 30 de outubro de 2001.

Vale ressaltar que a notificação não tem poder de denúncia policial, mas tem a finalidade de chamar o Poder Público à sua responsabilidade.

A notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos é de responsabilidade de qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de violação dos direitos da criança e do adolescente.

O artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos por médicos, professores ou responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, estando os mesmos sujeitos à multa de três a vinte salários de referência.

O profissional da saúde deve conversar com a família, mostrando sensibilidade ao problema pelo qual ela está passando e explicar a importância da notificação, a fim de que esta família receba ajuda adequada para enfrentar e lidar com tal situação. É fundamental que os profissionais tenham em mente que o vínculo estabelecido entre o Serviço de Saúde e a pessoa que acompanha o paciente precisa ser fortalecido para que o tratamento à vítima e à sua família tenha continuidade.

## **7. PROFILAXIA**

### **7.1. Profilaxia da gravidez indesejada decorrente de violência sexual**

Deverão receber a contracepção de emergência (CE):

- Pacientes expostas ao risco de gravidez decorrente da violência sexual através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, incluindo-se o período menstrual.
- Adolescentes após a menarca.
- Adolescentes sem uso de método contraceptivo no momento da violência.
- Violência sexual ocorrida nas últimas 72 horas, podendo ser estendida até 120 horas.

#### Aspectos fundamentais:

- A CE não é método abortivo; atua de maneira a impedir a gestação. Dessa forma, a CE não é capaz de interromper uma gestação, em tempo algum.
- Mecanismos de ação da CE hormonal: a) inibição ou atraso da ovulação (se usada antes do pico do LH); b) disfunção luteolítica; c) alteração da motilidade tubária. A ação de cada efeito depende da fase do ciclo menstrual em que a CE for administrada.
- A CE hormonal é um método seguro, eficiente e bem tolerado. Sua eficácia é significativamente maior quanto mais cedo é iniciada, podendo prevenir até 99% das gestações decorrentes de violência sexual.
- O uso de progestágenos deve ser a primeira opção para a CE hormonal, devido à sua maior eficácia. As taxas de reações adversas também são menores, bem como a intensidade das mesmas.

#### Recomendações principais:

- Os métodos hormonais para a CE devem ser iniciados nas primeiras 72 horas da violência sexual, podendo ser estendida até 120 horas. A administração após este período não apresenta nenhum efeito contraceptivo, além de poder acarretar reações adversas desnecessárias.
- Para a maioria das pacientes em uso de CE, o sangramento menstrual deverá ocorrer em torno da data habitualmente prevista. Apenas um pequeno percentual delas terá algum sangramento imediato após o término da CE ou apresentará antecipação ou atraso menstrual significativo.
- As reações adversas mais comuns incluem náuseas, vômitos, cefaléia, mastalgia e tonturas. Se ocorrerem vômitos nas primeiras 2 horas, deve-se repetir a dose da CE, podendo ser utilizado um antiemético previamente. Raramente se observam reações adversas graves.
- Nos casos de falha da CE não há indícios de efeitos teratogênicos ou aumento do risco de gravidez ectópica.
- Não há contra-indicações para a utilização da CE com o uso de progestágenos.

Regimes de Administração da Contracepção de Emergência:

**a) Primeira escolha:**

Progestágenos: dose de 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. Pode-se utilizar levonorgestrel 0,75 mg (2 comprimidos) ou levonorgestrel 1,5 mg (1 comprimido), VO, em dose única.

**b) Segunda opção:**

Método de Yuzpe: 200 µg de etinilestradiol associado a 1g de levonorgestrel, em duas doses. Podem ser utilizadas:

- a) pílulas contendo 50 µg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel, 2 comprimidos, VO, a cada 12 horas, total de 4 comprimidos ou
- b) pílulas contendo 30 µg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel, 4 comprimidos VO, a cada 12 horas, total de 8 comprimidos.

## 7.2. Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

O Ministério da Saúde recomenda os seguintes esquemas para profilaxia das DST não virais e virais nos casos de violência sexual:

### 7.2.1. Profilaxia das DST não virais em adolescentes com mais de 45 Kg

a. Profilaxia da sífilis: Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única.  
Aplicar 1,2 milhões UI em cada glúteo.

+

b. Profilaxia da Gonorréia: Ciprofloxacina 500mg ou Ofloxacina 400mg, VO, dose única.

+

c. Profilaxia da clamídia e do cancro mole: Azitromicina 1g, VO, dose única.

**+ (ou não)**

d. Profilaxia da tricomoníase: Metronidazol 2g, VO, dose única.



## 7.2.2. Profilaxia das DST não virais em crianças, gestantes e adolescentes com menos de 45 Kg

a. Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única. Aplicar 1,2 milhões UI em cada glúteo. Nos menores de 45 Kg e crianças: 50 mil UI/Kg (máximo: 2,4 milhões UI).

+

b. Ceftriaxona, IM, dose única. Gestantes: 250mg; crianças e menores de 45Kg: 125mg.

