

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
MBA EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

THÉLIA PRISCILLA PAIVA DE AZEVEDO

**NÚCLEO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E
ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: IMPORTANTE FERRAMENTA DE
GESTÃO NO HOSPITAL DE PEDIATRIA DA UFRN**

NATAL/RN
2013

THÉLIA PRISCILLA PAIVA DE AZEVEDO

**NÚCLEO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E
ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: IMPORTANTE FERRAMENTA DE
GESTÃO NO HOSPITAL DE PEDIATRIA DA UFRN**

Projeto de intervenção técnica apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como exigência do MBA em Gestão Hospitalar e de Saúde.

Orientadora: Prof^a Ms. Ana Maria da Silva Souza.

NATAL/RN
2013

THÉLIA PRISCILLA PAIVA DE AZEVEDO

NÚCLEO DE ACOLHIMENTO E CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: IMPORTANTE FERRAMENTA DE GESTÃO NO HOSPITAL DE PEDIATRIA DA UFRN

Projeto de intervenção técnica apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como exigência do MBA em Gestão Hospitalar e de Saúde.

Aprovado em ____/____/____.

Profª Ms. Ana Maria da Silva Souza

Dedico esse trabalho a todas as crianças e adolescentes que já foram vítimas de violência e suas famílias.

RESUMO

Na conjuntura atual, a violência contra crianças e adolescentes apresenta grande notoriedade nos espaços midiáticos e acadêmicos. Com o advento da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, estes sujeitos saem da posição de propriedade apenas dos pais, e passam a ser vistos como sujeitos de direitos. Dessa forma, qualquer violação a tais direitos passa a ser penalizada pela lei. O Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à saúde da criança e adolescente vítimas de violência, objeto desta proposta de intervenção, localiza-se no Hospital de Pediatria da UFRN. Desde a sua criação, em 2010, atua no atendimento aos casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes do Rio Grande do Norte. Esta proposta de intervenção tem como objetivo geral proporcionar reflexões sugestivas acerca do atendimento direcionado a crianças e adolescentes vítimas de diversos tipos de violência, no Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra da UFRN. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: Pesquisa Documental, a partir de documentos existentes na própria organização institucional; Pesquisa Bibliográfica e Observação Assistemática.

Palavras-chave: Violência contra crianças e adolescentes. Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à saúde da criança e adolescente vítimas de violência. Hospital de Pediatria da UFRN.

ABSTRACT

At the current juncture, the violence against children and teenagers displays great notoriety in the media and academic space. With the advent of the Federal Constitution of 1988 and the Child and Teenager Statute in 1990, any violation to those rights gets penalized by law. The Nucleus of Admission and Integral Care for the health of children and teenagers victims of violence, subject of this intervention, is located at the Pediatric Hospital of the Federal University of Rio Grande do Norte. Since it was created in 2010, its acts in attendance of cases of suspicion or confirmation of violence against children and teenagers in Rio Grande do Norte. This intervention proposal has as the general objective to propose suggestive reflections about the attendance oriented to children and teenagers victims of various kinds of violence in the Professor Heriberto Ferreira Bezerra's Pediatric Hospital of the Federal University of Rio Grande do Norte. The methodological procedures utilized were: documental research, by existing documents in the above mentioned hospital, bibliographic research and asystematic reasearch.

Keywords: Violence against children and teenagers. Nucleus of Admission and Integral Care to the health of child and teenager victims of violence. Pediatric Hospital of Federal University of Rio Grande do Norte.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA	8
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E SEU AMBIENTE	10
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 JUSTIFICATIVA.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A SUA IMPORTÂNCIA NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	14
2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	18
3 METODOLOGIA	28
3.1 TIPO DE PESQUISA	28
4 PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
4.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS CASOS	29
4.2 DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS CASOS	31
4.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE A - Modelo de Questionário Aberto para Avaliação da Prática Profissional.....	39
ANEXO A - Ficha de notificação de violências	40
ANEXO B - Documento de orientação aos profissionais para o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.....	42

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção técnica com reflexões e sugestões baseadas na Política Nacional de Humanização (PNH), direcionado ao Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra da UFRN (HOSPED), de forma a aperfeiçoar práticas já existentes e sugerir novas, no que concerne ao atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violência. Sua composição está assim disposta: Introdução; Referencial Teórico; Metodologia; Proposta de Projeto de Intervenção e Conclusões e recomendações. A revisão de literatura é baseada em leis existentes, tais como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, bem como em manuais e relatórios governamentais, artigos e textos acadêmicos que trazem uma discussão atual sobre a temática.

1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

A violência contra crianças e adolescentes é um fato que ocorre a nível mundial, e diariamente surgem casos nos quais há grande violação de direitos. Nesse sentido, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente nos anos 1990, surgiram o conceito de proteção integral, bem como as organizações institucionais que são responsáveis pelo atendimento, acolhimento, orientação e encaminhamento das vítimas e de suas famílias. Além disso, as instituições de saúde tradicionais, como os hospitais, prontos-socorros, unidades de atenção básica, entre outras, precisaram se adequar para atender a essa demanda, que sempre existiu, mas após a legislação, ganhou um olhar especial, sobretudo pelas penalidades jurídicas direcionadas aos profissionais que porventura não denunciarem os casos de suspeita ou confirmação de violências.

Segundo relatório do Disque Direitos Humanos, Módulo Criança e Adolescente, produzido pelo Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no ano de 2011, foram registrados pelo Disque 100 um total de 380.619 atendimentos de janeiro a agosto de 2011. Número este bem maior que em 2010, onde foram registrados 160.933 atendimentos (BRASIL, 2011, p. 5). Vale destacar ainda, que das denúncias ocorridas no período

de janeiro a agosto de 2011, a região Nordeste foi a que apresentou a maior quantidade, com um número de 19.665 denúncias ocorridas, o que corresponde a 39% do total. Ainda de acordo com o relatório, o Rio Grande do Norte ocupa o 2º lugar do *ranking* em relação a denúncias realizadas pelos Estados brasileiros, com um total de 57,70 denúncias a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2011, p. 10).

Tais números mostram a grande quantidade de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o Brasil, contudo, sabemos que muitos casos ainda permanecem no anonimato. Nesse sentido, através do Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à Saúde da Criança e Adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências (NACCA)¹, localizado no Hospital de Pediatria da UFRN, possíveis vítimas localizadas no Rio Grande do Norte dispõem da oportunidade de obtenção de um atendimento e tratamento humanizados, de forma a buscar alternativas de apoio, objetivando a amenização ou erradicação de possíveis traumas, contribuindo assim, para a produção do conceito genuíno do significado da saúde.

De acordo com Pinto et al (2012), com base no estudo de dados secundários de 25 fichas de notificação de crianças e adolescentes atendidos pelo NACCA, no período de maio de 2010 a maio de 2012, foram verificados os seguintes dados: a faixa etária das crianças e adolescentes era de 01 a 17 anos, sendo 68% do sexo feminino e 32% do sexo masculino; O principal local da ocorrência foi a própria residência das vítimas; Os tipos de violência mais frequentes foram a psicológica (representando 34% do total), e a violência sexual, com 32%; Com relação ao tipo de agressor, foi identificado que 34% eram pessoas conhecidas da família; 100% dos casos foram encaminhados a instituições protetivas, tais como Conselhos Tutelares, entre outras.

Mediante os dados supracitados, é notório que, concomitante a uma demanda crescente de casos, faz-se necessária a preparação dos profissionais responsáveis pelo atendimento, bem como a criação de espaços de discussão da temática da violência contra crianças e adolescentes, objetivando uma maior

¹Esta sigla foi adotada pela autora, a fim de facilitar a escrita e leitura ao longo do texto.

humanização e adequação da prática ao que é orientado pela literatura, bem como o compartilhamento de experiências.

Dessa forma, levando em consideração que o Hospital de Pediatria da UFRN (HOSPED) já possui um Núcleo de acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violências, surgiu o questionamento sobre a qualidade do atendimento prestado a estas, bem como sua adequação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. De que forma ocorre o atendimento às vítimas, tanto na modalidade ambulatorial, quanto na internação hospitalar? O atendimento é realizado de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização e das orientações do Ministério da Saúde? Os casos são notificados, encaminhados para as instituições competentes e são acompanhados pela equipe após a realização dos encaminhamentos? São essas as questões que permeiam a idealização do presente trabalho.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E SEU AMBIENTE

O Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra da UFRN (HOSPED) integra o complexo hospitalar de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tendo como missão assegurar o direito a uma assistência diferenciada, humanizada e de qualidade ao público infanto-juvenil de 0 a 16 anos, usuário do SUS, agregado ao ensino, pesquisa e extensão voltados para a área da criança e adolescente. De acordo com o serviço de Recursos Humanos do hospital, suas ações são voltadas para a formação acadêmica; capacitação multiprofissional; produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde e prestação de assistência especializada no atendimento à saúde de crianças e adolescentes.

