MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Brasília-DF
2010

HOSPITAL
CREAS
Conselho Tutelar
CAPSi
CRAS
Saúde da Família

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

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

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série F: Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 8.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Supervisão-Geral:
Elsa Regina Justo Giugliani
Thereza de Lamare Franco Netto

Organização:
Ana Lúcia Ferreira
Joviana Quintes Avanci
Maria de Lourdes Magalhães

Coordenação Técnica:
Edinilsa Ramos de Souza
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis

Elaboração Técnica:
Ana Lúcia de Almeida Ramalho
Ana Lúcia Ferreira
Joviana Quintes Avanci
Luci Pfeiffer
Luiz do Nascimento Carvalho
Maria Aparecida Alves da Silva
Maria de Lourdes Magalhães
Maria Tereza Maldonado
Marta Maria Alves da Silva
Stela Meneghel
Stella Taquette
Suely Ferreira Deslandes
Verônica Gomes Alencar
Thereza de Lamare Franco Netto

Revisão Técnica:
Ana Lúcia Ferreira
Edinilsa Ramos de Souza
Elsa Regina Justo Giugliani
Gilvani Pereira Grangeiro
Joviana Quintes Avanci
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis
Thereza De Lamare Franco Netto

Colaboradores:
Adail de Almeida Rollo
Alba Lucy Giraldo Figueroa
Ana Lucia Ferraz Amstalden
Ana Sudária Lemos Serra
Cheila Marina de Lima
Cláudia Araújo de Lima
Clesimary Evangelista Santos
Denis Ribeiro
Elisabeth Susana Wartchow
Evilene Lima Fernandes
Gilvani Pereira Grangeiro
Ivana Drummond Cordeiro
Juliana M. Fernandes Pereira
Laura Souza
Leandro Queiroz Santi
Marcelo Joaquim Barbosa
Maria Sueli Mendes Nogueira
Mariana Amorim Alencar
Mércia Gomes O. de Carvalho
Rachel Pereira Baccarini
Rodrigo Zilli Haanwinckel
Rubia Cerqueira Persequini
Silvia Maria Franco Freire
Valdir Monteiro Pinto
Zuleica Portela Albuquerque

Ilustração e capa:
Vera Lúcia Magalhães e Laudemiro Francisco Evangelista Bezerra.

Design gráfico e editoração:
Carlota Rios e Robson Lima

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06. Ed. Premium – Torre II, 1º Subsolo, Sala 1.
CEP: 70070-600 – Brasília – DF
Tels.: (61) 3306-8006/ 3306.8070
E-mail: crianca@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/

Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06. Ed. Premium – Térreo, sala 12
CEP: 70070-600 – Brasília – DF
Tels.: (61) 3306.8129/ 3306.8128
E-mail: adolescente@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Adenilson Félix
Revisão: Caroline Côrtes e Khamila Silva

Ficha Catalográfica

Brasil. 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 situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

104, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1688-8

1. Saúde pública. 2. Violência. 3. Políticas públicas. I. Título. II. Série.

CDU 614-053.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2010/0377

Títulos para indexação:
Em inglês: Line of care for comprehensive health care for children, adolescents and their families in situations of violence: guideline for managers and health professionals.
Em espanhol: Línea de atención para los cuidados integrales de salud para niños, adolescentes y sus familias en situacione de violencias: guía para los gerentes y profesionales de la salud.

Sumário

Apresentação 7

1 Introdução 9

2 Promoção da saúde e prevenção de violências 13
Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência 14
Prevenção de violências na família e na comunidade 17
Vulnerabilidades à violência e proteção de crianças e adolescentes 19
Promoção da cultura de paz 23

3 Tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes 27

4 Alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes 35
Violência psicológica 38
Violência física 39
Negligência 44
Violência sexual 46

5 Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências 49
Acolhimento 52
Atendimento 55
Cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual 64
Notificação 71
Seguimento na rede de cuidado e de proteção social 73

6 Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências 77
Rede intrassetorial 78
Rede intersetorial 84
Articulação entre as redes intrassetorial e intersetorial de cuidado e de proteção social 87

7 Considerações finais 89

8 Referências 93

9 Anexos 97

Apresentação

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde. Esses direitos estão consolidados no ordenamento jurídico brasileiro, mas, por vezes, são ameaçados pela violência difundida no tecido social, que afeta especialmente crianças, adolescentes e suas famílias. A violência resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, e também tem profundos efeitos emocionais nas famílias, devido ao impacto que tem na saúde, na qualidade de vida e nos anos potenciais de vida perdidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede.

O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) feitas na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996, declarou que a violência se constitui em um importante problema para a saúde pública. Assim, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001) e definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001). Também instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863 - GM/2003).

A partir de 2006, realinhou os eixos de ação relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), pactuadas com as três esferas de gestão do SUS.

Dando sequência à implementação dessas políticas e ações, o Ministério da Saúde lança o documento "*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*", com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

O conteúdo deste documento está organizado de forma pedagógica e busca estimular o desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz. Chama a atenção para a necessidade do trabalho junto às famílias, reforça a importância de enfatizar os fatores de proteção e alerta sobre as vulnerabilidades e os riscos da violência contra crianças e adolescentes. Traz também orientações aos profissionais de saúde para contribuir na identificação de sinais e sintomas de violências, e estabelece uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de criança, adolescente e suas famílias em situação de violências, articulada com a rede de cuidado e de proteção social existente no território.

Assim, pretende-se ainda estimular os profissionais de saúde para que aproveitem ao máximo as oportunidades oferecidas pelos contatos com as famílias a fim de romper com o ciclo de violência que, muitas vezes, se instala na própria dinâmica dos relacionamentos familiares. Com o olhar atento para as sutilezas das interações entre os membros da família, o profissional pode ajudá-los a descobrir a riqueza dos pequenos momentos do cotidiano na construção dos vínculos e na consolidação da prática dos valores fundamentais do convívio: carinho, amor, gentileza, cooperação, respeito e solidariedade. Essa descoberta pode começar no próprio atendimento e na relação do profissional com a família.

Ministério da Saúde

1 Introdução

> "A saúde pública tem obtido resultados notáveis nas últimas décadas, particularmente em relação à redução dos índices de muitas doenças infantis. Entretanto, salvar nossas crianças dessas doenças apenas para permitir que se tornem vítimas da violência [...] seria uma falha da saúde pública"
>
> (Diretora da OMS, Brundtland apud Krug et al., 2002).

Os direitos de crianças e adolescentes estão certificados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, bem como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.

Esses acordos internacionais foram recepcionados pela Constituição Federal de 1988, sintetizados no art. 227, que afirma: "*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*".

As duas décadas pós-Constituição de 1988 representam um marco histórico nas conquistas de garantia de direitos da criança e do adolescente no País, que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e ganham destaque nas políticas sociais públicas, com *status* de prioridade absoluta.

Para cumprir o artigo constitucional sobre a promoção, a proteção e a defesa do direito à saúde da população brasileira, o SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços que visa garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo. Assim, ele avança de forma consistente na consolidação da rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada.

Classificação etária da infância e da adolescência

Para o ECA, a criança é a pessoa até 11 anos de idade e o adolescente entre 12 e 18 anos. O Ministério da Saúde considera **criança** a pessoa de 0 a 9 anos e o **adolescente** de 10 a 19 anos. A divisão em ciclos de vida, adotada pelo Ministério da Saúde, visa atender as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade.

Nesses 20 anos, percebem-se os avanços das políticas de saúde dirigidas às crianças nos indicadores de saúde, a exemplo da redução da mortalidade infantil. Em contrapartida, observa-se mudança no perfil dos problemas de saúde do País. As causas externas (acidentes e violências) ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos (BRASIL, 2009a). Menos visíveis, porém mais disseminados, são os efeitos da violência e do sofrimento individual de crianças e adolescentes, que podem se perpetuar durante a infância e a adolescência, com consequências até a idade adulta, constituindo-se em desafios para os gestores e profissionais.

Desde 2006, o Ministério da Saúde, com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País que não levam ao óbito ou à internação, estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o qual se constitui por dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), módulo incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan-Net); e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva-Sentinela), realizada por meio de pesquisa a cada dois anos. Esses componentes possibilitam a obtenção de informações que permitem o planejamento das ações de prevenção a esses agravos e a atenção integral às vítimas de acidentes e violências em todo o território nacional.

Os resultados do processo de implantação e implementação do Viva-Contínuo, no período de 1º de agosto de 2006 a 31 de julho de 2007, mostram que crianças e adolescentes de ambos os sexos são igualmente acometidas pela violência, embora sejam afetados por distintos tipos e expressões de situações violentas. Por exemplo, há mais notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino, ao passo que a violência física ocorre mais entre os adolescentes do sexo masculino (BRASIL, 2009a). A publicação com os resultados dos dois componentes do Viva, 2006 e 2007, pode ser acessada em: http://www.saude.gov.br/svs.

Ao longo deste texto são ressaltadas algumas diferenças na expressão da violência segundo as faixas etárias e o sexo da criança e do adolescente, com o intuito de auxiliar o profissional na identificação dessa situação no atendimento.

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à ocorrência de violência. Este documento chama a atenção para as especificidades dessas pessoas, buscando alertar os profissionais para vulnerabilidades, riscos e possibilidades de prevenção, cuidados e proteção.

Sabe-se que a violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das pessoas ao longo de sua existência. Isso reforça a importância de orientar as ações e pactuar estratégias para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica/Primária, entre outras.

Essas ações e diretrizes são articuladas com as políticas sociais e de direitos humanos e são pactuadas entre as instâncias colegiadas da gestão do SUS, nas três esferas de governo, por intermédio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), e no âmbito estadual, municipal e do Distrito Federal nos conselhos locais.

Em que pesem os avanços na atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, ainda são grandes os desafios para lidar com questões complexas que envolvem aspectos relativos à moral, à ética, à ideologia e à cultura, exigindo do profissional e dos gestores da saúde outras habilidades não adquiridas durante sua formação acadêmica.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Saúde do Adolescente e do Jovem, apresenta este documento, que contempla seis capítulos, com o intuito de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social), bem como de sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e a atuação em rede no território.

2 Promoção da saúde e prevenção de violências

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Tem por objetivo atuar sobre os determinantes das doenças e agravos, investindo em políticas indutoras de modos de vida promotores de saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde e da cultura de paz baseia-se no fortalecimento de fatores que protegem a pessoa, fazendo-a evitar ou controlar os riscos. Tem como base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Contempla requisitos como paz, educação, justiça social e equidade (BUSS, 2000).

A **prevenção** pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades específicas. Atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação.

A promoção da saúde e da cultura de paz e a prevenção de violências contra crianças e adolescentes é papel de todos. Devem abranger ações coletivas, envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e informais e lideranças comunitárias e juvenis, dentre outros, como parceiros fundamentais. As ações preventivas na comunidade são essenciais para a redução dos riscos de violência e promoção da cultura de paz no território. **A atuação mais eficaz é aquela que inclui, faz alianças e se torna presente na vida cotidiana das famílias e das comunidades.**

Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência

A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos, que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. Com a evolução das pesquisas, descobriu-se que o potencial de resiliência está presente no desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida. Portanto, é importante que seja incentivado e reforçado desde a infância. Está relacionado ao suporte e ao respeito mútuo proporcionados pela família, à capacidade individual de se desenvolver autonomamente (autoestima positiva, autocontrole, temperamento afetuoso e flexível) e ao apoio oferecido pelo ambiente social, amigos, professores, profissionais de saúde e outras pessoas significativas para o indivíduo ao longo de sua vida (ASSIS; AVANCI; PESCE, 2005).