+

c. Azitromicina, VO, dose única. Gestantes: 1g; crianças e menores de 45Kg: 20mg/Kg (máximo 1g).

+ (ou não)

d. Metronidazol, VO. Gestantes: 250mg, 3 vezes/dia, por 7 dias (evitar durante o primeiro trimestre da gravidez); crianças e menores de 45Kg: 15mg/Kg/dia, de 8/8 horas, por 7 dias (máximo 2g).

### Observações:

1. Não devem receber profilaxia para DST não virais as vítimas de violência sexual submetidas à exposição crônica e repetida ao agressor, situação comum nos casos de violência intrafamiliar, ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o ato sexual.
2. Como a tricomoníase apresenta baixo impacto para a saúde reprodutiva, a administração profilática de metronidazol é facultativa.
3. O uso de Ofloxacina é contraindicado em crianças e adolescentes com peso menor do que 45Kg.
4. A gravidez não contraindica a profilaxia para as DST não virais, independentemente da idade gestacional. Entretanto, visando a segurança fetal, alguns medicamentos devem ser substituídos. Por exemplo: o metronidazol, assim

como o tinidazol e o secnidazol, deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez. As quinolonas são contraindicadas durante a gestação.

#### 5. Alternativas para a profilaxia das DST não virais:

- sífilis: em gestantes: Estearato de eritromicina, 500mg, VO, cada 6 horas, por 15 dias;  
em crianças e < 45Kg: Estearato de eritromicina, 50mg/Kg/dia, VO, cada 6 horas, por 15 dias;
- gonorréia: em gestantes: Ceftriaxona, 250mg, IM, dose única;  
em crianças e < 45Kg: Ceftriaxona, 125mg, IM, dose única;
- clamídia: em gestantes: Estearato de eritromicina, 500mg, VO, cada 6 horas, por 7 dias;  
em crianças e < 45Kg: Estearato de eritromicina, 50mg/Kg/dia, VO, cada 6 horas, por 10 a 14 dias;
- cancro mole: em gestantes: Estearato de eritromicina, 500mg, VO, cada 6 horas, por 7 dias ou Ceftriaxona, 250mg, IM, dose única;  
em crianças e < 45Kg: Ceftriaxona, 125mg, IM, dose única;
- tricomoníase: em gestantes: Secnidazol ou Tinidazol, 2,0g, VO, dose única. Evitar durante o primeiro trimestre da gravidez;  
em crianças e < 45Kg: Secnidazol 10mg/Kg, VO, dose única.

### 7.2.3. Profilaxia da Hepatite B

- a. Todos os pacientes em situação de violência sexual não imunizados ou com esquema vacinal incompleto devem receber dose única de Imunoglobulina Hiperimune para Hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/Kg, via IM. Se a dose ultrapassar 5ml, a aplicação deve ser dividida em duas áreas corporais diferentes, em extremidade diferente da aplicação da vacina. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora o ideal

seja utilizá-la nas primeiras 48 horas. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

- b. A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide ou na região do vasto lateral da coxa, completando esquema de três doses.
- c. A gravidez não contraindica a imunização para hepatite B nem a aplicação da IGHAHB, independentemente da idade gestacional.
- d. Não existe, até o momento, imunoprofilaxia para hepatite C.
- e. Não devem receber imunoprofilaxia para hepatite B: os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida ao mesmo agressor; se o agressor for sabidamente vacinado; ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o ato sexual.

#### **7.2.4. Profilaxia da Infecção pelo HIV**

- a. Deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal e o estado sorológico do agressor não puder ser conhecido em menos de 72 horas.
- b. Nas situações de violência com sexo oral exclusivo, não existem, até o momento, evidências para assegurar a indicação da profilaxia, mesmo que tenha ocorrido ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, devem ser ponderados os riscos e benefícios e a decisão deve ser individualizada.
- c. Não devem receber profilaxia para HIV os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida ao mesmo agressor ou quando ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o ato sexual.
- d. Deve ser realizado, sempre que possível, o teste anti-HIV no agressor, mesmo que após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral se o resultado for negativo.
- e. O teste rápido do agressor, desde que o mesmo possa ser realizado em menos de 72 horas, pode ser indicado para a tomada de decisão a respeito da introdução ou não da quimioprofilaxia.

- f. Se o agressor for sabidamente HIV positivo e estiver em tratamento com anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para a profilaxia deverá ser individualizada, idealmente sob a orientação do infectologista. Nesses casos, indica-se o uso de esquemas habituais.
- g. A profilaxia da infecção pelo HIV com o uso de anti-retrovirais, deve iniciar-se no menor prazo possível, no máximo em 72 horas após a violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, ininterruptamente, por quatro semanas consecutivas.

### Esquema recomendado para adultos e adolescentes:

O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas.