A instituição, localizada no município de Natal/RN, é referência em todo o Estado do Rio Grande do Norte, no atendimento de média complexidade pediátrica, incluindo em seus serviços a modalidade ambulatorial com diversas especialidades médicas, tais como: Neonatologia, Cirurgia plástica, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Endoscopia digestiva, Infectologia, Hematologia, Oncologia, Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, Reumatologia, Odontologia, Nefrologia, Nutrição, Pediatria Geral, Psicologia e Cardiologia. Além disso, o

HOSPED conta com o serviço de enfermagem, composto por 47 leitos, sendo 08 destes destinados à enfermagem cirúrgica e 06 cedidos à Maternidade Escola Januário Cicco, reservados às gestantes de alto risco. Com relação à estrutura física, pode-se destacar a existência dos seguintes espaços: sala de pequenas cirurgias, centro cirúrgico, serviço de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Brinquedoteca, Serviços Gerais, Psicologia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Setor Administrativo (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial, Diretoria Acadêmica, RH, Informática, Compras e patrimônio, financeiro, salas de aula, entre outros).

São desenvolvidos diversos programas, projetos e ações de extensão no HOSPED, dentre as quais é importante destacar o Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à Saúde da Criança e Adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências (NACCA), objeto de estudo do presente trabalho. Este foi criado em março de 2010, através da Portaria Nº 08/2010, sob a coordenação da Professora do Departamento de Pediatria da UFRN Nadja Sá, bem como contando com o apoio da Direção do HOSPED. A motivação para a criação do NACCA surgiu a partir da observação de uma crescente demanda de crianças e adolescentes vítimas de violência. Dessa forma, viu-se a necessidade de criar um grupo composto por uma equipe multidisciplinar, objetivando um atendimento humanizado e integral aos casos que chegassem ao Hospital por livre demanda ou encaminhados de outros serviços de saúde.

Na realidade atual, o NACCA encontra-se bem articulado, com reuniões periódicas coordenadas pelos seus membros, bem como atende aos casos de forma sistematizada, baseando-se nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde, através da Cartilha intitulada “Linha de Cuidado para a atenção integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde”, produzida no ano de 2010. Além do material citado, o Núcleo possui orientações para os profissionais, somado a protocolos de atendimento (Anexo B) e conhecimentos advindos de outras fontes, possibilitando assim um maior subsídio à prática.

Vale salientar que o Núcleo apresenta-se como uma importante ferramenta da Gestão Hospitalar em Saúde da Criança e do Adolescente, pois volta os olhares às particularidades de seus clientes, sistematizando a forma de atendimento e acompanhamento dos casos, destacando assim a importância de um atendimento humanizado.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Proporcionar reflexões sugestivas acerca do atendimento direcionado a crianças e adolescentes vítimas de diversos tipos de violência, no Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra da UFRN.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a Política Nacional de Humanização (PNH), destacando a importância da aplicação de seus princípios no que concerne ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência;
- Realizar revisão de literatura acerca da violência contra crianças e adolescentes, sobretudo, manuais e textos que contenham orientações governamentais atuais;
- Analisar a prática de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, realizada pelo Hospital de Pediatria da UFRN;
- Sugerir ações que possam ser implementadas, no que concerne ao atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência do HOSPED, vislumbrando a implantação de princípios da PNH, de forma a garantir um atendimento mais humanizado.

1.4 JUSTIFICATIVA

A literatura sobre o tema “Violência contra crianças e adolescentes” é vasta, pois além de ser um assunto que chama a atenção de profissionais das áreas do conhecimento ligados à infância e juventude, há uma crescente exposição midiática.

Dessa forma, instituições e profissionais que trabalham com tal demanda, necessitam estar atentos e bem informados a respeito da legislação relativa à criança e ao adolescente, bem como conhecer a fundo os manuais e orientações gerais que direcionam o atendimento às vítimas de violência, sejam nos casos de suspeita ou confirmação. O desconhecimento de tais informações cruciais à prática profissional proporciona um atendimento inseguro, duvidoso e muitas vezes, não humanizado.

Por todos os elementos supracitados, o presente trabalho foi pensado no sentido de somar mais uma reflexão acerca da temática, do ponto de vista da importância da humanização, almejando um atendimento mais eficaz. Além disso, apesar da literatura dispor de muitos trabalhos publicados sobre o assunto, este será de grande relevância no que concerne ao atendimento às vítimas de violência que são atendidas em hospitais, sobretudo para o Hospital de Pediatria da UFRN.

Pelo fato da autora deste trabalho fazer parte da equipe multiprofissional de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência que chegam ao HOSPED, enquanto Assistente Social surgiu a necessidade de reflexão sobre a sua prática profissional, bem como dos demais profissionais que fazem parte do NACCA, jamais no sentido de criticar ou agir de forma leviana, mas procurando enriquecer a prática, objetivando um melhor atendimento aos usuários e suas famílias.

Não há aqui a pretensão de encerrar o assunto, visto que a realidade permanece em mudança constante, com a criação de novas leis, novos mecanismos de atuação. Contudo, faz-se de suma importância a discussão do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violências, sob a ótica da gestão hospitalar,

sendo necessária para isto a análise da PNH, dos fluxos, protocolos de atendimento, bem como do comportamento da equipe diante dos casos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A SUA IMPORTÂNCIA NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Governo Federal no ano de 2003, traz em seu conteúdo conquistas de toda a sociedade brasileira, em um processo de afirmação e luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o documento oficial Humaniza SUS, lançado no ano de 2004, a discussão e decisão de se criar uma política nacional, que evidenciasse a importância de um atendimento humanizado surgiu em uma conjuntura de problemáticas diversas, tais como: falta de capacitação dos profissionais de saúde; fragilização nas práticas de atenção; modelo de saúde prevalecente baseado no princípio da queixa-conduta; modelo de formação dos profissionais distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde, entre outras.

Segundo Fortes (2004), a reflexão sobre práticas humanizadoras em saúde inicia-se muito antes do ano de 2003. Já nos anos 1970, discutia-se sobre os direitos dos pacientes, discussão essa baseada em marcos internacionais, como a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, realizada no Kazaquistão em 1978.

De acordo com o mesmo autor, no final dos anos 1990, com o advento da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal Nº 8.080/1990) e Lei 8.142/1990, surge a ampliação de propostas políticas referentes à humanização na atenção à saúde. Mais tarde, todo esse processo culminou na criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde.

O PNHAH foi viabilizado a partir da necessidade de transformação da cultura no ambiente hospitalar, almejando um atendimento humanizado aos usuários

do SUS. Contudo, segundo Fortes (2004), a preocupação não era destinada apenas aos usuários, mas havia a necessidade de desenvolver ações de valorização e capacitação dos trabalhadores da saúde, com estímulo também ao trabalho multiprofissional. Dessa forma, o papel do gestor em saúde torna-se fundamental para a efetividade da proposta em questão.

Fortes (2004) elucida que em 2003, a partir de nova gestão do Ministério da Saúde, criou-se uma nova proposta responsável por expandir a humanização para além do ambiente hospitalar, ou seja, algo grandioso, que abrangesse todo o setor saúde. Dessa forma, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH não se constitui apenas em um documento com orientações, mas é considerada uma política nacional, transversal ao SUS, “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p.7).

Vários autores discutem sobre o conceito de humanização, os quais trazem reflexões semelhantes em suas abordagens teóricas. De acordo com o documento “Humaniza SUS”, organizado pelo Ministério da Saúde em 2004, deve-se ter cuidado com o conceito de humanização, de forma que não seja confundido com filantropia, sobretudo pelo fato de muitos alimentarem a ideia de que a humanização é apenas direcionada ao paciente, e não aos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6). Ainda segundo a PNH, a humanização supõe troca de saberes entre usuários, familiares e profissionais de saúde, de forma que estes últimos procurem trabalhar no sentido de grupalidade, internalizando cotidianamente o conceito do trabalho em equipe.

A Humanização estabelece-se como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004, p.8).

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (BRASIL, 2004, p.9).

De acordo com Fortes (2004), é impossível se falar em humanização, sem relacioná-la à ética:

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004, p.31).

Para Falk (2006), a humanização está atrelada ao processo de gestão dos serviços de saúde. A autora traz uma significativa definição do que é gestão em saúde: “Entendemos por gestão o processo que compreende a organização dos processos de trabalho, a dinâmica da integração da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação” (FALK. et al, 2006, p.138). Ainda segundo a autora, para que haja uma experiência exitosa do processo de humanização, deve haver a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários, como autores e atores na construção da PNH.

De acordo com o exposto, pode-se inferir que a PNH é fundamental para a construção de uma gestão participativa do SUS, de forma que todos os atores envolvidos possam contribuir na construção dessa política transversal.