A resiliência depende principalmente de três fatores:

(1) atributos pessoais como autonomia, autoestima e competência social;

(2) família coesa, em que não há negligência e existe pelo menos um adulto com laço afetivo forte com a criança ou o adolescente, que oferece suporte emocional nos momentos de crise;

(3) rede de apoio social e recursos institucionais que encorajem e apoiem a criança e o adolescente no enfrentamento das circunstâncias da vida (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Atitudes dos profissionais de saúde para fortalecer a resiliência

- escutar o que a criança e o adolescente sentem diante de situações difíceis;
- permitir a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo;
- oferecer o apoio necessário para que crianças e adolescentes se sintam seguros;
- incentivar iniciativas para criação de saídas e busca de soluções para os problemas;
- estabelecer vínculos com as crianças e adolescentes atendidos e suas famílias.

No cotidiano do atendimento, os profissionais de saúde podem contribuir ativamente para que as famílias se fortaleçam e favoreçam a resiliência de suas crianças e adolescentes.

No contato com as famílias, por menor que seja o tempo disponível para o atendimento, os profissionais de saúde precisam enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais como respeitar os direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho, dentre outros. Os pais precisam saber que, embora existam características gerais esperadas em cada etapa de desenvolvimento, cada criança tem seu ritmo próprio que deve ser respeitado.

A intervenção do profissional favorece a saúde física e emocional de crianças e adolescentes em seu processo de crescimento e desenvolvimento, em especial nos momentos de mudanças importantes. No decorrer do atendimento, a fala, o olhar, os gestos, as informações transmitidas em linguagem simples e acessível podem fazer uma enorme diferença na construção do vínculo, como mostram alguns exemplos práticos segundo as principais etapas do desenvolvimento:

- **No pré-natal** – período que vai da concepção ao nascimento. Nesse período, assim como durante o primeiro ano de vida, ocorre um ritmo mais acelerado de desenvolvimento do ser humano. Nessa fase, orientar sobre a importância de conversar e cantar para o bebê, acariciar a barriga e proporcionar outras demonstrações de afeto abre caminho para o fortalecimento do vínculo.

Para saber mais sobre resiliência leia:

ASSIS, S. *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/ CNPq, 2006.

Esse livro pode ser acessado em: www.claves.fiocruz.br

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o **Método Canguru** como o cuidado do recém-nascido de baixo-peso, após estabilização inicial, pele a pele com a mãe, iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada. É indicado para o recém-nascido prematuro ou de baixo-peso estável, que necessita de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções.

A **Caderneta de Saúde da Criança** - versão para menino e para menina - dispõe de um conjunto de orientações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança de 0 aos 9 anos, destinadas aos cuidadores de criança e aos profissionais de saúde. É um instrumento importante para o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a família.

Orientações importantes

a) Enfatizar para a família a importância de valorizar a criança e o adolescente, elogiando seus pequenos progressos na evolução de habilidades e competências.

b) Enriquecer os recursos de comunicação das famílias para que possam disciplinar sem violência, dizer o que não apreciam no comportamento da criança e do adolescente sem humilhá-lo ou depreciá-lo.

- **No parto e no puerpério** – ao nascer, o bebê está preparado para descobrir a si mesmo, as pessoas e o mundo ao seu redor. Facilitar o contato imediato entre os pais e o recém-nascido, bem como a amamentação; comentar que o contato pele a pele transmite amor e segurança ao bebê: abraçar, aninhar, aconchegar, massagear seu corpo, olhar em seus olhos, falar com ele, tudo isso são maneiras de vincular-se ao bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança. O contato carinhoso entre os pais e o bebê é indispensável para o desenvolvimento do vínculo, especialmente quando se torna necessária a internação em UTI Neonatal. Na maternidade, tanto o alojamento conjunto quanto a aplicação do "Método Canguru" são ótimas oportunidades de promover os vínculos entre a família e o bebê.

- **Nos primeiros anos de vida** – nas consultas de atendimento, em especial as de puericultura, ou nas visitas domiciliares de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a observação da qualidade das interações entre os membros da família e a criança pequena oferece oportunidades de comentar sobre a importância da estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor e das competências da criança. O profissional pode orientar sobre proteção contra acidentes, esclarecendo a respeito de formas seguras de explorar o ambiente e da importância de brincar, estimular a curiosidade e a criatividade. É importante também informar que o choro é um instrumento de comunicação na etapa pré-verbal que comunica necessidades que precisam ser atendidas.

- **No decorrer da infância** – comentar sobre a importância de colocar limites com firmeza, de forma amorosa e serena, uma vez que a criança já entende o "não" e, portanto, começa a diferenciar o permitido do não permitido. Isso ajuda a criança a descobrir o que pode ou não fazer. Com isso, conseguirá desenvolver o controle da impulsividade ("nem sempre posso fazer o que quero na hora em que quero"), formar hábitos e desenvolver a autodisciplina, essenciais para a aprendizagem. Também é importante orientar os pais e/ou responsáveis sobre o desenvolvimento da sexualidade, que deve ser considerada parte integrante do desenvolvimento geral das crianças. Crianças pequenas vivenciam a sexualidade *"pela maneira como são tocadas, seguradas, confortadas, acariciadas, afagadas e cuidadas; por meio da exploração de si próprias e do aprendizado de qual é a sensação de seus corpos para elas mesmas; pela orientação dos pais – o aprendizado do que*

é e do que não é permitido fazer; por meio de palavras que os membros da família utilizam, ou não, para se referir às partes do corpo; ao observar como membros da família expressam afeição e carinho uns pelos outros...” (SANDERSON, 2005, p. 32).

- **No final da infância e no início da adolescência** – a interação com a escola, com a comunidade e com os grupos de amigos exerce forte influência sobre comportamentos, valores e formação de vínculos, inclusive na “alfabetização amorosa”.

  É importante valorizar o relacionamento entre os irmãos, que compartilham histórias, experiências, brincadeiras e costumes. Isso também ajuda a construir outra mentalidade na relação de gênero (cuidar da casa deixou de ser “tarefa de mulher”, passando a ser “tarefa de pessoas”). Estimular o espírito empreendedor (“fazer acontecer”, em vez de esperar que as oportunidades caiam do céu) contribui para desenvolver habilidades e competências. As conversas em família com a escuta dos pontos de vista de cada um enriquece a comunicação e facilita a resolução dos conflitos que inevitavelmente surgem a partir das diferenças. Construir os alicerces do diálogo sobre temas de interesse comum facilita as conversas sobre temas mais sensíveis, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, o início das relações amorosas e o desenvolvimento da sexualidade. Ao chegar à puberdade, as relações afetivas e amorosas se tornam mais intensas. A vivência e o aprendizado dessas relações sofrem influência da mídia, dos amigos e da família. A autodescoberta e a observação ainda são essenciais para determinar muitas das atividades sexuais nesta fase. Em geral, o comportamento sexual da criança e do adolescente tem por base o comportamento das pessoas mais velhas; ao imitá-las, aprendem os papéis dos adultos. Os pais precisam estar cientes de que os filhos podem ter entendimento e interpretação próprios. Contudo, para poderem guiá-los de maneira apropriada, é importante utilizar uma linguagem que promova a compreensão, em vez de fazê-los se sentirem envergonhados ou culpados (SANDERSON, 2005).

Vínculos seguros facilitam a formação da autoestima, da resiliência e da visão positiva do mundo. **Vínculos pouco amorosos ou inseguros** conduzem a problemas emocionais posteriores. O vínculo seguro significa amor com sensibilidade, aconchego, sintonia, reparar rupturas, negociar caminhos de vida atravessando adversidades e superando obstáculos.

A **Caderneta de Saúde do Adolescente e da Adolescente** dispõe de um conjunto de orientações sobre o início da puberdade, as transformações do corpo e o início da sexualidade. É um instrumento importante para ajudar esse público no processo de autodescoberta e autocuidado.

Prevenção de violências na família e na comunidade

Prevenir a violência contra a criança e o adolescente é possível e quanto mais cedo se inicia a prevenção maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema. Desde o pré-natal, é possível uma

Violência fetal

"Violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e/ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros), assim como quando a gestante sofre alguma forma de violência física por outra pessoa, através de pontapés, socos na barriga e outras formas de agressões inclusive, a negligência" (CURITIBA, 2008, p. 33). A identificação da violência fetal permite a intervenção e a prevenção precoces da violência.

atuação preventiva, trabalhando a aceitação de gravidez não planejada ou em decorrência de violência e as expectativas em relação ao bebê com a mãe, o pai e os familiares. Promover vínculos afetivos e de cuidado é a melhor via de prevenção nessa fase.

Tão logo seja possível, é importante proporcionar que as famílias saibam reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas do bebê, ajudando assim a diminuir frustrações ou a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento da criança e a traduzir melhor seus comportamentos. O mesmo vale para as fases posteriores de seu desenvolvimento. Essas informações são especialmente importantes para os pais de crianças e adolescentes com deficiência, que muitas vezes não atendem às expectativas dos mesmos, que demandam mais trabalho e atenção e, por isso, se tornam mais vulneráveis às várias formas de expressão da violência, detalhadas no próximo capítulo.

Como os profissionais podem atuar como facilitadores da prevenção da violência?

a) propiciando troca de experiências entre pais que já passaram ou estão passando pela mesma fase da criação dos filhos;

b) criando espaços e grupos nos quais os pais e cuidadores possam compartilhar as experiências e tirar dúvidas. Ouvir os relatos de situações difíceis e as formas de enfrentá-las ajuda a perceber que suas dificuldades já foram vividas e superadas por outras famílias.

Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas, pelas dificuldades e desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de um de seus membros requerem atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las.

A violência sexual também deve ser trabalhada preventivamente, junto aos familiares, crianças e adolescentes. É possível abordar, com linguagem apropriada às faixas etárias, a questão da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e inadequados entre uma criança e alguém mais velho do que ela ou adulto.

A violência intergeracional diz respeito à reprodução e transmissão da violência através de gerações familiares.

Há ainda a possibilidade de fazer prevenção evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer, seja nas relações atuais ou se perpetuando pelas gerações futuras (violência intergeracional). Inicia-se pela adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações. Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e para isso é indispensável proporcionar a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

Algumas atitudes preventivas dos profissionais de saúde mediante situações de violência no âmbito familiar

- orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores;
- acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
- buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território.

A prevenção da violência também pode ser feita ao se buscar reduzir os efeitos deletérios e suas consequências. Espera-se do profissional habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e à equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança ou adolescente e para o autor da agressão.

Finalmente, estratégias desenvolvidas no espaço do território também se mostram eficientes. Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização da comunidade e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento; a utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco; e a promoção de atividades de recreação. Outras ações de prevenção na comunidade implicam a atuação de outros atores da rede de atenção, cuidado, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes e, por serem de importância fundamental para minimizar a violência, o profissional de saúde deve buscar meios para acioná-las. Um exemplo de medida preventiva desse tipo é a redução da presença ou do acesso às drogas, ao álcool e às armas.

Vulnerabilidades à violência e proteção de crianças e adolescentes

O conceito de vulnerabilidade enfatiza o contexto de vida social e histórico dos grupos sociais e está estreitamente relacionado ao esforço de superação por meio das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco. Considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos (BRASIL, 2009b).

Fatores de vulnerabilidade à violência são circunstâncias de vida ou atributos pessoais que facilitam que a criança ou o adolescente se torne vítima ou agente de violência em um determinado momento.

Assim, o conceito de vulnerabilidade permite repensar as práticas de saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, por meio do trabalho transdisciplinar com diferentes setores da sociedade, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Desde a gestação, a criança precisa de tempo, espaço e condições favoráveis para se desenvolver bem. As características do ambiente que convive são decisivas para favorecer ou dificultar o alcance de todo seu potencial de desenvolvimento. Igualmente, algumas circunstâncias da vida, as características do lugar onde vive, de sua família e da própria criança ou adolescente podem deixá-los mais vulneráveis, dando margem para que a violência ocorra; ou, ao contrário, podem torná-los mais protegidos, dificultando o acometimento da violência.

Durante a **gestação**, o bebê é capaz de sentir-se amado e seguro, o que o torna mais fortalecido e protegido. O acompanhamento pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família.