Associar: **Zidovudina**<sup>~</sup> (AZT) 300mg + **Lamivudina**<sup>~</sup> (3TC) 150mg (inibidores da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, preferencialmente combinados na mesma formulação

+

**Nelfinavir**\* (NFV) 750mg ou **Indinavir**<sup>~</sup> (IDV) 800mg (inibidores da protease), a cada 8 horas.

(-) = Estas doses são recomendadas para adolescentes em estágio puberal de Tanner 4 e 5.

Duração do esquema: 30 dias.

O **Indinavir** pode ser associado ao **Ritonavir** (RTV). Neste caso, utiliza-se **Indinavir**<sup>~</sup> (IDV) 800mg + **Ritonavir** (RTV) 100 a 200 mg a cada 12 horas.

Deve-se lembrar que o Ritonavir interage de forma importante com o Metronidazol e seus substitutos, não devendo ser utilizados concomitantemente.

Nas gestantes: o esquema preferencial é a associação de AZT, 3TC e NFV\*, nas doses acima indicadas. Não é recomendado o uso da nevirapina ou de outros análogos não nucleosídeos. O Indinavir é contraindicado na gestação.

### Esquema recomendado para crianças:

Recomenda-se uma das seguintes associações como primeira escolha:

- **AZT + 3TC + Nelfinavir** ou
- **AZT + 3TC + Indinavir/Ritonavir** ou
- **AZT + 3TC + Lopinavir/Ritonavir**.

Doses recomendadas:

- AZT (acima de 3 meses e Tanner 1-3): 360 mg/m<sup>2</sup>/dia, a cada 12 horas. Dose máxima: 600 mg/dia.
- 3TC: 4 mg/Kg a cada 12 horas. Máximo: 150 mg cada 12 horas (300 mg/dia).
- NFV: 30 mg/Kg a cada 8 horas. Máximo: 750 mg cada 8 horas. Em menores de 1 ano: 75 mg/Kg a cada 12 horas.
- IDV: 500 mg/m<sup>2</sup> cada 8 horas. Crianças com pequena superfície corporal (< 0,6 m<sup>2</sup>): 300 a 400 mg/m<sup>2</sup> cada 8 horas. Quando associado com RTV: IDV 350 mg/m<sup>2</sup> a cada 12 horas + RTV 125 mg/m<sup>2</sup> a cada 12 horas.
- RTV: 400 mg/m<sup>2</sup> cada 12 horas. Máximo: 600 mg cada 12 horas. Iniciar com dose de 250 mg/m<sup>2</sup> e aumentar 50 mg/m<sup>2</sup> a cada 3 dias, até atingir a dose usual.
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) para crianças de 6 meses a 12 anos: 230/57,5 mg/m<sup>2</sup> a cada 12 horas. Máximo: 400 mg de LPV a cada 12 horas.

(\*) Em 06 de junho de 2007, o Laboratório Roche divulgou nota informando o recolhimento do mercado de todos os lotes do **Mesilato de Nelfinavir** em pó e comprimidos, em vários países, inclusive no Brasil, devido à detecção de impurezas no princípio ativo do medicamento. Portanto, no momento da conclusão deste texto, o Nelfinavir não se encontrava disponível no mercado.

Em 07/06/07, o Ministério da Saúde divulgou a Nota Técnica nº 109/07, sobre a "Orientação para recolhimento e substituição do Nelfinavir", disponível no site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

**Cálculo da superfície corporal em m<sup>2</sup> (SC):**

$$SC = \sqrt{[\text{peso(kg)} \times \text{estat.(cm)}]} / 3600 \Rightarrow (\sqrt{\phantom{x}} = \text{raiz quadrada})$$

$$SC = \{[\text{peso(kg)} \times 4] + 7\} / [\text{peso(kg)} + 90]$$

## 8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência - ABRAPIA. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível na Internet: <http://www.bullying.com.br/BConceituacao21.htm>, acessado em jun/2007.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995; 95(2):314-7.
3. Assis SG; Minayo MCS; Santoro Jr.M. Violência e Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes: Velho Problema com Novas Faces. In: Waksman RD; Gikas RMC. Segurança na Infância e Adolescência. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2003, 137-56.
4. Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças Vitimizadas: a síndrome do Pequeno Poder. São Paulo, Editora Iglu, 1989, 10-15.
5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei federal nº 8.069 de 13/07/1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU de 18/5/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Portaria MS/GM nº 1968 de 25/10/01. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
8. Brasil. Ministério da 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;167: 1-48.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Série Manuais, nº 68, 4ª edição, 2006. Disponível na internet: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) , acessado em jun/2007.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Profilaxia da infecção por HIV em crianças após exposição sexual. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Série Manuais, nº 18, 3ª edição. 2006, p. 137-41. Disponível na internet: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acessado em jun/2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno nº 6, 2007. Disponível na internet: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acessado em jun/2007.
12. Cardoso ACA: Maus-tratos infantis: estudos clínico, social e psicológico de um grupo de crianças internadas no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Medicina, Área de Concentração: Pediatria. São Paulo, 2002.
13. Cardoso ACA, Coelho HMM, Harada MJC S, Hirschheimer MR, Gikas RC, Waksman RD, Lopez RMD. Lerner T. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). *Pediatria Moderna*, 2003, 39:354-62.
14. CRAMI / Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância. Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo, Cortez, Brasília, DF, UNICEF, 2002.
15. Deslandes SF. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994. 40p.
16. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 2005; 81 (5 - Supl): S173-80.
17. Focus Adolescent Services. Disponível na Internet: <http://www.focusas.com/Abuse.html#CHILD%20NEGLECT>, acessado em fev/2007.
18. Harrington D, Black M, Star R, Dubowitz W: Child neglect: relation to child temperament and family context. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:108-16.