De acordo com BRASIL (2004), existem cinco princípios fundamentais para o seu norteamiento, sendo eles:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Além dos princípios fundamentais, a PNH oferece diretrizes gerais para a sua implementação nos diferentes níveis de atenção à saúde. No caso da atenção hospitalar, os parâmetros são divididos nos níveis A e B. Para alcançar o nível B, o hospital deve dispor de grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido; garantia de visita aberta, com a presença de acompanhante e sua rede social; mecanismos de recepção com estratégias de acolhimento aos usuários; Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores; Existência de equipe multiprofissional, com no mínimo médicos e enfermeiros; Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares e garantia da continuidade da assistência com sistema de referência e contra-referência. Para o alcance do nível A (Mais elevado), deve haver um aprofundamento das características acima citadas, bem como um grupo de trabalho em funcionamento, ouvidoria em funcionamento, entre outros.

A PNH é fundamental para a promoção de uma atenção humanizada a crianças e adolescentes vítimas de violência, pois sem a internalização e aplicação de seus princípios pelas instituições de saúde e seus profissionais, não há possibilidades de reflexão acerca das implicações que um atendimento humanizado pode proporcionar a uma vítima que se encontra em processo de desenvolvimento psicossocial.

2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade mundial e no Brasil vem alcançando grande notoriedade nas últimas décadas, sobretudo no que concerne à elaboração de ações, legislações e políticas públicas.

Souza & Jorge (2006) apontam que,

Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que, frequentemente, as crianças são vítimas da violência desde o nascimento. Mas, é principalmente na fase da adolescência que essa questão desponta como crucial. Nessa etapa da vida, os jovens aparecem tanto como agentes agressores, mas, sobretudo, como vítimas. (SOUZA; JORGE, 2006, p.23)

De acordo com Minayo (2006) Crianças e adolescentes começaram a ser vistos como sujeitos de direitos e não mais como propriedade da família, a partir de marcos históricos ocorridos mundialmente, tais como: A Declaração Universal dos Direitos da Criança, realizada em 1959 e a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, viabilizada através da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo a autora, estes novos sujeitos de direitos ganham o direito à prioridade nas ações governamentais, além do direito à participação.

De acordo com BRASIL (2010), os eventos mundiais acima citados mostraram-se de fundamental importância para as transformações em nível de Brasil. Nesse sentido, pode-se citar a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227:

É dever da **família**, da **sociedade** e do **Estado** assegurar à criança e ao adolescente, **com absoluta prioridade**, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Nesse momento, crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos no Brasil como sujeitos de direitos, e a responsabilidade de assegurar seus direitos garantidos por lei passa a ser de três atores: a família, a sociedade e o Estado. A partir desse novo patamar, há o início da teoria e discussão da Proteção Integral. De acordo com Bezerra (2006), a moderna Doutrina da Proteção Integral, assegura à criança e ao adolescente os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania.

Segundo Minayo (2006), tais avanços são opostos ao antigo Código de Menores de 1979, o qual consistia em uma legislação retrógrada, que valorizava a disciplina, as medidas de vigilância e tinha mais um caráter punitivo, longe de assegurar direitos.

A lei 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), veio regulamentar o artigo 227 da Constituição Federal e garantir que os direitos de crianças e adolescentes brasileiros fossem efetivados. No que concerne à relação entre as instituições de saúde e a violência contra crianças e adolescentes, o ECA é claro em seus artigos 13 e 245.

Segundo o Art. 13, “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 1990).

O Art. 245 do ECA aborda a punição, caso não haja a notificação à autoridade competente dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
Pena – Multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência. (BRASIL, 1990).

De acordo com o exposto, pode-se destacar a importância e necessidade de qualificação dos gestores e profissionais de saúde, para lidar com essas demandas, inserindo práticas humanizadoras nesse processo.

Para que se tenha um melhor entendimento a respeito da violência, faz-se necessário conceituá-la e evidenciar seus principais tipos. Nesse contexto, de acordo com BRASIL (2010),

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (BRASIL, 2010, p. 27 apud KRUG et al., 2002, p.5).

Já, de acordo com o Ministério da Saúde, a violência contra crianças e adolescentes é configurada como:

Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2010, p. 28 Apud BRASIL, 2001).

A definição acima exposta é semelhante à trabalhada por Ferreira & Schramm (2000), que afirmam: “Para concretizar um ato como “violento”, devem ser preenchidas pelo menos as seguintes condições: causar um dano a terceiros; usar a força (física ou psíquica); ser intencional; e ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano” (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, p.661)

Com relação aos tipos de violências mais comuns, são considerados os referidos abaixo, conforme Brasil (2010):

- **Violência Física:** É caracterizada como todo ato violento, que tenha o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas à criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, podendo provocar a morte. Este tipo de violência consiste na mais identificada

pelos serviços de saúde. A síndrome do bebê sacudido² e a síndrome de Munchausen por procuração³ são tipos de violência física (BRASIL, 2010 apud BRASIL, 2004);

- **Violência Psicológica:** Consiste em toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, identidade, ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. É identificada na forma de rejeição, discriminação, depreciação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas de outra pessoa, seja essa familiar, amigo, parente, ou alguém com quem é estabelecido um vínculo. O Bullying é considerado um tipo de violência psicológica. (BRASIL, 2010 apud BRASIL, 2004);
- **Violência Sexual:** Consiste em todo ato ou jogo sexual, no qual os autores encontram-se em desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Ocorre com a intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, visando à sua utilização a fim de obter satisfação sexual. Há vários tipos de violência sexual, tais como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração. Dentre os principais agressores estão membros da família (padrastos, pais, avôs, tios, padrinhos, avós, mães, tias), bem como qualquer pessoa que a criança tenha confiança e estabelecimento de vínculo. Uma das formas mais graves de violência sexual é a exploração sexual de crianças e adolescentes;
- **Negligência:** Caracteriza-se pelo ato da omissão dos adultos com relação às crianças e adolescentes, ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional, e social dos mesmos. Alguns exemplos de atitudes negligentes são: a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à

²É causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Em decorrência disto, ocorre um choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, o que pode ocasionar hemorragias leves ou graves até o rompimento do tecido nervoso. (BRASIL, 2010, p.30).

³Caracteriza-se pela criação e simulação de sinais e sintomas de doenças inexistentes, por parte dos pais ou responsáveis pela criança, ocasionando a realização de exames muitas vezes invasivos e desnecessários. (BRASIL, 2010, p.30).

educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas, entre outros. A forma mais grave de negligência é o abandono. A negligência não está relacionada diretamente à pobreza.

A criança ou adolescente podem ser afetados por vários tipos de violência ao mesmo tempo. Muitas vezes chegam aos serviços de saúde, mas os profissionais não conseguem identificar se estão sofrendo algum tipo de violência, a não ser que esta se manifeste de forma explícita. Como aponta Bezerra (2006),

Inegavelmente, a negligência, a agressão infantil, o abuso sexual e o abandono podem ser facilmente identificados nos consultórios médicos, odontológicos e nos ambulatórios presentes em todo o País. Para tanto, é imprescindível que os profissionais da saúde se capacitem cada vez mais, buscando também o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores. O que se exige dele é a simples comunicação, preferencialmente de forma célere, objetiva, com fundamentos mínimos de sua suspeita, a fim de possibilitar a pronta e segura atuação do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Poder Judiciário, respectivamente (BEZERRA, 2006, p.22).

Ainda segundo Bezerra (2006), apesar de tantos avanços, pesquisas recentes apontam o Brasil como um dos três países com maior índice de violência contra os jovens, chegando a conquistar o lugar de vice-campeão mundial de mortes causadas por fatores externos entre pessoas de 15 a 24 anos de idade.

De acordo com Brasil (2011), no período de janeiro a agosto de 2011, foram realizados diariamente cerca de 1.566 atendimentos pelo Disque 100. No total, durante o mesmo período, foram registrados 380.619 atendimentos. Já no que concerne às denúncias, foram registradas de janeiro a agosto de 2011, uma média de 209 por dia, totalizando 50.833 denúncias registradas no mesmo período.

Ainda com base no relatório em questão, a região Nordeste foi a campeã em denúncias registradas, ficando com 39% do total, seguida da região Sudeste (32%), Norte (11%), Sul (10%) e Centro-Oeste (8%). A pesquisa apontou que o Estado com maior índice de denúncias por cada 100 mil habitantes foi o Rio Grande do Norte.

Com base nos dados expostos pela pesquisa, a maior quantidade de vítimas é do sexo feminino, e os tipos de violência mais denunciados são a violência

física/Psicológica e a negligência (37% e 35% respectivamente). Contudo, não se pode deixar de atentar para o alto índice de violência sexual, que correspondeu a 28% das denúncias ocorridas.