Nesse período, a desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado ao lado do relacionamento hostil ou agressivo entre os pais e as atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê são os fatores que mais sinalizam para o profissional sobre o risco da ocorrência de violência atual e no futuro. Se essas condições permanecem após o nascimento da criança, é grande a sua vulnerabilidade à violência. Outras situações que sinalizam nesse mesmo sentido podem ser a dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem, a recusa em amamentar, o desmame precoce sem motivos aparentes, o cansaço e a insegurança persistentes, as queixas exageradas às demandas da criança e a suposição injustificada de doenças.

Alguns sinais de risco ou vulnerabilidades durante a gravidez

- Gravidez decorrente de violência sexual.
- Não aceitação da gravidez.
- Não reconhecimento da paternidade.
- Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho.
- Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê.
- Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal.
- Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostos.
- Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço,

abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal.

- Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros.
- Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção.
- Tentativa de abortamento.

Fonte: (PFEIFFER, 2008).

É importante considerar a possibilidade de depressão materna na gestação, no período pós-parto e durante o primeiro ano de vida do bebê como possível causa de comportamentos de negligência e de situações em que a mãe tenta "se livrar" da criança. Nesses casos, a equipe de saúde precisa estar preparada para fazer o diagnóstico da situação para que haja uma intervenção adequada e que inclua o tratamento da mãe. O bom relacionamento da mãe, do pai e dos familiares com o bebê é um potente fator de proteção contra a violência. O cuidado, a atenção e o carinho são aspectos protetores essenciais durante todo o período da infância e da adolescência.

Fatores protetores caracterizam-se por atributos pessoais, familiares ou sociais que minimizam ou neutralizam o impacto do risco. Quanto mais atuantes, maior é o seu efeito positivo na vida das crianças e dos adolescentes (ASSIS; AVANCI, 2009).

Além disso, a proteção da gestante também é importante, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual, situação na qual passam por momentos difíceis e com isso podem ter sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade. O serviço de saúde precisa estar preparado para acolher e oferecer espaço para que elas possam expressar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas.

O apoio às mães e às famílias se reflete em respostas positivas às solicitações da criança e em maior afetividade.

Na **infância**, a aquisição da linguagem e a crescente percepção do mundo possibilitam à criança absorver com maior intensidade os estímulos que recebe. Nessa fase, aspectos relativos à família são os principais responsáveis pela segurança e proteção da criança, evitando assim a exposição às situações de vulnerabilidades para a violência.

Até o terceiro ano de vida, a criança tem pouca capacidade de entendimento do relacionamento ou cuidado que lhe é dispensado, não conseguindo se opor a atitudes violentas como formas de convivência. Como depende do mundo adulto para sobreviver, reage a ele pelo que lhe é ensinado, pelo que recebe e pelo que percebe. Mas, independente da idade, a criança e o adolescente costumam agir com os outros do mesmo modo que as pessoas agem com eles, reproduzindo a violência ou o afeto que recebem.

O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator protetor no desenvolvimento de potencialidades fundamentais, como autoestima, sentimento de confiança (em si e no mundo), autonomia, aprendizado dos limites e potencial de superação de problemas, os quais são também importantes fatores de proteção à situação de violência.

Ser menino ou ser menina também pode significar risco ou proteção a determinadas formas de violência. Crianças do sexo masculino estão mais sujeitos a sofrerem violência física, ao passo que as do sexo feminino correm mais risco de sofrerem violência sexual (BRASIL, 2009a).

Na **adolescência**, testar limites, questionar normas e valores convencionais, adaptar-se às pressões do ambiente e lidar com novas dúvidas e emoções são algumas das experiências marcantes e próprias deste momento da vida. Esse cenário, associado à maior independência e contato social com o grupo de pares, pode tornar o adolescente mais ou menos vulnerável à violência.

A existência de um projeto de vida baseado em sonhos e metas; o envolvimento em atividades de lazer, esportivas ou educativas em grupo de pares; o estabelecimento de relações afetuosas e seguras com adultos; a supervisão familiar e a religiosidade são aspectos de proteção ao adolescente. A referência de um adulto também contribui de forma significativa para contrabalançar os conflitos com os pais, frequentes nessa fase da vida (ASSIS; AVANCI, 2009).

O ambiente familiar é o que mais pode proteger ou expor crianças e adolescentes à violência. Em muitas famílias, a violência é uma forma de comunicação, com este padrão de convivência vindo inclusive de gerações anteriores. Este cenário é muito prejudicial ao desenvolvimento da criança e do adolescente.

É papel do profissional orientar as famílias sobre outras formas de educar e se comunicar com seus filhos, e acompanhá-las com respeito e atenção. Contudo, há aspectos do contexto social e econômico que transcendem o comportamento individual ou familiar, atuando em toda uma comunidade ou grupo social e agindo sobremaneira na vida de crianças e adolescentes e de suas famílias. É fundamental o papel das redes sociais de apoio como frentes importantes para o trabalho e a interação com a família na perspectiva da proteção, defesa e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. A ausência de políticas de geração de renda,

habitação, saneamento básico, dentre outras, são fatores determinantes de uma maior exposição à violência.

A presença ativa do Estado em prol da defesa e da proteção da população e o monitoramento no cumprimento de leis de proteção aos direitos da criança e do adolescente pelos órgãos responsáveis e pela sociedade civil são exemplos de ações protetoras geralmente presentes em comunidades unidas por forte "vínculo" social.

Promoção da cultura de paz

Todas as pessoas nascem com potencial para amar e para ser agressivo. É preciso expandir o primeiro para nutrir a capacidade de amar e de ser solidário. A energia da agressividade é necessária para lutar pelos próprios direitos, indignar-se com as injustiças e ter persistência para atingir as metas, ou seja, ser usada de forma construtiva em prol de causas nobres. No entanto, quando inadequadamente canalizada, a agressividade se transforma em ódio e violência e, portanto, torna-se destrutiva.

A raiva, o descontentamento, a frustração por desejos não realizados, a dificuldade de tolerar a espera e de aceitar o "não" como resposta: tudo é motivo de pequenos e grandes conflitos entre crianças, adolescentes e adultos. Morder, chutar e bater são expressões normais da agressividade nos primeiros anos de vida. Os momentos em que elas aparecem são ótimas oportunidades para construir outras maneiras de demonstrar raiva.

Dar palmadas torna a disciplina menos eficaz, enviando mensagens contraditórias: **você bate para ensinar a não bater**. Para ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e não se expressar de forma violenta e destrutiva, é preciso que os adultos empreguem maneiras firmes, porém não violentas, para educá-la. É a força da delicadeza, essencial para a aprendizagem da disciplina, da gentileza e da harmonia do convívio. A educação dos filhos requer paciência: aprender o que pode e o que não pode ser feito, compreender as regras familiares e as normas sociais depende da repetição e da consistência na transmissão das mensagens. Porém, depende ainda mais do amor com que elas são transmitidas e do exemplo de quem está passando a mensagem.

Compreender os processos de mascaramento dos sentimentos (por exemplo, tristeza, mágoa e insegurança que se expressam por condutas agressivas) e de canalização da impulsividade depende de um trabalho interno, persistente e que precisa ser feito durante toda a vida. Em palavras simples, significa que é preciso aprender a tomar conta da raiva, em vez de deixar a raiva tomar conta de nós. Esse é um dos componentes básicos da inteligência de relacionamentos e da construção da paz. No entanto, há muitos adultos que não conseguem "segurar a raiva" ou outros sentimentos e acabam sendo violentos até mesmo com os próprios familiares.

As pessoas diferem em personalidades, preferências, valores, desejos, necessidades e percepções, e por isso, em alguns momentos, entram em choque (que, aliás, é o significado da palavra *conflictus*). Porém, diferenças e discordâncias nem sempre são sinônimos de incompatibilidade e o conflito nem sempre é ruim. O que define o conflito como destrutivo ou construtivo é a maneira de lidar com ele. O conflito pode resultar em brigas crônicas e em escalada da violência, mas também pode ser terra fértil para o crescimento e fortalecimento pessoal e das relações. Daí a encruzilhada e o desafio: **como desenvolver habilidades para transformar conflitos destrutivos em caminhos construtivos? Como harmonizar diferenças e criar soluções satisfatórias para todos?**

A solução de conflitos depende, em grande parte, da clareza e da eficácia da comunicação. A base fundamental é saber escutar com sensibilidade e atenção e transmitir à outra parte que suas mensagens são compreendidas. Com isso, se constrói a confiança e o respeito apesar das discordâncias.

Crianças e adolescentes podem ser incentivados – dentro das famílias, das escolas, nos serviços de saúde e em outras instituições da sociedade – a se desenvolverem como "construtores da paz". Em muitas situações, eles são agentes transformadores da realidade em que vivem.

Profissionais de saúde encontram muitas dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho e ficam perplexos diante de situações extremamente desafiadoras. Algumas perguntas norteadoras para lidar com as famílias que vivenciam tantos problemas são: **onde estão os recursos que podem melhorar essa situação? Quais são as prioridades e as possibilidades que este caso possui?** Os caminhos podem estar nos recursos da própria comunidade, dos projetos sociais, de pessoas de fora e também de dentro da família. Os recursos amorosos e a competência para o cuidado

encontram-se, em muitos casos, soterrados por um acúmulo de sofrimentos e sentimentos de desesperança, desespero, desilusão, descrença, falta de perspectiva de mudanças ou de "enxergar a luz no fim do túnel". Ações profissionais desenvolvidas com sensibilidade e dedicação ajudam a família a identificar esses recursos preciosos, que ela, muitas vezes, desconhece.

Os profissionais de saúde, no momento do atendimento às demandas da família nos serviços de saúde, podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e para que partilhem as responsabilidades como cuidadores e como provedores. Pais e/ou mães biológicos ou adotivos, afetuosos e conscientes dos seus papéis, são essenciais para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

3 Tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º estabelece que "*nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.*" Contudo, há muitas crianças e adolescentes sofrendo violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência/abandono.

Essas violências se interpõem como uma ameaça ao direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes. Agir na vanguarda da saúde pública, pressupõe conhecer os tipos e natureza da violência, bem como as suas formas e manifestações, além das consequências da exposição, para atuar no cuidado, em todas as dimensões, com fluxo ágil e competente, em cada nível da atenção e com trabalho em rede, conforme tratado nos capítulos seguintes.

O Ministério da Saúde adota o conceito de violência utilizado pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual:

> 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 (KRUG *et al.*, 2002, p.5).

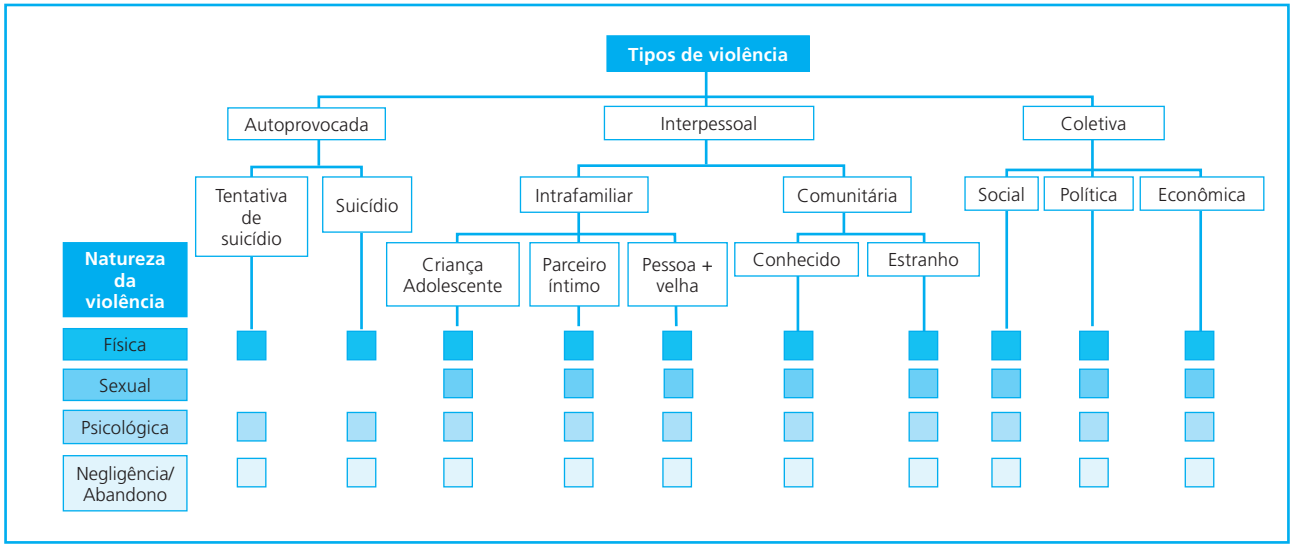
Para a violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define:

> 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, 2001).