19. Hirschheimer MR: Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de acidentes e violência. In: Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, 299-311.
20. Kipper DJ. Maus tratos na infância. Jornal do Conselho Federal de Medicina, fev. 1999.
21. Oselka G, Constantino CF, Hirschheimer MR: Aspectos éticos do relacionamento entre profissional de saúde e o paciente pediátrico. In: Segre M. A questão ética e a saúde humana. São Paulo, Atheneu, 2006, 101-4.
22. Pfeiffer L, Cardon L. Visão atual da violência contra crianças e adolescentes. Revista OAB, OAB. Paraná, 12-2006.
23. Pfeiffer L, Waksman RD, Alves EFS, Cardoso ACA, Frantz JM, Gonçalves MT, Hirschheimer MR, Lerner T, Marinoni LP, Oliveira VL. Violência na Infância e Adolescência. In: Campos JÁ, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente. SBP, Rio de Janeiro, 2003, 195-278.
24. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal, MF. et al. Violência e Criança. São Paulo: EDUSP, 2002, 189-204.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. Rio de Janeiro, 2001.



## 9. ANEXOS

### 9.1. ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – SIVVA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

DADOS DO ATENDIMENTO	Data do Atendimento: ____/____/____ Hora: _____ N° do Prontuário / BE: _____
	Unidade de Saúde: _____ N° CNES: _____
	Endereço: _____ Fone: _____
DADOS GERAIS DO PACIENTE	N° Cartão SUS: _____
	Documento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CN N° do Doc: _____
	Nome: _____
	Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Ignorada
	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda
	Escolaridade (em anos de estudo): <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> de 1 a 3 <input type="checkbox"/> de 4 a 7 <input type="checkbox"/> de 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Pessoa com Deficiência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Múltiplas Deficiências <input type="checkbox"/> Ignorado
	Nome da Mãe: _____
	Endereço de resid: _____ N° _____ Compl: _____
	CEP: _____ Bairro: _____ Distrito Adm: _____
Cidade: _____ UF: _____ Telefone p/ contato: _____	
Nome do Acompanhante: _____ Grau de relacionamento: _____	
Nome do Responsável Legal: _____ Grau de relacionamento: _____	
<input type="checkbox"/> Não foi possível coletar <input type="checkbox"/> Adolescente Emancipado	
Quem Transportou: <input type="checkbox"/> COBOM-193 <input type="checkbox"/> SAMU-192 <input type="checkbox"/> GCM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Ambulância particular <input type="checkbox"/> Particulares	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
ACIDENTE DE TRÂNSITO	Caracterizar a vítima: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Ocupante de veículo <input type="checkbox"/> Ignorado
	Se ocupante de veículo: <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Sem informação se condutor ou passageiro
	Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados <input type="checkbox"/> Metrô ou trem <input type="checkbox"/> Outro transporte terrestre
	<input type="checkbox"/> Transporte aéreo <input type="checkbox"/> Transporte aquático <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____
	Se a vítima for ocupante de veículo, informar se houve: <input type="checkbox"/> Colisão com outro veículo – Especificar: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Outro não-motorizado <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados <input type="checkbox"/> Metrô ou trem
<input type="checkbox"/> Colisão com pedestre ou animal <input type="checkbox"/> Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____	
OUTROS ACIDENTES	<input type="checkbox"/> Queda de um nível a outro – Especificar: <input type="checkbox"/> Escada/Degrau <input type="checkbox"/> Edifício/Laje <input type="checkbox"/> Brinquedo <input type="checkbox"/> Móveis (leito, cadeira, etc.) <input type="checkbox"/> Outro _____
	<input type="checkbox"/> Queda do mesmo nível <input type="checkbox"/> Queda não especificada
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo ou incêndio <input type="checkbox"/> Outras queimaduras <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Mordedura animal <input type="checkbox"/> Choque elétrico
	<input type="checkbox"/> Deslizamento de terra ou inundação <input type="checkbox"/> Sufocação ou aspiração de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração
	<input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância) _____ <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____
AGRESSÃO POR TERCEIROS	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Negligência ou abandono <input type="checkbox"/> Outras síndromes de maus-tratos <input type="checkbox"/> Outro _____
	Se agressão física especificar instrumentos ou meios utilizados: <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação
	<input type="checkbox"/> Meios não especificados <input type="checkbox"/> Outros meios (descrever) _____
	Frequência da agressão: <input type="checkbox"/> 1 única vez <input type="checkbox"/> 2 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 a 9 vezes <input type="checkbox"/> 10 ou mais vezes <input type="checkbox"/> Ignorado
	Provável agressor(a): <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Patrão ou chefe <input type="checkbox"/> Outros conhecidos <input type="checkbox"/> Ladrão ou assaltante <input type="checkbox"/> Outros desconhecidos <input type="checkbox"/> Não informado
	Se o provável agressor for familiar, especificar parentesco: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Filha <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outro _____
Idade aproximada do agressor (a): _____ anos <input type="checkbox"/> Idade ignorada Sexo do agressor (a): <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Ignorado	