De acordo com os dados expostos, pode-se inferir que a violência contra crianças e adolescentes é uma questão requerente de políticas públicas eficazes, para que tanto a prevenção quanto o seu combate sejam garantidos. Apesar de existirem ações governamentais e institucionais, vale destacar que os profissionais dos serviços que atendem crianças e adolescentes necessitam cada vez mais estar atentos e capacitados para o atendimento a essas demandas.

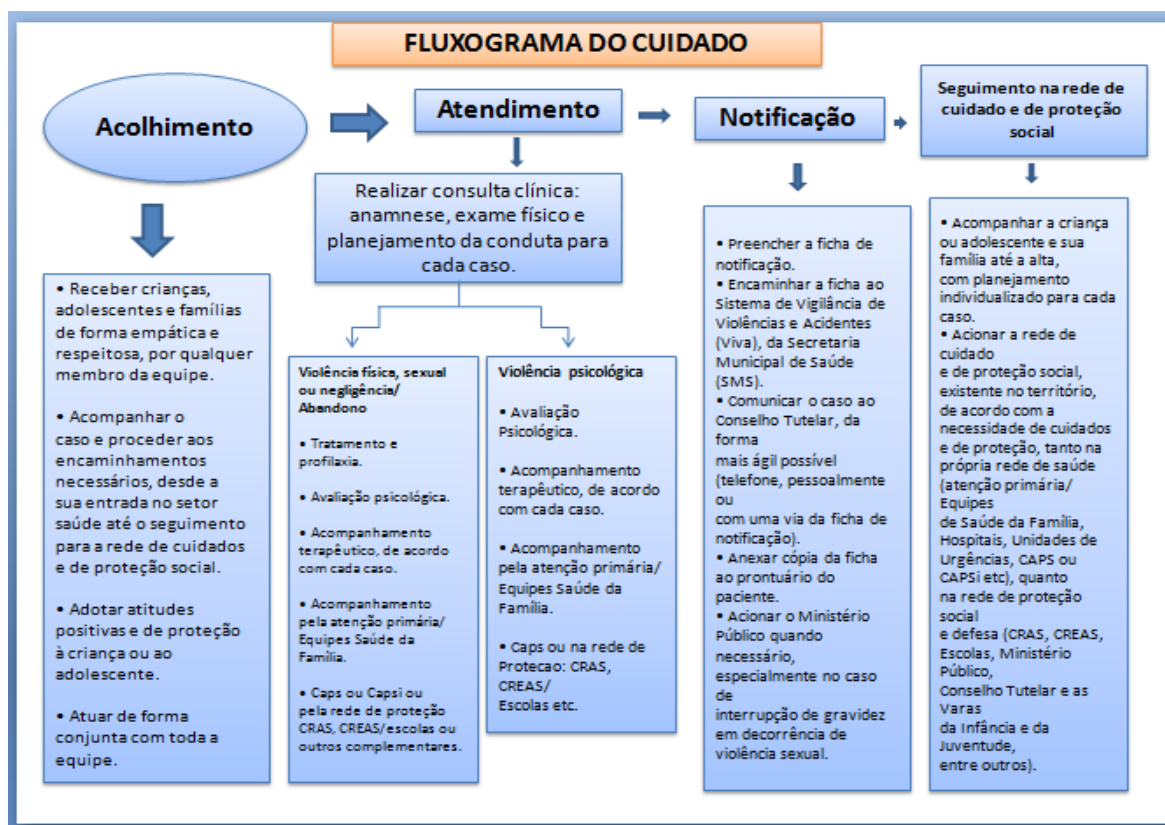
Ferreira & Schramm (2000) destacam a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, sobretudo com relação à notificação obrigatória. Isso acontece muitas vezes pela falta de conhecimento sobre os direitos garantidos pelo ECA, e de capacitação, o que proporciona o desconhecimento das providências a serem tomadas e a falta planejamento do atendimento de acordo com cada caso que chega à instituição de saúde.

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências, publicada em 2010 pelo Ministério da Saúde, traz em seu formato didático e de fácil compreensão, orientações práticas direcionadas a gestores e profissionais de saúde no que concerne ao atendimento às vítimas de suspeita ou confirmação de violências.

Com relação ao atendimento, o manual traz passo a passo como deve ser todo o caminho percorrido desde o primeiro contato com a vítima, até o final da intervenção. O fluxograma abaixo consiste em um modelo geral que pode ser aplicado em qualquer instituição de saúde, seja ela de nível básico, médio ou de alta complexidade:

Ilustração 01 – Fluxograma do cuidado

Fonte: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde, 2010.



Para que tal atendimento possa ser realizado com qualidade, sobretudo de forma humanizada, faz-se necessária a reflexão acerca do conceito de integralidade do cuidado.

Cecilio & Merhy (2003) abordam a discussão da integralidade do cuidado na gestão hospitalar de forma clara, ressaltando que há dois tipos de análise desse tema: Uma vê a integralidade como uma síntese de múltiplos cuidados e a outra analisa a figura do hospital no “sistema de saúde”. Ambas as análises são essenciais para que se tenha uma compreensão global do tema em questão.

Com relação aos múltiplos cuidados, destaca-se a importância do trabalho em equipe no setor saúde, em um contexto hospitalar, não apenas no sentido da multiprofissionalidade, mas tornando o conceito mais amplo, como um somatório de pequenos cuidados dos diversos profissionais, que dialogam entre si, objetivando o atendimento integral e satisfatório ao paciente.

No que se refere à figura do hospital no “sistema de saúde”, Cecilio & Merhy (2003) colocam a expressão supracitada entre aspas, por entenderem que sistema pressupõe algo harmonioso, partes que trabalham simultaneamente para o desenvolvimento do todo. Contudo, analisando o funcionamento do SUS, os autores concluem que este não se enquadra na ideia de sistema, visto que o SUS consiste em um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, circuitos, fluxos de pacientes. Dessa forma, os autores abordam o conceito de rede, acreditando que “a linha de cuidado pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde” (CECILIO; MERHY, 2003, p.4).

Nesse sentido, o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência necessita do conhecimento e aplicação dos conceitos supracitados, o que contribui para a qualidade em toda a atenção prestada pela equipe. O primeiro passo, quando o paciente chega ao serviço de saúde, é o acolhimento, podendo este ser realizado por qualquer profissional da equipe.

De acordo com Prochnow (2009),

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. Para isso, preconiza-se que a humanização permeie o encontro entre os trabalhadores e usuários, a partir de uma relação de escuta e responsabilização, na qual o paciente é portador e criador de direitos (PROCHNOW, 2009, p.12).

É importante salientar que, quando se trata de acolhimento a uma criança ou adolescente vítima de violência, é de suma importância que o profissional leve em conta a questão ética, a privacidade e o sigilo, evitando, sobretudo reações com juízos de valor, indignação, censura ou acusação. Além disso, o profissional deve valorizar a fala da criança ou adolescente, sobretudo a espontânea e evitar atitudes que proporcionem a revitimização da criança. Durante esse processo, de acordo com a necessidade, é importante a participação de outro profissional, como um Psicólogo, por exemplo. Nesse contexto, é importante a valorização da participação da família, bem como a observação da sua reação frente a suspeita ou confirmação

da violência contra a criança ou adolescente. Para tal, o profissional deve agir de forma cautelosa, compromissado com a questão ética.

Concluído o acolhimento, deve-se seguir para o atendimento. Nesta etapa, é de suma importância a consciência de que, para que o caso tenha o melhor andamento possível, faz-se necessário o trabalho articulado entre a equipe do serviço de saúde. Além disso, há a necessidade de sensibilização de todos os profissionais, através de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre a problemática da violência.

De acordo com Brasil (2010), os serviços de saúde devem estabelecer um plano de atenção, que preconize o correto preenchimento de prontuário único por todos os profissionais envolvidos no atendimento. Ele deve conter o registro completo sobre: dados do exame físico (clínico), dados individuais e familiares, medicação, solicitação de exames, procedimentos adotados, providências tomadas, encaminhamentos e uma via da ficha de notificação. Vale salientar que todos os registros devem levar em consideração a ordem cronológica dos atendimentos.

Na fase do atendimento é importante o estabelecimento de vínculos com a criança e sua família, de forma que todas as informações com relação ao andamento do caso sejam repassadas de forma honesta e clara, sempre ressaltando a importância da proteção à criança/ adolescente. Devem ser realizados todos os encaminhamentos necessários (ITEP, Delegacia Especializada, Conselho Tutelar, entre outros), e o planejamento da conduta por toda a equipe, levando em consideração as especificidades de cada caso.

Com relação à notificação, vale destacar que consiste em um instrumento de cunho obrigatório (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25/10/2001), para os casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças ou adolescentes, podendo ser preenchido por qualquer profissional de saúde, preferencialmente o que obtiver o primeiro contato com a criança ou adolescente. Conforme aponta BRASIL (2010), a notificação é um instrumento de proteção e não de denúncia, como muitos acreditam.