Conhecer e saber identificar as formas de manifestação da violência que mais afetam as crianças e os adolescentes é fundamental para oferecer cuidado e proteção social, especialmente na rede pública de saúde.

Para realçar os aspectos e as relações entre os diferentes tipos e natureza da violência, será utilizado o modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde (KRUG *et al.*, 2002). Esta proposta classifica a violência em três grandes categorias, divididas em tipos de violência mais específicos, segundo a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações maiores (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Esses tipos são relacionados à sua natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes



Fonte: (KRUG *et al.*, 2002).

A **violência autoprovocada ou contra si mesmo** envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito. O *comportamento suicida* inclui ideias de acabar com a vida e a automutilação (destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente), que pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo), estereotipada (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou

superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (KRUG *et al.*, 2002). O *suicídio* caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim à própria vida.

A **violência interpessoal** ocorre na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009). É dividida em violência **intrafamiliar** e **comunitária**.

A *violência intrafamiliar* ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Inclui, ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos.

Quando se identifica uma criança sofrendo violência em casa, é quase certo que outras pessoas de sua família também sofram. No espaço de convivência familiar, a violência entre os irmãos também merece a atenção dos profissionais. É comum a existência de xingamentos, humilhações e agressões físicas entre eles. Apesar de aceita socialmente, a violência entre os irmãos pode sinalizar para o profissional o tipo de relacionamento que a criança ou o adolescente tem dentro e fora de casa.

A *violência comunitária* caracteriza-se pelo fato de ser praticada entre indivíduos sem laços de parentesco, conhecidos ou desconhecidos. Exercida por pessoas em atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas, tais como: escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros.

A violência coletiva é em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

A violência estrutural ou social diz respeito às diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as diversas formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras (MINAYO, 2009). Aparece naturalizada na sociedade, mas se constitui como **solo fértil para as principais formas de relações violentas**.

O que é violência de gênero?

São formas de dominação, opressão e crueldade nas relações de homens e mulheres, estruturalmente construídas e reproduzidas no cotidiano. Geralmente é sofrida por mulheres, embora também possa ser dirigida aos homens, e é naturalizada no processo de socialização de meninos e meninas.

Neste documento serão abordadas com maior ênfase as categorias ou tipos da violência interpessoal, dividida em intrafamiliar e comunitária, considerando que são os tipos mais frequentes e nas quais a saúde tem maior possibilidade de intervenção no campo da prevenção e da atenção à saúde das pessoas que sofrem ou praticam essas formas de violência.

A seguir, são apresentadas as violências segundo sua natureza:

a) **Violência física:** caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2004). Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde.

Síndrome do bebê Sacudido

É causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Esta ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro hemorragias, por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervoso.

Síndrome de *Munchausen* por procuração

É caracterizada pela simulação ou criação, por um dos responsáveis ou cuidador (com grande frequência a mãe), de sinais ou sintomas que caracterizam doenças em seus filhos. É considerada uma forma de violência física por exigir dos profissionais da área da saúde a execução de uma série de exames e investigações extremamente penosos para a criança. Esses responsáveis chegam a falsificar o material colhido para exames, induzindo o médico a tratamentos desnecessários ou investigações cada vez mais complexas e agressivas.

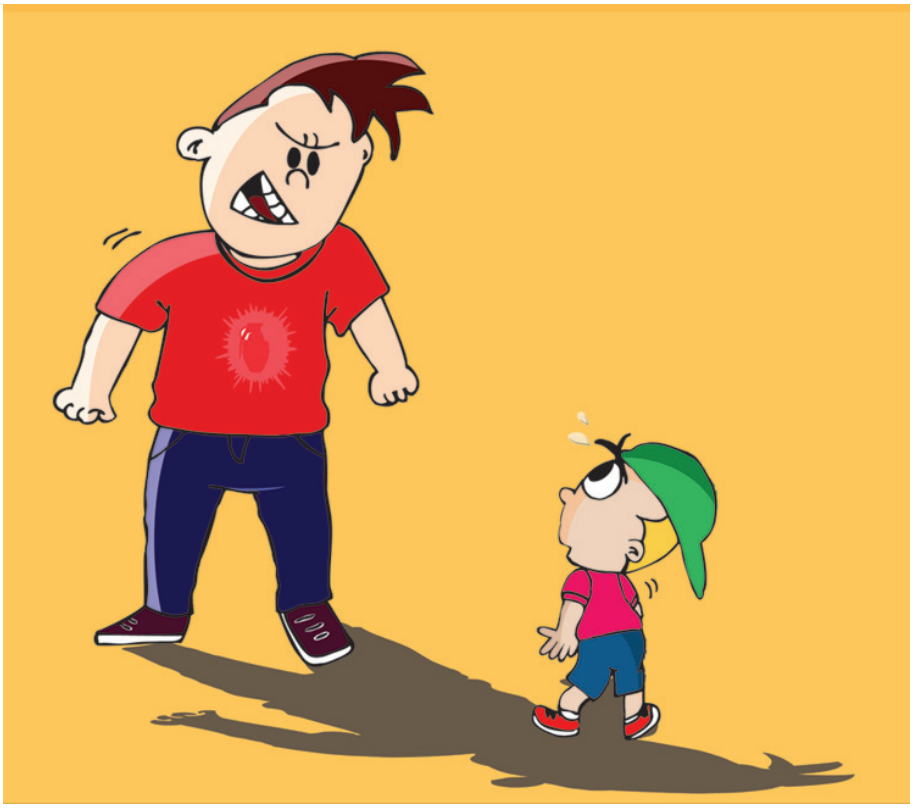
Há diferença entre violência física e castigo corporal?

O castigo corporal ocorre com frequência na maioria dos países do mundo. É uma prática que deteriora as relações entre pais e filhos, compromete a internalização moral (aprendizado por meio da punição e não pela consciência de inadequação do comportamento) e transmite modelos agressivos para a solução de problemas (DURRANT, 2008).

Por isto, o castigo corporal é considerado uma violência física e não deve ser usado como recurso pedagógico para impor limites às crianças e aos adolescentes. A recomendação fundamental é proteger e dar atenção a crianças e adolescentes diante de qualquer ato que possa prejudicar seu desenvolvimento, buscando sempre a orientação por meio do diálogo.

Para saber mais consulte o *site* www.naobataeduque.org.br.

b) **Violência psicológica:** é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2004).



O trabalho infantil é também uma forma de violência, podendo acarretar em danos físicos e psicológicos, pois transforma as crianças e os adolescentes em adultos precoces, submetendo-os, muitas vezes, a situações extremas que afetam seu processo de crescimento e desenvolvimento, expondo-os à aquisição de doenças e a atrasos na formação escolar e, até mesmo, a sequelas que acabam sendo irreversíveis na vida adulta (MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997).

Os prováveis riscos ocupacionais e repercussões à saúde para crianças e adolescentes encontram-se na "Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP)", discriminados, por tipo de trabalho (Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008).

Para saber mais, acesse http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6481.htm

Outras formas de violência psicológica

Testemunho da violência: refere-se a situações violentas que a criança ou o adolescente toma conhecimento ou presencia em casa, na escola, na comunidade ou na rua. Os danos são ainda mais graves quando a própria vida da criança ou do adolescente está ameaçada ou quando ela vê situações violentas contra uma pessoa querida (a violência entre os pais é um exemplo).

Síndrome da alienação parental: termo mais usado na esfera jurídica, diz respeito às sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge.

Assédio moral ou violência moral que ocorre no trabalho: é relativamente comum com adolescentes e refere-se às situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, com predomínio de condutas negativas, relações desumanas e aéticas do chefe com seus subordinados (BARRETO, 2000).

Bullying

Ocorre com frequência nas escolas e é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos (LOPES NETO, 2005).

No *bullying*, a violência física e psicológica podem estar presentes. Para uma atuação efetiva do setor saúde, são necessárias ações com as escolas, identificando comportamentos de risco, aconselhando famílias, rastreando sintomas e incentivando a implantação de programas anti-*bullying* nas escolas.

O *cyberbullying* é um fenômeno mais recente, caracterizado pela ocorrência de e-*mails*, mensagens por *pagers* ou celulares, telefonemas, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios, ações difamatórias *on-line* como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis.

c) **Violência sexual:** é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e "*voyeurismo*" (obtenção de prazer sexual por meio da observação) (BRASIL, 2004). É predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas.

A Lei nº 12.015/2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, considera como crime de estupro de vulnerável, independentemente do sexo da vítima, qualquer tipo de relacionamento sexual (conjunção carnal ou outro ato libidinoso) com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los (BRASIL, 2009c).

Como diferenciar a violência sexual dos jogos sexuais infantis?

Sabe-se que na infância é comum o envolvimento de crianças em brincadeiras sexualizadas (jogos sexuais), o que costuma preocupar familiares e profissionais. Nessas situações, não é rara a identificação da criança como "culpada" ou como "vítima". A autoestimulação, a autoexploração, o beijo, o abraço, o toque e a exposição de genitais para outras crianças e jogos do tipo "mamãe e papai" são normais e fazem parte do desenvolvimento infantil (SANDERSON, 2005). Tais comportamentos são formas de explorar a capacidade do corpo tal como a criança faz ao correr, pular, ler ou aprender. Como parte do desenvolvimento normal da criança, essa forma de exploração é equilibrada pela curiosidade sobre outros aspectos de seu universo de vida. É guiada pela curiosidade espontânea, despreocupada e divertida. Costuma ocorrer entre faixas etárias semelhantes, com participação voluntária (sem ser forçada ou coagida), e o relacionamento entre os participantes da brincadeira, quando estão em outras atividades, é cordial e amigável, sem hostilidade ou agressividade.

No entanto, se ficar caracterizada a existência de coerção ou se os envolvidos estiverem em estágios de desenvolvimento diferentes, mesmo com pequenas diferenças de idade, não há como considerar a situação como "jogo sexual" entre as crianças ou adolescentes. Essa visão é bastante útil na prática, já que valoriza as circunstâncias em que ocorreram os fatos e não só os padrões estabelecidos por definições estáticas.

Exploração sexual

Caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com intenção do lucro ou troca, seja financeiro ou de qualquer espécie. Em geral são usados meios de coação ou persuasão, podendo haver um intermediário como aliciador. É uma forma de violência sexual que afeta todas as classes sociais, etnias e ambos os sexos, entretanto é mais comum entre adolescentes mulheres provenientes de classes populares de baixa renda. Esse tipo de violência ocorre de quatro formas: em rede de prostituição, de pornografia, especialmente na *internet*, de tráfico para fins sexuais e em viagens, e no turismo (BRASIL, 2008).

O que é negligência emocional?

Apesar de difícil identificação, ocorre quando os responsáveis, independentemente das justificativas, deixam de dar suporte afetivo e psicológico à criança ou ao adolescente.

d) **Negligência:** caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes (BRASIL, 2004). Inclui a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (BRASIL, 2004). O **abandono** é a forma mais grave de negligência. A negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou o responsável.

Cabe lembrar que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual.