AUITO-AGRESSÃO	<b>Instrumento ou meio utilizado:</b> <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância) _____ <input type="checkbox"/> Outros meios (descrever) _____
EVENTO DE INTENÇÃO INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> Envenenamento ou intoxicação (se possível informar qual substância) _____ <input type="checkbox"/> Disparo de arma de fogo <input type="checkbox"/> Exposição a vapores, gases ou objetos quentes <input type="checkbox"/> Quedas <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo ou incêndio <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Impacto de veículo a motor <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros (descrever) _____
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	<b>Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso de Alcool antes do evento que determinou a lesão:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <b>Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <b>A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> não se aplica
DADOS DA OCORRÊNCIA	<b>Identificação da ocorrência:</b> Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data Ignorada Horário aproximado da ocorrência: _____ Horas <input type="checkbox"/> Horário Ignorado Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Bar e afins <input type="checkbox"/> Escolas <input type="checkbox"/> Creche/asilo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____ <b>Endereço da ocorrência (exceto para residência):</b> Nome do local, se conhecido: _____ Rua/Av: _____ Nº _____ Compl: _____ CEP (____) (____) (____) (____) (____) (____) Bairro: _____ Distrito Adm.: _____ Cidade: _____ Ponto de referência: _____
	<b>Descrição sumária do ocorrido:</b> _____ _____
CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE	<b>Tipo de lesão (marcar somente uma opção):</b> <input type="checkbox"/> Traumatismo superficial <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Luxação – Entorse – Distensão <input type="checkbox"/> Traumatismo de nervos <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Traumatismo de medula espinhal <input type="checkbox"/> Traumatismo de vasos <input type="checkbox"/> Traumatismo de tendões e músculos <input type="checkbox"/> Amputação traumática <input type="checkbox"/> Traumatismo de órgão interno (para cabeça, tórax ou abdômen/dorso/pelve) <input type="checkbox"/> Politraumatismo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Corpo estranho em orifício natural <input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ <b>Local da lesão (marcar somente uma opção):</b> <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Olho e/ou órbita ocular <input type="checkbox"/> Ouvido <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Abdome/dorso/pelve <input type="checkbox"/> Aparelho digestivo <input type="checkbox"/> Trato genito-urinário <input type="checkbox"/> Tronco - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Ombro e braço <input type="checkbox"/> Cotovelo e antebraço <input type="checkbox"/> Punho e mão <input type="checkbox"/> Membro superior -segmento não especificado <input type="checkbox"/> Quadril e coxa <input type="checkbox"/> Joelho e perna <input type="checkbox"/> Tornozelo e pé <input type="checkbox"/> Membro inferior - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Coluna - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Múltiplas regiões do corpo <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ <b>Se síndromes de maus-tratos especificar (marcar somente uma opção):</b> <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Sevícias físicas (síndromes de espancamento) <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abuso psicológico <input type="checkbox"/> Formas mistas de maus-tratos <input type="checkbox"/> Síndrome de maus-tratos não especificada <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____
	<b>Diagnóstico da lesão mais relevante – usar para descrever e/ou complementar informação do quadro acima:</b> _____ _____
EVOLUÇÃO DO CASO	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Em observação <input type="checkbox"/> Acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Recebido em óbito <input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento
ENCAMINHAMENTOS	<input type="checkbox"/> Ambulatório (rede básica ou especializada) <input type="checkbox"/> Ambulatório do Hospital <input type="checkbox"/> Hospital/PS <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Grande Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Vara da Infância e Juventude <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros serviços _____
	<b>Nome do responsável pelo preenchimento:</b> _____ <b>Inscrição no Conselho Profissional:</b> C_ R_ _ _ Número: _____