É importante destacar que, mesmo mediante a recusa da família, os profissionais devem preencher a ficha de notificação (anexo 1), em 03 vias,

destinadas ao prontuário da criança/ adolescente, ao Conselho Tutelar e à Secretaria de Saúde da respectiva localidade, garantindo assim, sua proteção. O profissional, para tal feito, encontra-se amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (artigos 13 e 245), e caso seja questionado pelos familiares, deve deixar claro que sua ação encontra-se guiada por esta legislação.

Gonçalves & Ferreira (2002), ressaltam a dificuldade dos profissionais em notificar os casos, mesmo amparados pela legislação. Os autores corroboram que há três grandes dificuldades encontradas pelos profissionais. A primeira dificuldade consiste no reconhecimento dos casos, por isso, o profissional deve estar atento aos sinais que podem configurar tipos de violência. A segunda dificuldade é a dúvida dos profissionais, que muitas vezes, por falta de informação, acreditam que o ato de notificar representa uma quebra do sigilo profissional. Além disso, ocorre um temor com relação aos transtornos legais advindos da notificação. Já a terceira dificuldade enfrentada pelos profissionais, segundo os autores, é a falta de estrutura dos Conselhos Tutelares e a não disponibilização dos mesmos em todos os municípios.

Dessa forma, Gonçalves & Ferreira (2002) concluem que, embora a legislação brasileira seja clara a respeito da obrigatoriedade de se notificar os casos, há pouca orientação aos profissionais, e sugerem algumas ações urgentes. São elas: Esclarecimentos a respeito da legislação, de forma que os profissionais possam eliminar todas as suas dúvidas sobre os casos que devem ser notificados; Relacionamento entre o que é disposto nos manuais de orientação acerca da problemática da violência e o que está disposto em lei; Esclarecimento da concepção de suspeita, pois muitas vezes, como os profissionais não têm orientação, acabam notificando de acordo com a consciência individual; Discussão da atuação dos Conselhos Tutelares, a fim de proporcionar uma melhor capacitação técnica das equipes e por fim, discutir com as equipes de saúde, as consequências do ato de notificar.

A última etapa da Linha de Cuidado Integral a Crianças e Adolescentes vítimas de violência é o seguimento na rede de cuidado e de proteção social, sendo esta a mais importante, pois não consiste apenas em encaminhar a criança ou o adolescente para outros serviços integrantes da rede de atendimento e atenção

integral, mas deve-se formular um planejamento de acordo com cada caso, tendo em vista os protocolos e fluxos previamente definidos pela instituição. De acordo com Brasil (2010), é necessário organizar as formas dos encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial frequentes.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

As pesquisas realizadas na produção deste trabalho foram: Pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e observação assistemática.

Na pesquisa bibliográfica, foram utilizadas referências atuais a respeito da violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a ênfase nos mais recentes manuais produzidos pelo Ministério da Saúde.

Com relação à pesquisa documental (documentos da própria organização institucional), foi utilizado o Manual de conduta para intervenção multiprofissional nos casos de violência contra crianças e adolescentes (Anexo 2), bem como arquivos e relatórios produzidos pelos profissionais que atuam no NACCA.

No que concerne à utilização da observação assistemática, JUNG (2004) coloca que esta não é um processo planejado, contudo, não significa que seja desorganizado. O autor ressalta que esse tipo de observação configura-se no momento em que o pesquisador se depara com a ocorrência de um fenômeno inesperado, podendo ser em campo ou laboratório.

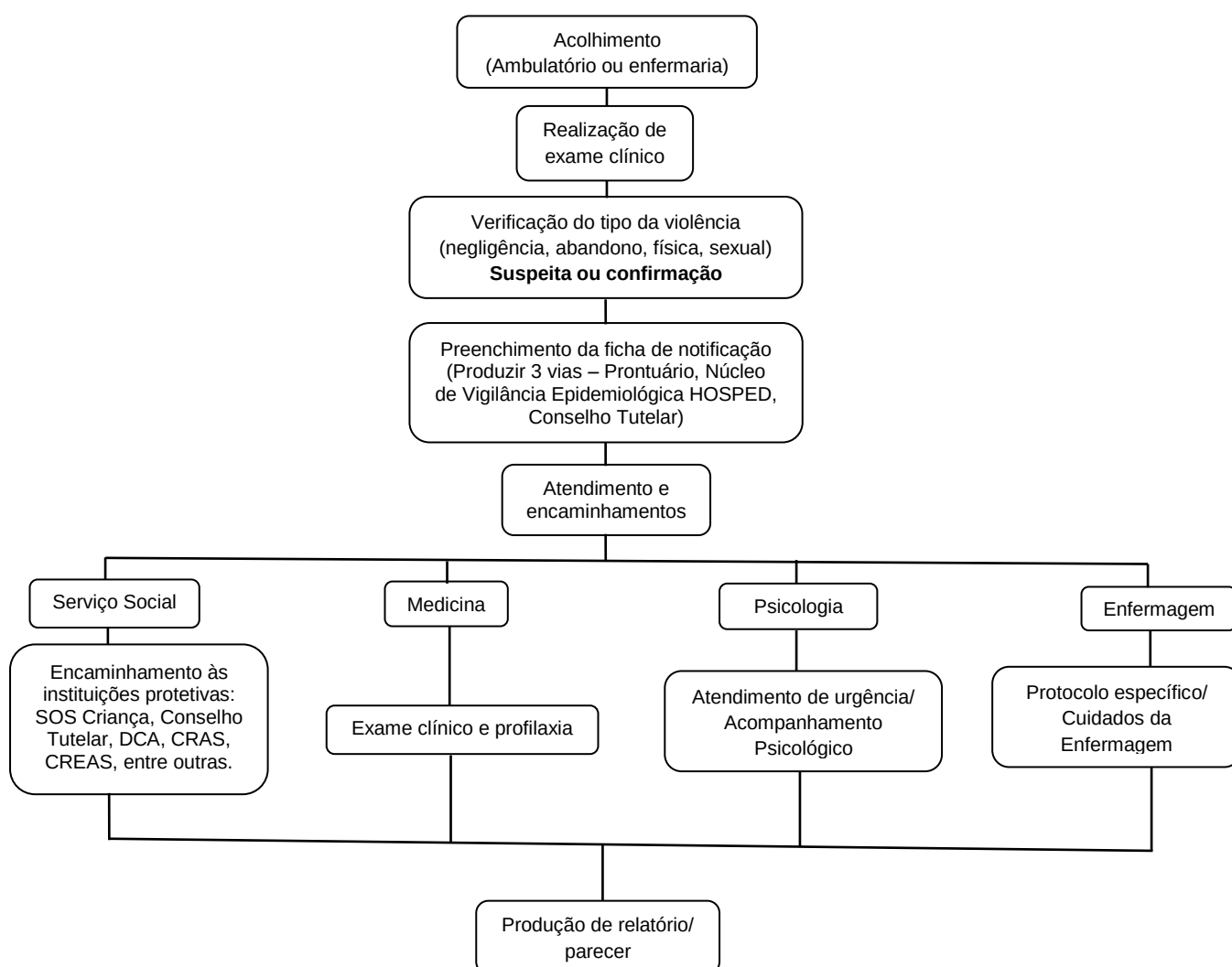
De acordo com o mesmo autor, tanto na observação sistemática, como na assistemática, o pesquisador não interfere no fenômeno, ou seja, não introduz ou manipula variáveis. Esse tipo de observação foi escolhida, em virtude da ocorrência dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência não apresentarem grande frequência no HOSPED.

4 PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

4.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS CASOS

O Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à Saúde da Criança e Adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências (NACCA), foi criado no ano de 2010, conforme relato anterior. É composto por uma coordenadora geral (Médica Pediatra), bem como por toda uma equipe multiprofissional, sendo Psicólogos, Assistentes Sociais, Médicos. A equipe multiprofissional realiza reuniões para discussão dos casos, sobretudo aqueles em que há uma maior relevância, tais como os de abuso sexual.

Segue abaixo um fluxograma produzido pela autora deste trabalho, mediante observações realizadas durante o atendimento da equipe multiprofissional:



Conforme fluxograma acima, o acolhimento das crianças e adolescentes que chegam ao HOSPED, seja por livre demanda ou encaminhados de outras unidades, é realizado pelo profissional que está no plantão, tanto na enfermaria quanto no ambulatório. Concomitante a esse processo, o serviço de Psicologia junto ao Serviço Social chamam a família para conversar sobre o caso, de forma a esclarecer dúvidas existentes, procurando atenuar as consequências decorrentes dos fatos, seja em caso de suspeita ou confirmação da violência.