4 Alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes

Os sinais da violência se traduzem em consequências que podem ser distintas segundo a etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para a criança e o adolescente. Nesse sentido, **a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, a representação do ato violento pela criança ou pelo adolescente, ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência à saúde para esse grupo etário.**

Algumas crianças podem, em uma observação superficial ou imediata, demonstrar um estado de aparente calma logo após a violência, o que não significa que não houve sequelas. Especial atenção deve ser dada aos casos de bebês e crianças muito pequenas, abaixo de 3 anos, nos quais as consequências e a exteriorização do sofrimento dificilmente acontecem de imediato. É importante saber que, em qualquer idade, nem sempre os sintomas são bem definidos. O que ocorre é que eles irão se acumulando e se potencializando a medida que progride a violência e/ou a ausência de tratamento.

É preciso lembrar que a infância é a fase de absorção de valores básicos, na forma de conceitos morais e éticos que determinarão a formação e a estruturação da personalidade. A violência contra a criança e o adolescente, quando não reconhecida nem tratada, deixa marcas e imprime valores distorcidos. Seus danos poderão influenciar as reações, os impulsos e as escolhas para o resto da vida, e se perpetuar pela reprodução da violência na relação com as gerações futuras.

Todo profissional de saúde tem momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias – recepção, vacina, curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, odontológica, de enfermagem e psicológica, visita domiciliar, dentre outros. Esses momentos são oportunos e criam condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência. Possibilitam também a promoção dos cuidados necessários para a proteção e bem-estar da criança ou do adolescente e orientação às famílias para a prevenção e superação da violência.

A seguir são apresentadas as **alterações comportamentais de crianças e adolescentes em situações de violência**, e que frequentemente representam a demanda do atendimento nos serviços de saúde (Quadro 2). Elas são apresentadas por faixa etária para indicar a possibilidade mais frequente de aparecimento de cada uma delas, porém devem ser vistas como de valor genérico e sempre acumulativo.

Quadro 2 - Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência*

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA			ADOLESCENTE 10 a 19 anos
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente	■	■	■	■
Irritabilidade frequente, sem causa aparente	■	■	■	■
Olhar indiferente e apatia	■	■	■	■
Tristeza constante		■	■	■
Demonstrações de desconforto no colo	■			
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites		■	■	■
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas	■	■	■	
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	■	■		
Distúrbios de alimentação		■	■	■
Enurese e encoprese			■	■
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala		■	■	
Distúrbios do sono	■	■	■	■
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	■	■	■	■
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	■	■	■	■
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	■	■	■	■
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola			■	■
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade		■	■	■
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações		■	■	■
Pesadelos frequentes, terror noturno		■	■	■
Tiques ou manias		■	■	■
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas			■	■
Baixa autoestima e autoconfiança		■	■	■
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio			■	■
Problemas ou *déficit* de atenção			■	■
Sintomas de hiperatividade		■	■	■
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes			■	■
Uso abusivo de drogas			■	■

* Os espaços coloridos indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.

Para uma apresentação mais didática, os sinais da violência serão descritos, a seguir, segundo sua natureza. Muitas formas de apresentação e identificação desses sinais são semelhantes na infância e na adolescência. Quando pertinente, serão destacadas as peculiaridades por faixa etária.

Violência psicológica

A violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou a impedir o curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura dos serviços de saúde.

Há que se considerar, no entanto, que as outras formas de violência, seja ela física, sexual ou negligência, habitualmente, também desencadeiam sofrimento, determinando sinais gerais comuns a todas elas. Os sinais deste sofrimento podem ser notados mesmo quando ainda não existe o controle da linguagem pela criança, que reage de acordo com as suas possibilidades de entendimento, absorção e elaboração da situação. Mais precisamente a partir dos 5 anos de idade, os sinais gerais de violência e, mais especificamente, da violência psicológica, vão depender se as agressões iniciaram nessa idade ou se representam uma continuidade de situações de violência sofridas anteriormente ou, ainda, se decorrem de sequelas de violências anteriores não tratadas. Nas duas últimas situações, os sintomas apresentados serão crescentes e cumulativos, levando ao maior prejuízo pela ação negativa que desvia, bloqueia ou impossibilita o desenvolvimento atual, tanto pela agressão em si como também pelas faltas ou falhas das etapas evolutivas anteriores.

Sintomas de depressão, ansiedade e agressividade são muito comuns em crianças e adolescentes que vivem situações de violência. Esses sintomas são mais facilmente identificados na adolescência, embora ocorram com frequência na infância, sendo importante que os profissionais de saúde estejam atentos para sua ocorrência.

Dentre os problemas de saúde mental decorrentes da violência, destaca-se também o transtorno de estresse pós-traumático, o qual comumente é desencadeado por uma situação violenta. Esse transtorno envolve intenso medo, impotência ou horror, com revivência do episódio violento através de recordações e sonhos aflitivos, sofrimento intenso e fuga de situações relacionadas àquele evento.

Para saber mais, leia a série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil, que contempla os seguintes livros:

AVANCI, J.; ASSIS, S.; PESCE, R. *Depressão em Crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência*. Rio de Janeiro: Ensp, Claves/ Fiocruz, CNPQ, 2008.

ASSIS, S. *et al*. *Ansiedade em Crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância.* Rio de Janeiro: Ensp, Claves/Fiocruz, CNPQ, 2007.

PESCE, R.; ASSIS, S.; AVANCI, J. *Agressividade em Crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância*. Rio de Janeiro: Ensp, Claves/Fiocruz, CNPQ, 2008.

Esses livros podem ser acessados na Biblioteca Virtual Violência e Saúde, em <www.bvsvs.icict.fiocruz.br>

Violência física

De acordo com o tipo de instrumento utilizado, intensidade, local do trauma e distribuição da lesão, é possível identificar sinais gerais e específicos dos traumas secundários à violência física.

Contudo, é preciso, inicialmente, afastar a possibilidade de que as lesões ou cicatrizes apresentadas pela criança sejam consequentes de traumatismos não intencionais. São mais propensas ao risco de lesões não intencionais as áreas de extensão e de maior proeminência (que primeiro chegam ao chão ou são atingidas por qualquer objeto acidentalmente), como fronte, nariz e queixo, palma de mãos, área de extensão de braço e cotovelo, região anterior de perna, ponta do pé.

O atraso na procura de atendimento ao trauma deve ser interpretado como um sinal, no mínimo, de negligência e/ou de tentativa de ocultação da violência ou, ainda, de manter a lesão sem tratamento para provocar maior dor.

Histórias inconsistentes ou conflitantes entre os responsáveis, ou entre eles e a criança, para explicar o trauma, ou mesmo que vão sendo contadas de formas diferentes com o decorrer do tempo, devem sempre indicar necessidade de maior investigação da situação.

Além dos sinais gerais de danos emocionais citados anteriormente, há que se suspeitar de violência física quando a criança ou adolescente apresentar os seguintes sinais gerais físicos:

- **Lesões ditas como "acidentais" não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança:** fraturas de crânio em crianças abaixo de 4 meses, que ainda não têm capacidade de rolar ou se arrastar, com história de queda acidental do trocador ou berço.
- **Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado:** fraturas de fêmur em crianças abaixo de 4 anos, referidas como consequência de queda de bicicleta quando ela não teria capacidade de andar em bicicleta tão alta da qual a queda poderia provocar um trauma tão intenso a ponto de provocar uma fratura.
- **Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura:** evidências de traumas sucessivos, como a presença de hematomas em áreas diversas e com colorações diferentes, ou o encontro de fraturas recentes e antigas.
- **Lesões bilaterais ou simétricas:** indicação de menos dois traumas sucessivos ou um planejamento para provocar a lesão. É o caso de lesões

bioculares, fraturas de crânio bilaterais, fraturas simétricas de costelas, sem acontecimento de grandes traumatismos, como acidentes de trânsito.

- **Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo:** regiões laterais de tronco, interna de braços ou coxas, região perineal ou genital, pescoço, axilas.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Como sinais específicos de violência física, apresentam-se (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004):

A) **Lesões de pele:** diagnosticadas com maior frequência, havendo características próprias que as diferenciam das lesões não intencionais, como:

- **Lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que reproduzem o instrumento agressor (marcas de fios, cinto, mãos, cigarro).**
- **Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando possíveis amarras.**
- **Queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele não respeita a ação da gravidade.**
- **Queimaduras em forma de luvas (nas mãos) ou meias (nos pés).**
- **Queimaduras em região de nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres.**

B) **Fraturas:** constituem o segundo achado mais comum da violência física. Certos tipos de fraturas são fortemente suspeitas de lesão intencional, como:

- **Fraturas em região próxima às articulações.**
- **Fraturas em alça de balde, que são fraturas metafisárias por arrancamento em ossos longos.**
- **Fraturas em espiral.**
- **Fraturas de costela em crianças abaixo de 2 anos.**
- **Fraturas de arcos costais posteriores.**

- **Fraturas bilaterais de clavícula.**
- **Fraturas de escápula e esterno.**
- **Fraturas de vértebras, sem história de trauma não intencional de alto impacto.**
- **Fraturas diversas em estágios diferentes de cicatrização ou cura.**

C) **Lesões cranioencefálicas:** podem deixar sequelas permanentes no sistema nervoso central e comumente levam à morte, por contusões, lacerações, micro-hemorragias, hematomas e grandes sangramentos.

Especialmente na criança abaixo de 2 anos é possível encontrar a **Síndrome do Bebê Sacudido**, causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Esta ação, em face à fragilidade da musculatura do pescoço e ao grande volume cerebral, provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro-hemorragias por rupturas de artérias e veias até hemorragias maciças e rompimento de fibras e tecido nervoso.

Há comprometimento grave do sistema nervoso central, com convulsões ou paralisias, sem sinais infecciosos ou inflamatórios que os justifiquem, acompanhado de hemorragia de retina (essa última está presente em apenas 3% dos traumas cranianos consequentes a outros tipos de lesões).

D) **Lesões de face**

- **Lesão biocular, especialmente quando sem lesão de nariz,** indicando dois momentos de trauma.
- **Hemorragia de conduto auditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perfuradas,** indicando barotrauma por socos ou fortes pancadas, com possível fratura de osso esfenoide.
- **Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões,** levando desde a lacerações até arrancamentos e fraturas da cartilagem (orelha em couve-flor).
- **Lesões dentárias**, como quebras ou arrancamentos.

E) **Lesões abdominais:** são mais frequentes na criança maior, que se mantém em pé ou já anda, e no adolescente. Habitualmente, são provocadas por socos ou pontapés. Representam uma importante causa de mortalidade por violência na infância. Podem levar a:

- **Sangramentos e ruptura de vísceras maciças.**
- **Hemorragia digestiva.**
- **Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal.**
- **Hemorragias de pâncreas, podendo desencadear a insuficiência do órgão e diabetes.**

F) **Envenenamentos e intoxicações**: imposição ou administração à criança ou ao adolescente de substâncias tóxicas, cáusticas, ácidas ou medicamentosas, na tentativa de controlá-la, maltratá-la ou mesmo levá-la à morte.

As crianças e adolescentes com doenças crônicas ou com deficiências são de alto risco para violência, pois seus responsáveis têm disponíveis vários tipos de medicamentos receitados pelo médico.

O profissional de saúde deve dar especial atenção aos quadros de crises convulsivas, especialmente quando nunca foram presenciados por mais de um familiar ou pessoa da convivência diária, ou ainda perante uma evolução não esperada para o quadro apresentado. Essas situações podem ser indícios de *Síndrome de Munchausen por Procuração*.