## 9.2. ANEXO 2

### CONSELHOS TUTELARES DA CIDADE DE SÃO PAULO

#### CENTRO

##### **Sé, República, Brás, Bom Retiro, Aclimação, Consolação, Santa Cecília, Liberdade, Cambuci, Bela Vista**

Praça da República, 150 - Centro

Cep 01045-000

Telefone: 3259-9282 / Fax: 3259-8016

Celular de plantão: 9991-4268 / 7283-6593

#### ZONA LESTE

##### **1. Aricanduva, V.Formosa, V.Carrão**

Rua Eponina, 82 - Vila Carrão

Cep 03426-010

Telefone: 6191-0686 / 6197-2619 / 6941-2234 R. 251

Celular de Plantão: 7283-6546 / 7283-6540

##### **2. Sapopemba**

Rua José De Queiroz Matos, 216

Cep 03922-040

Telefone: 6702-9628

Fax: 6103-2827

Celular de Plantão: 7283-6542 / 7283-6521

##### **3. MÓOCA (MÓOCA, Belém, Tatuapé, Água Rasa)**

João Tobias, 10 - Tatuapé

Cep: 03163-060

Telefone: 6698-6817

Fax: 6692-5259

Celular de Plantão: 7283-6519 / 7283-6719

##### **4. Lajeado**

Rua Professor Cosme Deodato Tadeu, 136

Cep 08450-380

Telefone: 6557-0334 / 6557-9388

Fax: 6557-0334

Celular de Plantão: 7283-6551 / 7283-6568

### **5. Jardim Helena**

Rua Mandobi, 32

Cep 08081-550

Telefone: 6581-6508 / 6585-7111

Fax: 6581-2210

Celular de Plantão: 7283-6675 / 7283-6729

### **6. Itaim Paulista/Vila Curuça**

Rua Caraipê das Águas, nº 23/23b

Cep 08161-360

Telefone: 6572-0216

Fax: 6561-6941

Celular de Plantão: 9604-8187 / 9604-9439

### **7. Cidade Tiradentes**

Rua Sarah Kubitechk, 165 - Cidade Tiradentes

Cep 08474-000

Telefone: 6282-3940

Fax: 6285-3999

Celular de Plantão: 9633-4733 / 7283-6725

### **8. Ermelino Matarazzo (Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa)**

Avenida São Miguel, 5500 - Ermelino Matarazzo

Cep 03870-000

Telefone: 6141-6094 / 6142-7101

Fax: 6148-6585 R. 218

Celular de Plantão: 7283-6692 / 7282-6705

### **9. Guaianazes (Guaianazes, José Bonifácio)**

Rua Ismael da Rocha, 79 - Guaianazes

Cep 08410-050

Telefone: 6557-1911 / 6557-9953

Fax: 6961-6822

Celular de Plantão: 7283-6659 / 7283-6586

### **10. Itaquera (Itaquera, Parque do Carmo, Cidade Líder)**

Rua Sábado D'Angelo, 2085 - Itaquera

Cep 08215-790

Telefone: 6521-7925

Fax: 6525-0016 Ramal 222

Celular de Plantão: 7283-6554 / 7283-6589

**11. Penha (Penha, Vila Matilde, Cangaíba, Artur Alvim)**

Rua Candapuí, 492 - Vila Marieta  
Cep 03621-000  
Telefone: 6091-6966  
Fax: 6098-1104  
Celular de Plantão: 7283-6552 / 7283-6517

**12. São Mateus (São Mateus, São Rafael, Iguatemi)**

Rua Ragueb Chohfi, 1400  
Cep 08375-000  
Telefone: 6117-2416  
Celular de Plantão: 7283-6478 / 7283-6516

**13. São Miguel Paulista (São Miguel, Vila Jacuí)**

Rua Dona Ana Flora Pinheiro De Souza, 76  
Cep 08060-150  
Telefone: 6956-9961 / 6956-5757  
Fax: 6956-6077  
Celular de Plantão: 7283-6529 / 7283-6537

**14. Vila Prudente (Vila Prudente, Parque São Lucas)**

Rua Elídia Maria De Jesus, 42  
Cep 03156-290  
Telefone: 6918-0271 / 6101-3254  
Fax: 6918-0369  
Celular de Plantão: 7283-6443 / 7283-6472

## **ZONA NORTE**

**1. Casa Verde/Cachoeirinha**

Rua Brasilisa Alves de Carvalho, 414  
Cep 02510-030  
Telefone: 3966-9044 / 3955-1072  
Fax: 3858-6031  
Celular de Plantão: 7283-6532 / 7283-6574

**2. Jaçanã/Tremembé**

Rua Benjamim Pereira, 929 - Jaçanã  
Cep 02274-001  
Telefone: 6241-9910 / 6243-4522  
Fax: 6243-1582  
Celular de Plantão: 7283-6527 / 7283-6549

- 3. Freguesia do Ó/ Brasilândia (Freguesia do Ó, Brasilândia, Bairro do Limão)**  
Rua Conde de Barca, 69  
Cep 02840-010  
Telefone: 3999-1745 / 3999-0733  
Fax: 3998-7651  
Celular de Plantão: 7283-6480 / 7283-6712
- 4. Santana/Tucuruvi (Santana, Tucuruvi, Mandaqui)**  
Avenida Tucuruvi, 808 - 2ºAndar - Sala 229  
Cep 02304-002  
Telefone: 6987-3844 - Ramal 142  
Fax: 6981-4496  
Celular de Plantão: 7283-6476 / 7283-6563
- 5. Vila Maria/Vila Guilherme (Vila Maria, Vila Guilherme, Vila Medeiros)**  
Rua General Mendes, 111  
Cep 02127-020  
Telefone: 6967-8094  
Fax: 6967-8093  
Celular de Plantão: 7283-6479 / 7283-6558