O exame clínico é realizado pelo Médico de plantão (enfermaria), ou pelo Médico que atender a criança/adolescente no ambulatório. Havendo a necessidade de internação, seja pela violência confirmada ou como medida de cunho protetivo, o paciente permanece internado com um acompanhante, até que sejam realizados todos os procedimentos necessários.

Feito isso, iniciam-se os encaminhamentos às instituições protetivas que compõem a rede socioassistencial, tais como Conselho Tutelar, Programa SOS Criança, Vara da Infância e da Juventude, Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente (DCA), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Instituto Técnico de Polícia (ITEP), e outras, conforme a necessidade. Tais encaminhamentos são de competência do Assistente Social, e devem ser realizados respeitando o sigilo e a ética profissional. Nesse ínterim, deve ser preenchida a ficha de notificação obrigatória (anexo 01), de preferência pelo profissional que obteve o primeiro contato com a criança. Nesse momento, os profissionais evitam falar sobre o caso na presença desta, a fim de preservar a sua integridade psicológica.

A ficha de notificação é reproduzida em três vias, sendo uma da instituição, a outra da Secretaria Municipal de Saúde e a última enviada ao respectivo Conselho Tutelar.

Todas as evoluções são anotadas em prontuário, no espaço de evolução multidisciplinar, e após a criação do núcleo, em todos os casos é produzido um relatório multiprofissional (Medicina, Serviço Social, Psicologia), que contém dados detalhados do período de internação hospitalar ou do atendimento ambulatorial. Este relatório é encaminhado para as instituições protetivas, junto à ficha de notificação e

demais anexos de exames e outros documentos, conforme a particularidade de cada caso. É encaminhado um ofício junto ao relatório, solicitando um retorno acerca da resolutividade dos casos após a alta hospitalar ou encaminhamentos realizados.

4.2 DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS CASOS

Os profissionais apresentam perfil compatível com a demanda, mas muitas vezes não mostram domínio da legislação e do protocolo a ser seguido. Pelo fato da não disponibilização de um Ginecologista Infantil, frequentemente se recorre à Maternidade Escola Januário Cicco (UFRN), onde os Ginecologistas não são especializados em Pediatria.

As questões éticas e de sigilo profissional, que devem ser impreterivelmente respeitadas, muitas vezes acabam sendo violadas, sobretudo quando há um longo período de internação do paciente. Os detalhes dos casos acabam sendo revelados para funcionários do Hospital, que não estão envolvidos diretamente com o atendimento.

Pelo fato de existirem apenas 03 leitos de isolamento, as crianças ou adolescentes que necessitam de internação, permanecem em enfermarias coletivas, o que ocasiona a dificuldade em manter o sigilo dos casos.

Diante do exposto, pode-se inferir que o NACCA é uma ferramenta de gestão hospitalar, que filtra a demanda de crianças e adolescentes vítimas de violência, tentando direcionar para as mesmas um atendimento com diferencial, baseado em princípios humanizadores. Há um protocolo interno a ser seguido (Anexo 2), de conhecimento da equipe multiprofissional, contudo, devido ao pouco tempo de implementação, existem detalhes que podem ser melhorados. Tais sugestões serão trabalhadas no próximo item deste capítulo.

4.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Conforme análise observacional do processo de atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes, tendo como objetivo a melhoria do serviço existente no HOSPED, segue no quadro abaixo uma proposta de intervenção técnica:

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO FUNCIONAMENTO DO NACCA

Público alvo	Profissionais que compõem o NACCA
Período da intervenção	A definir
Objetivo	Contribuir para a melhoria do serviço do NACCA, já existente no HOSPED
Meta	Realizar todas as ações propostas
Ações propostas	➤ Ação 1: Realizar reuniões quinzenais de discussão dos casos, ou de temas relacionados à violência contra crianças e adolescentes; ➤ Ação 2: Reavaliar o fluxograma do cuidado, vendo a questão das particularidades de realização do exame clínico em crianças do sexo feminino e masculino; ➤ Ação 3: Reavaliar a composição da equipe que compõe o NACCA, de forma que se possa contar com todos os profissionais necessários à prestação de um atendimento integral, inclusive um Ginecologista Infantil; ➤ Ação 4: Proporcionar à criança/ adolescente, que necessitar de internação, um leito de isolamento, de forma a preservar sua integridade, garantir o sigilo profissional, assegurando assim um atendimento individualizado e mais humanizado;

Ações propostas	➤ Ação 5: Incentivar a qualificação dos profissionais na área de violência contra crianças e adolescentes e Humanização, através da promoção de palestras, seminários, mesas redondas, reuniões, oficinas, entre outros; ➤ Ação 6: Realizar campanhas educativas que abordem a temática da violência contra crianças e adolescentes, direcionadas a toda comunidade hospitalar; ➤ Ação 7: Firmar parcerias com instituições da rede de proteção e cuidado integral, ONGs, Associações, para garantir a agilidade no atendimento e o retorno de informações dos casos encaminhados; ➤ Ação 8: Criar mecanismos de avaliação da prática profissional, como por exemplo, questionário aberto (Apêndice 1); ➤ Ação 9: Desenvolver mecanismos para a melhoria da comunicação entre o NACCA e toda a equipe e entre os membros deste, objetivando maior resolutividade e encaminhamentos dos casos; ➤ Ação 10: Contribuir para o fortalecimento da rede de proteção e cuidado integral, através da criação de espaços de troca de experiências com instituições que trabalham com a temática da violência contra crianças e adolescentes, proporcionando momentos de compartilhamento de informações.
-----------------	--

As ações sugeridas acima são simples e encontram-se ao alcance não só da equipe multiprofissional do NACCA, mas de todos os profissionais que atuam na

área de saúde da criança e adolescente. Certamente, existem outras diversas ações que podem ser realizadas, essas foram apenas algumas. Não há, portanto, a pretensão de encerrar o assunto, mas de suscitar novos debates e sugestões na área.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Falar em violência contra crianças e adolescentes em qualquer nível, não é uma tarefa simples, pois além de requerer a reunião de referências acerca do tema, desenvolve a sensibilidade do autor, sobretudo se este já atua na área. Contudo, é de suma importância que os profissionais escrevam sobre suas vivências, compartilhem e sugiram práticas inovadoras e eficazes, de forma que todos possam realizar um atendimento cada vez mais eficiente às vítimas.

O desenvolvimento do presente trabalho proporcionou de forma objetiva, o relacionamento entre a Política Nacional de Humanização (PNH) e a violência contra crianças e adolescentes, através da análise e reflexão crítica de ambos os conceitos, sobretudo pelas contribuições que corroboram a prática profissional. Além disso, foi relatado o processo de atendimento realizado pelo Núcleo de Acolhimento e Cuidado Integral à Saúde da Criança e Adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências (NACCA), seguido de sugestões para a melhoria do atendimento prestado aos usuários.

Conforme já relatado nesse trabalho, faz-se de suma importância o conhecimento da legislação e dos manuais atualizados, pelos profissionais, sejam estes da saúde, da educação, ou que trabalhem diretamente com crianças e adolescentes, pois sem esse conhecimento, não há a possibilidade de garantir um atendimento de qualidade. Nesse ponto, inclui-se principalmente o preenchimento das fichas de notificação de violências, que constituem um instrumento de preenchimento obrigatório, desconhecido por muitos profissionais.

Dessa forma, pode-se concluir que a criação do NACCA constitui um fato de grande relevância para o HOSPED, pois se configura como uma importante ferramenta da Gestão Hospitalar na área da criança e do adolescente, pelo fato de expor a preocupação com o atendimento diferenciado aos usuários que são vítimas de violência, ou que estejam sob suspeita. Além de grande contribuição para a instituição, há um relevante significado social, pois nossas crianças e adolescentes do Estado do Rio Grande do Norte podem contar com todo o apoio necessário ao restabelecimento de sua saúde.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Saulo de Castro. Estatuto da Criança e do Adolescente: Marco da Proteção Integral. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a atenção integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências**: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília, 2010.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Relatório Disque Direitos Humanos**: Módulo Criança e Adolescente. Brasília, 2011.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: . Acesso em: 21 dez. 2012.

_____. **Lei Federal Nº 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

BRASIL. **Lei Federal Nº 8.142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109610/lei-8142-90>. Acesso em: 16 dez. 2012.

BRASIL, **Lei Federal Nº 8.069/ 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>. Acesso em 21 de dezembro de 2012.

BRASIL, **Portaria MS/GM nº 1.968, de 25/10/2001**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em 15 de janeiro de 2013.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues. et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um Hospital Universitário. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 02, jul./ dez., 2006.

FERREIRA, Ana L.; SCHRAMM, Fermin R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, Vol. 34. Nº6. P.659-665. Universidade de São Paulo, 2000.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade. Vol.13, n.3. p.30-35, set-dez 2004.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.315-319, jan-fev, 2002.

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia Para Pesquisa & Desenvolvimento**: Aplicada a Novas Tecnologias, Produtos e Processos. São Paulo: Axcel Books, 2004.

LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Contextualização do Debate sobre Violência contra Crianças e Adolescentes**. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PINTO, S.R et al. **Violência contra crianças e adolescentes**: Registros de um hospital universitário pediátrico. In: Congresso Internacional de Saúde da Criança. São Paulo, agosto de 2012.

PROCHNOW, Adelina Giacomelli. et al. **Acolhimento no âmbito hospitalar**: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, RS, março de 2009, p.11-18.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente**. Departamento de Cuidados Hospitalares, Gestão 2001-2003.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. **Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras**: Magnitude da Morbimortalidade. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Hospital de Pediatria**. Disponível em: <http://www.ufrn.br/ufrn/conteudo/servicos/hospitais/pediatria.php>. Acesso em: 27 de novembro de 2012.

APÊNDICE A - Modelo de Questionário Aberto para Avaliação da Prática Profissional

QUESTIONÁRIO AVALIATIVO

1) IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____ Sexo: () Feminino () Masculino
Nome: _____ (Opcional)
Idade: _____ Parentesco com o/a paciente: _____
Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Viúvo/a
() Separado/a judicialmente () Outro: _____

2) PERGUNTAS

Q1) Qual é a sua avaliação do atendimento prestado:

() Regular () Bom () Excelente () Péssimo

Q2) Marque as opções que contemplaram o atendimento prestado:

- () Fomos bem acolhidos/as;
- () Esclareci todas as minhas dúvidas;
- () Foi realizado exame clínico;
- () O caso foi encaminhado às instituições protetivas competentes;
- () Os profissionais foram discretos e éticos;

Comentários/ Sugestões (Utilize este espaço para fazer alguma observação ou sugestão para a melhoria do nosso atendimento):

ANEXO A - Ficha de notificação de violências

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	4 Data da ocorrência da violência
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data de nascimento
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados Complementares	31 Ocupação			
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado ☐ Física ☐ Visual ☐ Transtorno mental ☐ Mental ☐ Auditiva ☐ Transtorno de comportamento ☐ Outras deficiências/ Síndromes		
	Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)
39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado				
49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Atentado violento ao pudor ☐ Exploração sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Outros			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei					
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ DST ☐ Transtorno mental ☐ Estresse pós-traumático ☐ Gravidez ☐ Tentativa de suicídio ☐ Transtorno comportamental ☐ Outros					
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM ☐ Centro de Referência da Mulher ☐ Vara da Infância / Juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS ☐ Casa Abrigo ☐ Outras delegacias ☐ Instituto Médico Legal (IML) ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros					
	65 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	
	68 Classificação final ☐ 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso ☐ 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data ____/____/____	
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____						
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
Disque-Saúde 0800 61 1997						
TELEFONES ÚTEIS						
Central de Atendimento à Mulher 180						
Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____			Assinatura _____		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan NET			SVS 10/07/2008

ANEXO B – Documento de orientação aos profissionais para o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência

ORIENTAÇÕES DO NÚCLEO DE VIOLÊNCIA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA CONDUTA DE ACOLHIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO E/OU VULNERABILIDADE

I - Saúde

As unidades de referência na área da saúde são responsáveis pelo atendimento de saúde e orientação para prevenção das DST/Aids e acionamento da Delegacia especializada, conforme detalhado nas normatizações do atendimento de saúde.

II - Compete ao Hospital:

- Promover o acolhimento em todas as dimensões do cuidado;
- Como orientação geral, deve-se considerar que alguns consensos precisam ser respeitados desde o acolhimento, que representa a primeira etapa do atendimento. São consensos fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, especialmente quando da confirmação da violência sexual.
 - ✓ **Ética** – é a relação do profissional de saúde com crianças e adolescentes pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética de diferentes categorias.
 - ✓ **Privacidade** – em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas em caso de suspeita de violência.
 - ✓ **Confidencialidade e sigilo** – as informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros.
- **São consideradas atitudes não recomendadas no atendimento:**
 - ✓ perguntar diretamente se um dos pais foi responsável pelo ocorrido;
 - ✓ insistir em confrontar informações contraditórias;
 - ✓ demonstrar sentimentos de desaprovação, raiva e indignação;
 - ✓ assumir postura de policial ou detetive;
 - ✓ tentar resolver o caso sozinho e fazer promessas que não poderão ser cumpridas;

- ✓ desconsiderar os sentimentos da criança ou do(a) adolescente com frases do tipo “isso não foi nada”, “não precisa chorar” e tratá-lo como um “coitadinho(a)”.

- Para o processo de acolhimento, é importante a viabilização de área física apropriada, conforme cita a norma técnica “... de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo que seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame...” (M.S., 1999);
- Realizar o atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados) com recursos disponíveis.
- Registrar a notificação do caso de suspeita ou confirmação, mediante o preenchimento da ficha de notificação e imediata comunicação do caso ao Conselho Tutelar ou autoridade competente.
- Fornecer a medicação necessária para o cumprimento das normatizações da área da saúde na Unidade de Referência em Saúde;
- Encaminhamento dos formulários de atendimento para a Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados, pela Unidade de Atendimento em Saúde.
- Para fins de processo legal, diante da existência de marcas da violência física e, especialmente, na violência sexual, é fundamental que os pais façam o Boletim de Ocorrência (BO) em Delegacia.
- No caso da ausência dos pais ou se esses forem os suspeitos da agressão, o Conselho Tutelar local assume essa responsabilidade.
- A partir deste BO a criança ou o adolescente deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) para a realização do exame de corpo de delito e a coleta de material, nas situações de violência sexual. Em alguns locais do Brasil, é possível que um perito do IML vá à unidade de saúde para realizar esse exame, ou ainda o próprio serviço pode realizá-lo quando o mesmo dispõe de médico capacitado para essa finalidade.
- O ideal é que se compatibilizem as condutas jurídicas exigidas e as da atenção à saúde, garantindo a proteção de crianças e adolescentes, evitando, assim, revitimização em função do deslocamento de crianças e adolescentes para outros serviços.

III - Roteiro de notificação para crianças e adolescentes vítimas de violência física e negligência

CID 10:

T74 – Síndromes de maus tratos

T74.0 – Abandono

T74.1 – Sevícias físicas (síndrome da criança espancada)

T74.2 – Abuso sexual

T74.3 – Abuso psicológico

T74.8 – Outras síndromes específicas de maus tratos (formas mistas)

T74.9 – Síndrome não especificada de maus tratos (efeitos de sevícias inflingidas a crianças SOE)

F68.1 – Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas

(transtorno factício) (paciente itinerante / peregrino hospitalar / síndrome de Münchhausen)

Qualquer profissional que atende um caso com suspeita de violência física ou negligência intrafamiliar contra uma criança ou um adolescente deve estar consciente de

que está diante de uma situação que exige intervenção multiprofissional, visando medidas protetivas. Estas medidas devem garantir não só assistência médica, como também psicológica, social e jurídica. Esta forma de atendimento é necessária, pois existe grande probabilidade de consequências graves para o desenvolvimento desta criança ou adolescente e até risco de vida.

Negligência configura-se quando os responsáveis legais da criança ou do adolescente falham em prover suas necessidades, provocando agravos que merecem atendimentos repetidos, como, por exemplo, não seguir recomendações médicas ou expô-la a riscos desnecessários.

IV – Acolhimento

Recomendações:

Tratar a criança/adolescente e a família com respeito e atenção.

- Conversar primeiro sobre assuntos diversos, podendo contar com apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos.
- Tratar como gostaria de ser tratado, ouvindo a criança/adolescente sozinha, com respeito e privacidade.
- Utilizar as mesmas palavras que a criança para identificar as diferentes partes do corpo.
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado.
- Propiciar um ambiente adequado para expressão dos sentimentos e fatos ocorridos.
- Escutar, demonstrando sempre muita atenção e compreensão.
- Manter sigilo das informações. Não emitir juízo de valor.
- Evitar a revitimização através de exames ou entrevista repetitiva,
- Conduzir para o atendimento médico e de outras especialidades que contribuam para a assistência.
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades, sobretudo, em equipe

A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do paciente, além de possibilitar uma melhor relação entre seus membros.