Sinais de envenenamento ou de intoxicações intencionais

- Indícios de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, que, em casos de ingestão acidental, não seriam tomados em grande volume pela criança devido ao gosto ser ruim ou pela dor que provoca.
- Caso agudo ou crônico de origem obscura e sintomas complexos, que envolve comprometimento de vários órgãos ou sistemas, como sistema nervoso central, dos mecanismos de coagulação, digestório, ou acompanhado de sinais de depressão respiratória, sem que se possa enquadrá-los em doença conhecida.
- Criança trazida pelos responsáveis com queixa de envenenamento acidental, mas com relato do acidente confuso e discordante entre os pais, habitualmente associado à ausência de preocupação pela identificação do agente tóxico, com sinais de uso de grandes quantidades.
- Demora na procura do atendimento após envenenamento dito como "acidental", sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para tratamento.

- Criança com sintomas crônicos de "doença desconhecida", sem diagnóstico, caracterizando a *Síndrome de Munchausen por Procuração*, provocada por envenenamento ou intoxicação crônica.
- Sinais de negligência ou outras formas de violência.
- Crianças que ficam a maior parte do tempo sozinhas com um cuidador, que, para mantê-las quietas, pode oferecer analgésicos, bebidas alcoólicas ou outras substâncias ou drogas.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

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

Quando ocorre a *Síndrome de Munchausen por Procuração*

- Queixas de doença recidivante, de diagnóstico obscuro, que não responde aos tratamentos habituais.
- Discordância entre os achados de exame físico e as queixas dos responsáveis.
- Incoerência entre os sinais e sintomas relatados com os exames laboratoriais.
- Sinais e sintomas que são percebidos sempre pela mesma pessoa, que demonstra preocupação exagerada diante da gravidade dos possíveis sintomas, ou mesmo certo prazer em relatá-los, mesmo que repetidas vezes.
- Insatisfação quanto aos tratamentos oferecidos, com insistência quanto à gravidade do caso e a necessidade de novas investigações.
- Limitação de várias atividades de lazer da criança ou adolescente, com a desculpa de protegê-los do agravamento da "doença".
- Comportamento conformado ou até mesmo apático da criança ou adolescente diante da investigações e limitações impostas, assumindo o papel de doente incurável e em risco de vida constante.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Os profissionais devem ficar atentos para as internações frequentes, seja por doenças agudas ou crônicas e que evoluem de forma diferente da esperada para a doença, seja por enfermidades ou acidentes que poderiam ser evitados.

Negligência

A negligência e a omissão de cuidados é mais comum em crianças, mas também pode ocorrer na adolescência e caracteriza-se:

a) pelo descaso com o bem-estar e a segurança da criança ou do adolescente, com a afetividade, a educação ou a detecção de atrasos de desenvolvimento sem causa orgânica aparente. São indícios de que se deve realizar uma investigação detalhada da situação familiar.

b) pela recusa dos pais em aceitar as orientações do calendário vacinal, tratamentos medicamentosos, orientação educacional e preventiva.

Indicativos de Negligência – Omissão de Cuidados

a) Comportamentos dos pais/responsáveis

- Descaso com a higiene e o aspecto pessoal da criança.
- Descuido na guarda, no preparo ou na oferta dos alimentos à criança.
- Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar.
- Culpabilização da criança e do adolescente ou ainda da unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela.
- Descuido com a segurança da criança e ocasionalmente do adolescente e ausência de medidas na prevenção de acidentes.
- Descaso no acompanhamento e seguimento do calendário vacinal, de higiene e nutrição.

- Demora inexplicável na procura de recursos médicos diante de sinais de doença, não seguimento de recomendações ou escolha por tratamentos inadequados para a criança e o adolescente.
- Falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação da doença crônica ou da deficiência.
- Falta de proteção ou defesa contra acidentes e/ou violência praticada por outros.
- Ausência de preocupação na escolha ou com a segurança dos locais onde a criança e/ou o adolescente é deixado ou com os escolhidos como seus cuidadores – terceirização do cuidado.

b) Sinais de ausência de cuidados que podem ser identificados na criança e, ocasionalmente, em adolescentes

- Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes.
- Lesões de pele frequentes ou dermatite de fraldas de repetição (sem tentativas eficientes de tratamento).
- Cáries dentárias (sem procura ou persistência no tratamento).
- Déficits de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifiquem.
- Desnutrição sem doença básica aparente.
- Obesidade por descuido ou imposição nutricional.
- Uso de roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social.
- Atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional.
- Faltas frequentes à unidade de educação infantil, ensino fundamental e médio.
- Dificuldade de aprendizagem, sem demonstração de apreensão dos responsáveis em encontrar causa e/ou soluções.
- Atraso na escolaridade, por não procura ou por fracasso.
- Problemas de adaptação social.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Adolescentes internados que não recebem visitas ou que os familiares não estão presentes na alta também podem ser sinalizadores de situações de negligência ou outras violências.

Enquadram-se na negligência emocional todos os sinais apresentados e também os que apontam para a despreocupação dos responsáveis com o desenvolvimento, o bem-estar e a segurança da criança ou do adolescente.

Existem dificuldades para se firmar este diagnóstico em crianças e adolescentes, visto estarem muitas vezes à mercê do autor de violência e dele depender física e psiquicamente.

Violência Sexual

Provoca sinais e sintomas físicos e psíquicos. Em geral, o ato sexual com penetração acontece depois de algum tempo de sedução do adulto em relação à vítima.

Sinais indiretos de erotização precoce

- A falta de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal.
- A exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros.
- Imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos.
- Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, através de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual, dentre outros.

Obs.: É importante considerar também as alterações comportamentais comuns a todas as formas de violência mencionadas no Quadro 2, no início deste capítulo.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes

- Atitudes sexuais impróprias para a idade.
- Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes.
- Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre.
- Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do abusador com ela.
- Mudanças de comportamento.
- Infecções urinárias de repetição.

Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Para o profissional de saúde, apesar de, na maioria das vezes, não existir **evidências físicas diretas** da violência sexual, alguns sinais são relevantes:

Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes

- **Edema ou lesões em área genital,** sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis.
- **Lesões de palato ou de dentes anteriores,** decorrentes de sexo oral.
- **Sangramento vaginal em pré-púberes,** excluindo a introdução pela criança de corpo estranho.
- **Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal** sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica.
- **Rompimento himenal.**
- **Doenças sexualmente transmissíveis.**
- **Gravidez.**
- **Aborto.**

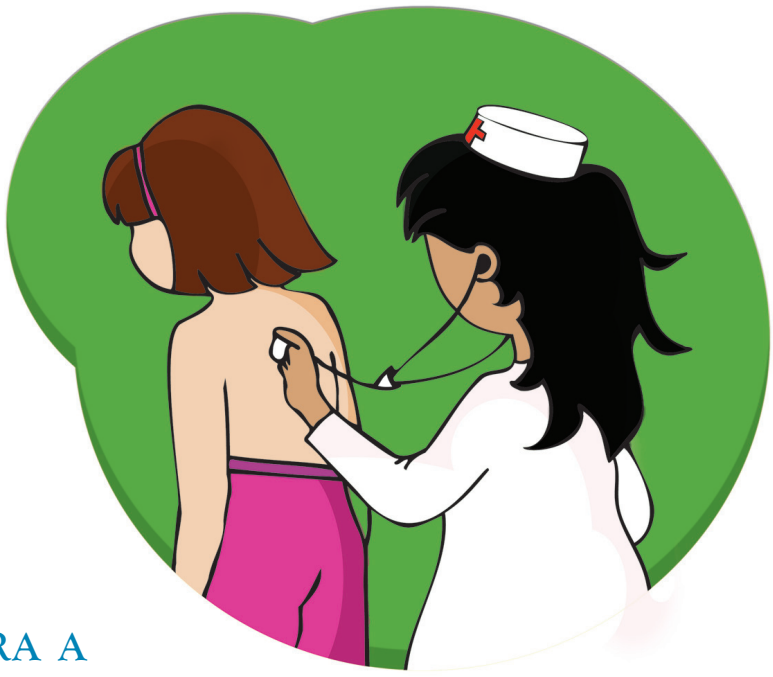
Fonte: (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Crianças e adolescentes sofrendo violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação. Por isso, cabe aqui mais uma vez o alerta para os sinais e sintomas apresentados no **Quadro 2** como possíveis manifestações também de abuso sexual. Os cuidados profiláticos e o tratamento para os casos de violência sexual encontram-se no capítulo 5 deste documento.

É importante ressaltar que os sinais e sintomas apresentados por crianças e adolescentes tratados neste capítulo devem ser observados não somente nos serviços de saúde, mas também em outros espaços do território (comunidade, lar, escola, etc.). Sua identificação é, portanto, uma responsabilidade de instituições e profissionais que integram o Sistema de Garantia de Direitos.

Como consequências prováveis no desenvolvimento das relações afetivo sexuais de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual é possível identificar:

- **Distúrbios ou impossibilidade de assumir uma vida sexual adulta saudável:** ausência de desejo sexual, anorgasmia, frigidez, impotência, ejaculação precoce.
- **Dificuldades no desenvolvimento sexual:** tendências para a assexualidade ou hipersexualidade.
- **Desvio do comportamento sexual:** promiscuidade, perversões, fetichismo, exibicionismo, *voyeurismo*, parafilias – pedofilia.



5 Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências

A Linha de Cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

O cuidado é uma expressão "plural" que não significa o cuidar de si mesmo, mas o cuidado do outro sem intenção ou pretensão. O cuidado é uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro.

Em geral, o cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde (AYRES, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) coloca em evidência a dimensão do cuidado a partir da compreensão do **acolhimento** como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, ou seja, uma forma de

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, e responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

fazer com que o outro se sinta pertencido. Mais que uma atitude de solidariedade, é uma atitude de inclusão.

A organização da atenção integral à saúde da criança e do adolescente em linha de cuidado coloca-se como uma estratégia para a orientação de gestores e profissionais de saúde dos três níveis da atenção, visando à garantia da continuidade do atendimento e à articulação das várias ações desenvolvidas pela rede de cuidado em saúde com a de proteção social no território.

A atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território.

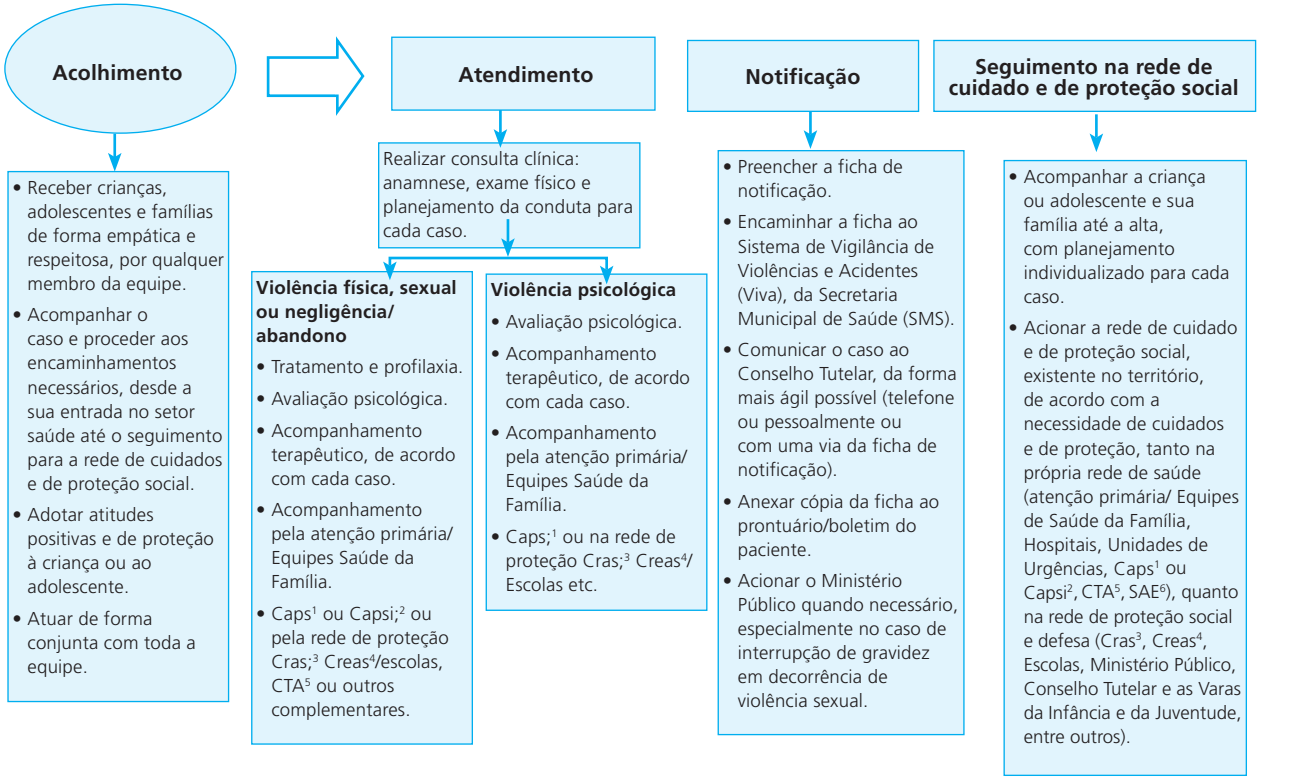
O sucesso da estratégia depende da integração de todos os recursos disponíveis por meio de fluxos e protocolos, capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção, a partir de uma linha de produção de cuidado orientada pela atenção primária à saúde e gestão do serviço que possibilite a continuidade do cuidado e que considere: os componentes educacionais e de comunicação, a elaboração da programação da atenção, o desenho dos pontos/estações de atendimento, o contrato de gestão e a regulação, monitorados e acompanhados pelo sistema de governança; e o uso de instrumentos tecnológicos de gestão da clínica, validados por experiências e pesquisas, como meios potentes para reduzir a fragmentação dos serviços e superar a lógica de organização da assistência centrada no saber médico.