## **ZONA OESTE**

- 1. Pirituba (Jaraguá, Pirituba, São Domingos)**  
Avenida Mutinga, 1425  
Cep 05110-000  
Telefone: 3904-8742  
Fax: 3904-3344  
Celular de Plantão: 7283-6520 / 7283-6538
- 2. Pinheiros (Pinheiros, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista)**  
Rua Professor Frederico Hermann Júnior, 595  
Cep 05459-010  
Telefone: 3095-9525  
Fax: 3032-1345  
Celular de Plantão: 7283-6523 / 7283-6485

- 3. Butantã (Butantã, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Vila Sônia, Morumbi)**  
Rua Salvador Rioléu, 231 - Butantã  
Cep 05536-020  
Telefone: 3742-7211 Ramal: 220 / 3746-6287  
Fax: 3743-2090  
Celular de Plantão: 7283-6298 / 7283-6488
- 4. Lapa (Lapa, Vila Leopoldina, Barra Funda, Perdizes, Jaguaré)**  
Rua Guaicurus, 1000 - Sala 52 - Água Branca  
Cep 05033-000  
Telefone: 3864-1167  
Fax: 3672-8409  
Celular de Plantão: 7283-6536 / 7283-6526
- 5. Perus/Anhanguera**  
Rua Padre Manoel Campelo, 156  
Cep 05206-020  
Telefone: 3917-0823/ 3917-2184  
Fax: 3915-3000  
Celular de Plantão: 9965-5187 / 9968-0841

## **ZONA SUL**

- 1. Parelheiros (Parelheiros, Marsilac)**  
Rua Terezinha do Prado Oliveira, 119  
Cep 04890-025  
Telefone: 5921-9925/ 5926-0834  
Fax: 5921-4625  
Celular de Plantão: 7283-6958 / 7283-6691
- 2. Jardim Ângela/M´Boi Mirim (Jardim Ângela, Jardim São Luis)**  
Av Guarapiranga, 1265 - Pq. Alves de Lima  
Cep 04901-010  
Telefone: 5518-2904  
Celular de Plantão: 7283-6701 / 7283-6682
- 3. Jabaquara (Jabaquara, Campo Belo)**  
Av Barro Branco, 535  
Cep 04324-090  
Telefone: 5021-6868  
Fax: 5021-5151  
Celular de Plantão: 7283-6694 / 7283-6579

- 4. Grajaú**  
Rua José Quaresma Júnior, 2  
Cep 04843-600  
Telefone: 5924-3614  
Fax: 5924-3922  
Celular de Plantão: 7283-6697 / 7283-6481
- 5. Campo Limpo (Campo Limpo, Capão Redondo)**  
Estrada de Itapeperica, 1828  
Cep 05835-004  
Telefone: 5513-3126  
Fax: 5513-5642  
Celular de Plantão: 7283-6482 / 7283-6524
- 6. Capela Do Socorro (Capela do Socorro, Cidade Dutra)**  
Rua Cassiano dos Santos, 270/499 - Jardim Cliper  
Cep 04827-110  
Telefone: 5667-5876 5660-7731  
Celular de Plantão: 7283-6547 / 7283-6531
- 7. Ipiranga (Ipiranga, Cursino, Sacomã)**  
Rua Almirante Lobo, 495  
Cep 04212-000  
Telefone: 6163-8733  
Fax: 6161-2010  
Celular de Plantão: 7283-6548 / 7283-6571
- 8. Santo Amaro (Santo Amaro, Campo Grande, Vila Andrade)**  
Rua Padre José de Anchieta, 646  
Cep 04742-000  
Telefone: 5548-2382  
Celular de Plantão: 7283-6615 / 7283-6557
- 9. Cidade Ademar (Cidade Ademar, Pedreira)**  
Yervant Kissajikian, 416  
Cep 04657-000  
Telefone: 5671-6847/ 5566-3931  
Fax: 5677-9416  
Celular de Plantão: 7283-6558 / 7283-6563
- 10. Vila Mariana (Vila Mariana, Saúde, Moema)**  
Rua Botucatu, 959 - Vila Clementino  
Cep 04023-062  
Telefone: 5084-1739  
Fax: 5539-4552  
Celular de Plantão: 7283-6518 / 7283-6563



## 9.3. ANEXO 3

### VARAS DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

#### **CENTRAL/SÉ**

Pça. João Mendes Júnior, s/nº - 3º andar - s/325  
Cep 01018-900 - São Paulo  
Fone: 2171-6500  
Fax: 2171-6409 / 6410

#### **SANTANA**

Rua Eng Caetano Alvares, 594  
Cep 02413-000 - São Paulo  
Fone: 3965-5155  
Fax: 3961-5565