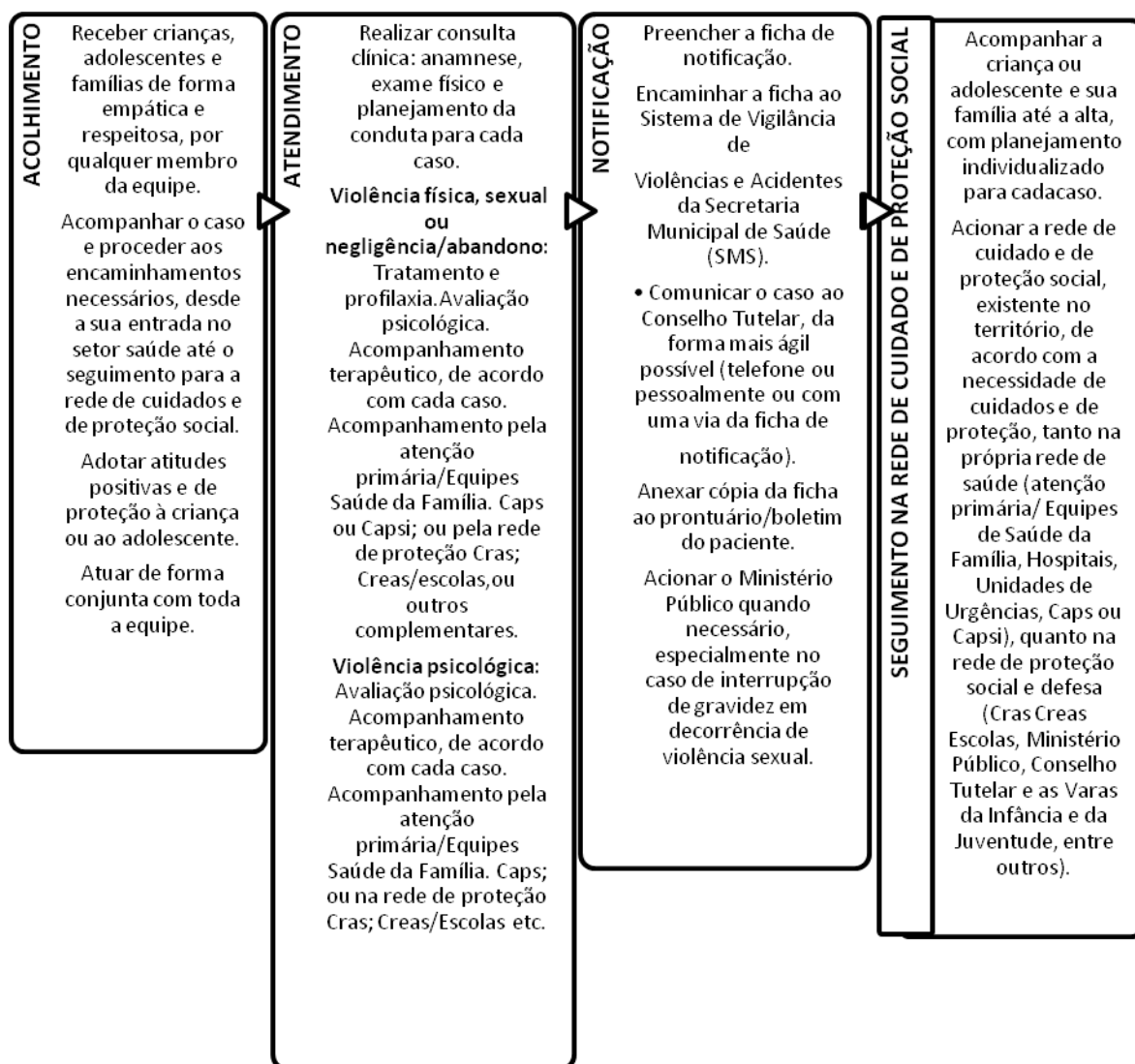
Em situações de violência é importante:

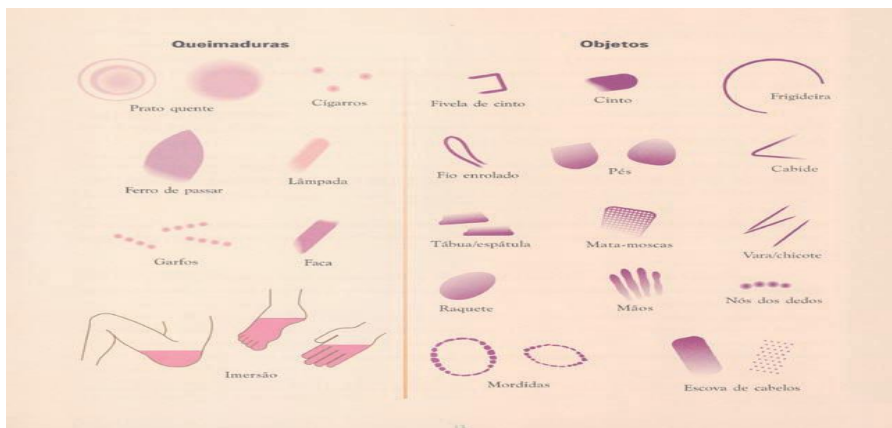
- Contatar imediatamente a família;
- Observar o relato e a atitude dos pais durante a consulta – que podem ser de aparente preocupação e de extensiva colaboração com a equipe médica, mas percebe-se uma ausência de angústia quanto à gravidade das lesões, o que não ocorre habitualmente com os pais de crianças
- Acidentadas;
- Informar, em linguagem apropriada, as graves consequências de maus-tratos e abuso sexual para o desenvolvimento da criança/adolescente;
- Explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda mútua;
- Acompanhar os desdobramentos da notificação;
- Se o agressor é alguém da família, não é conveniente informá-lo imediatamente. A criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Nesse caso, deve-se entrar em contato,

de modo estratégico, com membros não agressores, de preferência com indicação da criança;

- Orientar sobre a importância do tratamento para o agressor, se ele for da família;
- Refletir estratégias protetoras, pois a família tende a se situar, face ao sofrimento, também como vítima;
- Orientar a família para evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição gera nova violência à vítima.

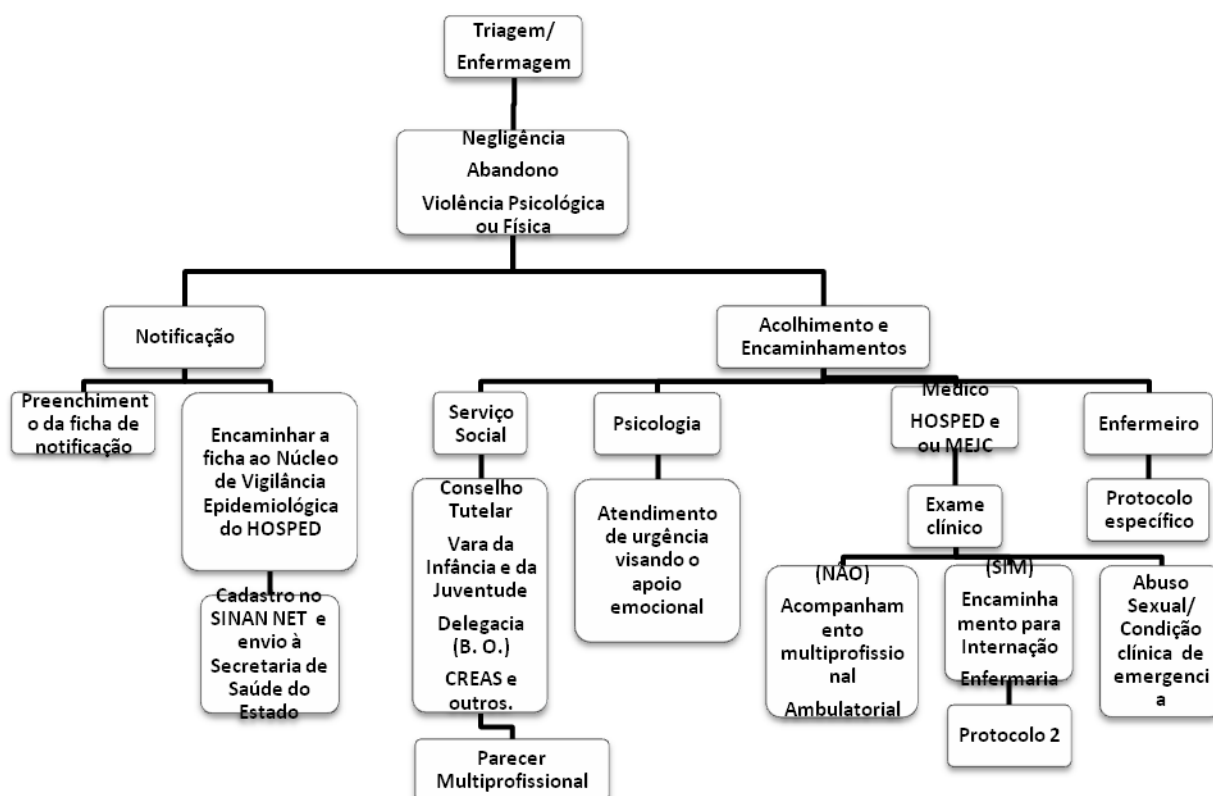
LINHA DE CUIDADO





FLUXOGRAMA DO HOSPED

AMBULATÓRIO (PROTOCOLO I)



ENFERMARIA (PROTOCOLO II)