A implantação da Linha de Cuidado na temática da violência permite:

a) organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção;
b) estabelecer o "percurso da atenção" a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas;
c) definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social;
d) estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção;
e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social;
f) desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência.

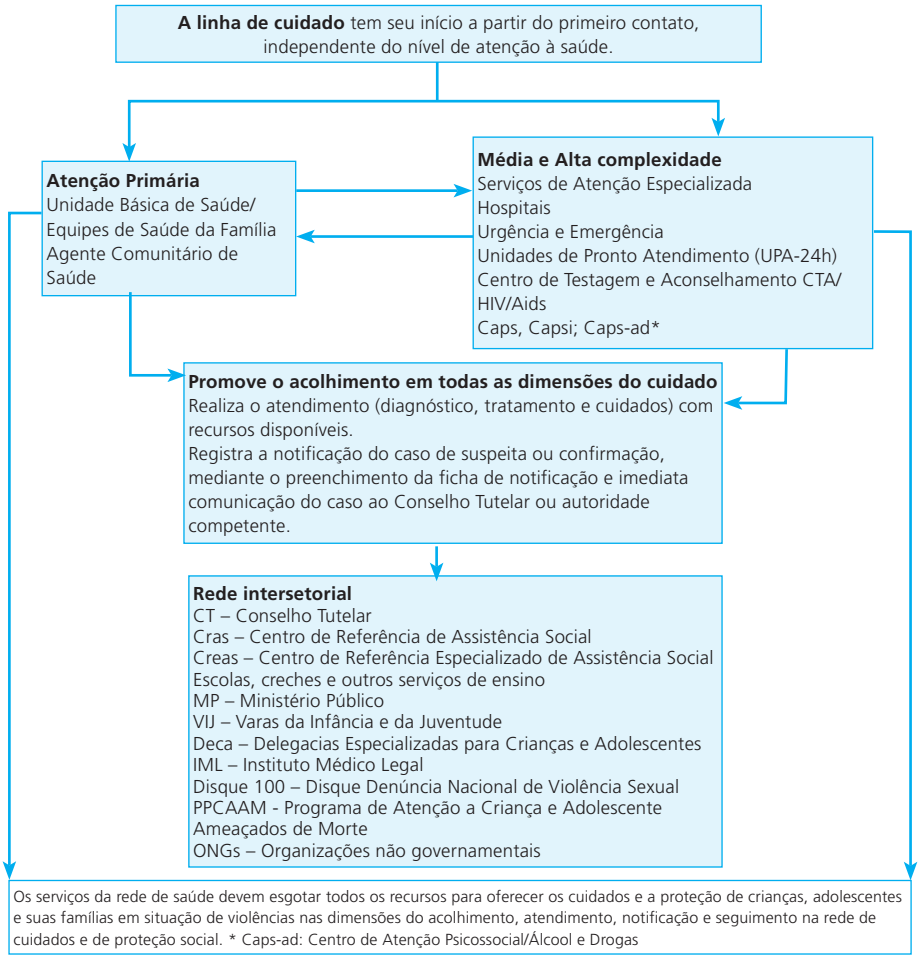
O Diagrama 1 ilustra o passo a passo da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, que compreende as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social, propostas neste documento.

Diagrama 1 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências



[1]Caps: Centros de Atenção Psicossocial; [2]Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; [3]Cras: Centro de Referência de Assistência Social; [4]Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; [5]CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; [6]SAE: Serviço de Atenção Especializada.

Diagrama 2 – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde



Acolhimento

O primeiro passo para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, atentando para o fato de que eles poderão se encontrar com grande ansiedade e medo ou, especialmente, nos casos crônicos, desamparados e em estado de sofrimento.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, angústias e criatividade nos modos de fazer, e é quando o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e aconchegar a criança e o adolescente em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, de acordo com cada situação (BRASIL, 2006b).

Portanto, o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como uma linha de cuidado, como uma ação contínua em todos os locais e momentos do processo de produção de saúde, diferenciando-se da triagem tradicional.

> Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica; adequação nas formas de organização dos serviços de saúde, o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais, associados à adoção de modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2006b, p. 20).

A qualidade do acolhimento, a escuta competente e afetiva, a amplitude das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com seus usuários, a facilidade do acesso às ações de saúde oferecidas e as linhas de cuidado definidas pelos serviços e suas equipes é que possibilitam maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis.

Na área da saúde, chama-se de **ambiência** o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relação interpessoal, que proporciona a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006). Privacidade, individualidade, confortabilidade e subjetividade dos sujeitos são relevantes, bem como as ferramentas que facilitem o processo de trabalho, dentre elas a otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

O acolhimento facilita muito a abordagem com a pessoa que se encontra num contexto de violência. Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para falar do que viveu na presença de familiares, até porque esses podem ser os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança e o adolescente e sua família se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia.

É importante valorizar as informações da criança ou do adolescente, considerando que o relato espontâneo é de alta credibilidade, com sutileza na abordagem para evitar mais traumas ou revitimizações. Nesses casos, é sempre indicado solicitar ajuda de psicólogo e de outros profissionais qualificados para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

Além disso, desde os casos leves aos mais graves, a criança ou o adolescente costuma ser colocado como partícipe ou causador do ato agressivo pelo autor de violência, e essa culpa pode bloquear sua "revelação" e aceitação do atendimento. A desculpabilização é um passo imprescindível na condução de situações desse tipo.

Lembrar que é muito difícil para uma criança ou um adolescente contar a um adulto que está sofrendo ou que sofreu alguma violência. Há o temor de ameaça da violência contra si e/ou os membros de sua família, ou o medo de serem levadas para longe do lar.

É importante evitar julgamentos e comentários de alerta, indignação, censura ou acusação e confrontos. Na entrevista com os responsáveis, é fundamental estabelecer uma relação empática, deixando claro que o objetivo maior é a proteção da criança ou do adolescente, mantendo sempre uma atitude de isenção e bom senso. A identificação de alguém da família para acompanhar a criança ou o adolescente é fundamental. Sempre que possível, a avaliação da situação deve incluir o autor da violência e/ou os outros responsáveis do núcleo de convivência da criança.

Além disso, é importante lembrar que a violência ocorre de forma sistêmica na família, atingindo outros membros. Desse modo, o profissional de saúde precisa desenvolver uma compreensão do contexto da situação de violência que atinge a família e as suas possíveis consequências físicas e emocionais a muitos dos seus integrantes.

Caso o profissional perceba que há risco de revitimização ou considere que a própria família representa um risco para a criança ou o adolescente, deve contatar imediatamente o Conselho Tutelar, a fim de comunicar a situação e receber orientações para proteger a vítima.

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.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Área Temática do Programa Adolescente Saudável, disponível em http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/saude_adolescente

Atendimento

O atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do profissional. É, desde o princípio, uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado e de proteção social detalhada no capítulo 6 deste documento.

A atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violências requer a sensibilização de todos os profissionais do serviço de saúde. É muito importante a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e suas famílias enfrentam para compartilhar esse tipo de problema, sobre os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde em sua condição de corresponsável na garantia desses direitos.

O serviço deve estabelecer um plano de atenção, em linha de cuidado, que pressupõe o correto preenchimento de um prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento. Deve-se anotar sempre tudo o que for dito durante a consulta, deixando claro quando expressar uma fala da criança, do adolescente, de sua família ou de outra pessoa. O preenchimento do prontuário precisa ser claro, assinado e carimbado. Quando não informatizado, precisa ser escrito com letra legível, para que as informações não se percam. O prontuário deve conter registro completo sobre: dados de exame físico (com descrição detalhada das lesões encontradas, sua localização, forma e dimensões), dados individuais e familiares, medicação, solicitação de exames, procedimentos adotados, providências tomadas e encaminhamentos, além da cronologia dos atendimentos.

O comportamento da criança, do adolescente e de sua família, bem como seus sintomas psicológicos, devem ser registrados em detalhe, para que as autoridades que atuam na proteção e defesa da criança ou do adolescente tenham conhecimento da gravidade da situação à época do atendimento. Além disso, embora o relato médico seja muito valorizado quando se trata de atendimento de emergência, o que mais se solicita aos serviços que atendem e acompanham a vítima de violência são os relatórios psicossociais.

Os serviços devem estar equipados com instruções, telefones de emergência e recursos aos quais os responsáveis possam recorrer. Estas informações devem estar ao alcance de todos.

Proteger a identidade da criança, do adolescente e de sua família é um compromisso ético profissional. As informações referentes à criança ou ao adolescente só deverão ser socializadas com os profissionais da rede de cuidados e de proteção social diretamente envolvidos com o caso.

Um elemento que qualifica o atendimento e ajuda a superar os obstáculos do dia a dia da prática é o engajamento de todos os profissionais dos serviços, ou seja, desde os que estão na recepção até os que atendem e acompanham a família, incluindo os gestores das unidades.

Atitude do profissional

O profissional de saúde desempenha um papel importante no cuidado de crianças e adolescentes ao identificar uma situação de violência ou as condições que indicam que isso pode vir a acontecer. Ao avaliar os riscos, pode atuar no sentido de romper ou evitar dinâmicas abusivas. A atitude e a ação do profissional diante dessa criança ou desse adolescente podem representar uma oportunidade única de sua história ganhar novos rumos. O profissional de saúde, em muitas situações, pode contribuir com a família na construção de uma nova maneira de cuidar dos filhos. Mas é também importante lembrar que o apoio psicológico para os profissionais que atendem crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência é necessário.

A abertura e a honestidade ao lidar com os pais são os princípios básicos nos atendimentos da criança, do adolescente e de sua família. Eles têm responsabilidades no cuidado com seus filhos e, na maioria das vezes, deverão ser comunicados o mais breve possível sobre informações que lhes dizem respeito. Os profissionais devem explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda competente. Além do mais, a família precisa acompanhar os desdobramentos das ações de cuidado e proteção.