#### **SANTO AMARO**

Av. Adolfo Pinheiro, 1992 - Térreo  
Cep 04527-003 - São Paulo  
Fone: 5521-7477  
Fax: 5521-7477

#### **JABAQUARA**

Rua Joel Jorge de Mello, 424  
Cep 04128-080 - São Paulo  
Fone: 5574-0355, ramais: 5031/5032  
Fax: 5574-0355

#### **LAPA**

Rua Aurélia, 650  
Cep 05046-000 - São Paulo  
Fone: 3673-1373  
Fax: 3673-7948

#### **PINHEIROS**

Rua Jericó, s/nº  
Cep 05435-040 - São Paulo  
Fone: 3813-7913  
Fax: 3815-7913

## **SÃO MIGUEL**

Av. Afonso Lopes de Baiã, 1736  
Cep 08021-010 - São Paulo  
Fone: 6152-8098  
Fax: 6152-8098, ramal 224

## **PENHA**

Rua Dr. João Ribeiro, 433  
Cep 03634-000 - São Paulo  
Fone: 6193-6612, ramais 6025/6024  
Fax: 6193-6612, ramal 6202

## **ITAQUERA**

Av. Pires do Rio, 3.915  
Cep 08240-000 - São Paulo  
Fone: 6151-6233, Ramal 8019  
Fax: 6154-0003

## **TATUAPÉ**

Rua Santa Maria, 257  
Cep 03085-000 - São Paulo  
Fone: 2293-3642  
Fax: 2295-2520

## **IPIRANGA**

Rua Agostinho Gomes, 1.455 / 1457  
Cep 04206-003 - São Paulo  
Fone: 6914-1774  
Fax: 6914-1774

## 9.4. ANEXO 4

### CENTROS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DA SMADS

- **Centros de Referência da Criança e do Adolescente (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS/PMSP)**  
Com capacidade para 20 atendimentos diários, o Centro de Referência acolhe crianças e adolescentes de ambos os sexos que estão em situação de risco pessoal e social. Atende 24 horas, providenciando encaminhamentos adequados, de acordo com a situação diagnosticada em cada caso. São a "porta de entrada" na rede de Proteção Social Especial da SMADS para as crianças e adolescentes em casos de abandono, em situação de rua, vítimas de violência, de exploração do trabalho infantil e aqueles envolvidos em conflitos familiares. O período de permanência no local varia de 72 horas a dois meses.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente de São Miguel (Rua Deocleciano Alves Pereira, 1456):** atende os distritos de Ermelino Matarazzo, Vila Jacuí, Jd. Helena, Itaim Paulista, Vila Curuçá, Ponte Rasa, São Miguel, Cangaíba, Vila Matilde e Artur Alvim.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Ipiranga (Rua do Grito, 635):** atende os distritos de Sapobemba, São Lucas, Vila Prudente, Ipiranga, Cursino, Sacomã e Saúde.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Butantã/Pinheiros (Rua Martins, 168):** atende os distritos de Butantã, Pinheiros, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista, Rio Pequeno, Vila Sônia, Morumbi e Raposo Tavares.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente de Itaquera (Rua Rodrigues Seixas, 313):** atende os distritos de Itaquera, Cidade Líder, José Bonifácio e Parque do Carmo; Cidade Tiradentes; São Mateus, São Rafael e Iguatemi; Guaianases e Lajeado.

- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente de Santo Amaro (Rua Visconde de Taunay, 1007/1113):** atende os distritos de Santo Amaro, Campo Grande e Campo Belo; Capão Redondo e Vila Andrade; Cidade Ademar e Pedreira.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente da Casa Verde/Santana:** atende as regiões das Subprefeituras de Santana/Tucuruvi; Casa Verde/Cachoeirinha; Jaçanã/Tremembé; e Vila Maria/Vila Guilherme.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente da Lapa (Rua Monte Pascal, 78):** atende os distritos das Subprefeituras de Freguesia do Ó; Pirituba; Perus; e os distritos da Lapa, Vila Leopoldina e Jaguará.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente da Vila Mariana (Rua Maurício F. Klabin, 374):** atende os distritos das Subprefeituras de Jabaquara e Vila Mariana, e os distritos de Ipiranga e Saúde.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Centro (Rua Conselheiro Nébias, 1283):** atende os distritos da Subprefeitura da Sé; e os distritos de Perdizes, Barra Funda, Água Rasa, Belém, Brás, Mooca e Pari.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Tatuapé:** atende os distritos das Subprefeituras de Aricanduva/Formosa/Carrão e o distrito do Tatuapé
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Penha (Rua José Manoel da Fonseca Jr., 495):** atende os distritos da Subprefeitura da Penha e o distrito Cidade Líder.
- **Centro de Referência da Criança e do Adolescente do M´Boi Mirim (R. João Alves Torres, 554):** atende os distritos da Subprefeitura de M´Boi Mirim, Campo Limpo e Parelheiros.

Apoio:



**PREFEITURA DA CIDADE DE**  
**SÃO PAULO**

**SECRETARIA DA SAÚDE**