Poderão ocorrer circunstâncias em que não será conveniente informar imediatamente aos pais sobre a suspeita, pelo risco de prejudicar as ações

de proteção. Por exemplo, se uma violência sexual for perpetrada por alguém que reside com a criança ou adolescente, a família poderá pressionar para que essa negue ou retire o que disse. Nesses casos, a criança ou o adolescente poderá sofrer riscos ainda maiores. E, se a equipe decidir abordar os familiares, deverá fazê-lo de modo estratégico, por exemplo, entrando em contato com membros que não estão envolvidos com a violência, de preferência com o consentimento ou indicações da criança ou do adolescente.

Caso os profissionais sintam o ambiente favorável, a orientação educativa é fundamental nas situações de violências. O(a) autor(a) da violência também poderá necessitar de atenção e ajuda, o que é mais viável se ele (a) fizer parte da família. É importante orientar os familiares, explicando, em linguagem apropriada, as graves consequências da violência para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança ou do adolescente e o seu importante papel na mudança dessa situação.

Quando o autor da agressão não faz parte da família, em geral os profissionais de saúde não têm acesso a ele, mas, ainda assim, vale a pena alertar os pais ou responsáveis sobre a importância de fornecer um meio de contato, especialmente se for uma pessoa cuja convivência com a criança tenha chance de continuidade, como é o caso de cuidadores informais, vizinhos e conhecidos. A abordagem a essas pessoas pode também ser feita pelo Conselho Tutelar, sendo necessário que o profissional avalie os riscos e a pertinência dessa intervenção para a proteção da criança ou do adolescente e para a prevenção de violência contra outras crianças e adolescentes.

Uma situação peculiar diz respeito ao atendimento dos autores de violência sexual. Em geral, necessitam serem cuidados por profissionais especializados em serviços específicos, pela possibilidade da existência de distúrbios psiquiátricos ou psicológicos associados ao seu comportamento. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde que prestam o atendimento à criança ou ao adolescente procurem identificar, em seu território de atuação, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços específicos para onde essas pessoas possam ser encaminhadas.

A equipe de saúde nunca deve agir sozinha em caso de suspeita e confirmação de violência, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, pela sua vinculação com os membros da comunidade. A rede de cuidado e de proteção social no território deve sempre ser acionada, a fim de apoiar as medidas tomadas pelo profissional de saúde na garantia de

direitos e de proteção da criança e do adolescente. Esta rede encontra-se melhor detalhada no capítulo 6.

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)".

Atitudes positivas do profissional de saúde

- Garantir o direito à individualidade e à singularidade de cada família e de cada vítima.
- Garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa.
- Estimular a criança ou o (a) adolescente e suas famílias a adotarem estratégias de proteção para enfrentarem as dificuldades geradas a partir do momento da publicização da violência sofrida.
- Oferecer orientações e suporte para que a criança ou adolescente possa compreender com mais clareza o processo que está vivendo.
- Ouvir, atenta e exclusivamente, a criança ou o adolescente. Evitar interrupções, para não fragmentar todo o processo de confiança adquirido. Se necessário, primeiramente, conversar sobre assuntos diversos, podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos.
- Demonstrar segurança durante o atendimento, a fim de fortalecer a confiança.
- Evitar que a ansiedade ou curiosidade do profissional leve-o a pressionar o paciente ou sua família para obter informações. Procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.
- Permitir que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo. Perguntas que obriguem a precisão de tempo devem ser sempre associadas a eventos comemorativos, como Natal, Páscoa, férias, aniversários e outros.
- Utilizar linguagem simples e clara para que a criança ou o adolescente entenda o que está sendo dito. Utilize as mesmas palavras usadas pela criança (para identificar as diferentes partes do corpo, por exemplo). Se a criança perceber que o profissional reluta em empregar certas palavras, ela poderá também relutar em usá-las.
- Confirmar com a criança ou o adolescente se você, como profissional, está, de fato, compreendendo o que ela está relatando.
- Expressar apoio e solidariedade por meio do contato físico com a criança/adolescente apenas se ela/ele assim o permitir. O contato físico entre o profissional e a criança ou o(a) adolescente pode fortalecer vínculos e, principalmente, transmitir segurança e quebrar ansiedade.
- Explicar à criança/adolescente o que irá acontecer em seguida, como a equipe irá proceder, ressaltando sempre que ela estará protegida.
- Analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas. A tomada de decisão das medidas de

proteção a serem adotadas em cada caso deve ser sempre em conjunto, apoiada em evidências, após prestar acolhimento e atendimento.

- Refletir durante o processo do atendimento quando será o melhor momento e a forma de o Conselho Tutelar ser comunicado e sempre informar a criança, o (a) adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito.

Se na infância a capacidade de verbalizar não está plenamente desenvolvida, exigindo um cuidado ainda mais sensível da situação, na adolescência, os comportamentos e as expressões próprios dessa fase da vida (onde os conflitos e a emoção estão no auge) exigem recursos específicos do profissional. Por exemplo, pode haver mudanças repentinas no comportamento, cujas causas não são facilmente compreensíveis ou previsíveis; a racionalização ou intelectualização pode ser usada como mecanismo de defesa, servindo de proteção contra os perigos internos e externos; e o discurso tende a basear-se nos acontecimentos imediatos.

Independente das especificidades do atendimento por faixa etária, o profissional de saúde deve ter em mente que ele não tem o poder para resolver, de imediato, todos os problemas da criança, do adolescente e de sua família. Criar vínculos com essa família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares é um trabalho que cabe individualmente a cada profissional envolvido e, ao mesmo tempo, é o esforço da equipe como um todo. Muitas e diversas serão as demandas da família para que ela se fortaleça e possa cuidar e proteger seus filhos. Assim, o trabalho de uma equipe multiprofissional pode conjugar diferentes conhecimentos, olhares e estratégias de trabalho.

Abordagem multiprofissional

Diante da complexidade da abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes, é fundamental o cuidado multiprofissional com abordagens individuais, familiares e comunitárias. As equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e de Controle de Endemias podem ser a estratégia orientadora e preferencial para o cuidado desses casos, quando possível. Envolver a participação de profissionais da área de saúde mental, desde o princípio do processo de avaliação e tratamento, é indispensável, sob a forma de referência direta ou quando presentes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) como apoio matricial às equipes de Saúde da Família.

A participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e psiquiatras podem ajudar a evidenciar as marcas e sequelas que não se encontram na pele ou nos órgãos, mas que, muitas vezes, podem ser desastrosas.

Desde o início do atendimento, muitas vezes, é necessária a avaliação multidisciplinar para diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinado pela análise de vários fatores, pois a ausência de lesão física não afasta a possibilidade de violência.

Principais fatores para avaliar a gravidade da suspeita ou confirmação da violência contra crianças e adolescentes

1. **Características da agressão:** o tipo e a extensão da agressão constituem os primeiros parâmetros a serem observados, não sendo estes tão imediatamente conclusivos nos casos de violência psicológica e negligência, mas determinantes nos casos de violência sexual grave. Os casos de violência física com sinais de tortura e perversidade são também considerados graves, porém há que se ter em conta que o encontro de uma lesão física leve não afasta a possibilidade de agressões anteriores crônicas, nem da coexistência de outras formas de violência.
2. **Estado geral da vítima:** o estado físico e emocional é o segundo parâmetro a ser investigado, tendo extremo valor na avaliação da duração e intensidade das agressões e suas repercussões, bem como na percepção de sequelas.
3. **Perfil do autor da violência:** as suas características, o seu perfil psicológico, o comportamento social e familiar, o histórico de violência na infância ou sua responsabilidade por outros tipos de violência, além da percepção da qualidade de vinculação que mantém com a vítima são fundamentais para evidenciar o risco que significa para a criança ou o adolescente permanecer sob sua dependência ou guarda. O conhecimento dessas situações desencadeia e orienta as medidas legais de proteção.
4. **Perfil da família:** o quarto fator a ser avaliado é a família, nuclear e expandida (irmãos, avós, tios e outros parentes que convivem com a vítima). A análise da postura dos familiares diante da agressão e do autor de violência, assim como a análise da qualidade das relações que mantêm com a criança e o adolescente vão definir se podem ou não atuar como protetores e evitar novas agressões e se garantem o tratamento e o acompanhamento adequados à vítima.

Fonte: (PFEIFFER, 2007).

É importante lembrar que há outros equipamentos sociais e serviços que não são gerenciados pelo setor saúde, mas que, dispõem de profissionais capacitados para o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência, como o caso dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), além de serviços ligados às Secretarias de Justiça, Direitos Humanos, entre outros, que estão referenciados no capítulo seguinte da rede de cuidados e de proteção social.

A consulta clínica

No atendimento dos serviços de saúde, é importante elaborar protocolos para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, com perguntas que possam identificar a presença de conflitos familiares geradores de violência contra seus membros e fora do âmbito familiar.

Independente do motivo que levou a criança ou o adolescente ao serviço de saúde, uma anamnese completa, incluindo a vida familiar, escolar e social deve ser conduzida. Nos adolescentes acrescentam-se as informações sobre sexualidade e atividade laboral. É adequado o registro das informações com as exatas palavras da criança ou do adolescente e sua família, de preferência em tempos distintos. Perguntas repetidas só cabem se forem esclarecedoras de dúvidas. As normas éticas de atendimento a adolescentes, mais especificamente, garantem a privacidade, a confidencialidade da consulta e o respeito à sua autonomia (TAQUETTE *et al.*, 2005). É o conhecimento do contexto de vida do paciente e a oportunidade em ouvi-lo de forma confidencial que permitirão ao profissional, aqui no papel de cuidador, identificar situações de violência vividas ou potenciais.

O exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário ou em fichas de consultório, também é de fundamental importância. É aconselhável que seja feito na presença do responsável, ressalvadas as normas éticas de atendimento a adolescentes, visando não apenas à investigação da situação atual, mas também à busca de sinais de violência anterior e suas possíveis sequelas, incluindo sempre o exame completo das regiões genital e anal, tanto em meninos quanto em meninas, após explicar os procedimentos que serão adotados e o porquê desses cuidados.

Nos casos de grandes traumas ou estupro, há que se avaliar o benefício da realização dos procedimentos necessários sob sedação, sendo totalmente

contraindicado o uso de contenção ou de qualquer medida de coerção para a realização de exame e tratamento, que poderá ser interpretado pela criança ou pelo adolescente como nova vitimização.

A **conduta** a ser tomada é **sempre singularizada**. Deve-se considerar a idade do paciente, a situação familiar, a proximidade do autor da agressão, a existência da rede de apoio, o tipo de violência suspeito ou confirmado, as informações disponíveis na rede de cuidados e de proteção social, inclusive o risco de revitimização ou mesmo de morte.

Alguns exames laboratoriais podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre outras condições que possam ser causadoras de sinais e sintomas clínicos apresentados pela criança ou pelo adolescente. Como exemplo, os hematomas, que podem decorrer de problemas de coagulação sanguínea, e não de violência física. Nesses casos, exames de sangue são úteis para fazer o diagnóstico diferencial. Outra situação é a desnutrição, que pode ter causas orgânicas, e não decorrer de falta de alimentação por negligência. Diante de casos similares, nos quais há suspeita de violência, deve-se continuar a investigação para afastar outras causas não intencionais. **O importante é sempre descartar outras causas antes de afirmar que a criança ou o adolescente está sofrendo violência.**

Na suspeita de uma situação de violência física contra uma criança abaixo de 2 anos, independentemente da queixa, é indicada a realização de radiografia de corpo inteiro, após o exame físico criterioso e detalhado, em busca de sinais de fraturas, recentes ou antigas. Acima dessa idade ou desde que a criança possa informar com confiabilidade traumas anteriores, proceder-se-á as radiografias específicas das regiões ditas como atingidas. Além disso, o envolvimento dos profissionais de saúde mental é importante, independentemente da idade da criança, mas especialmente naquelas abaixo de 3 anos, uma vez que as crianças dessa idade tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou violências anteriores, contudo suas experiências podem ser reproduzidas em jogos ou fantasias (CURITIBA, 2008; ADAMS *et. al.*, 2007; HORNOR, 2002).

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.

Existindo a suspeita, a equipe de saúde deve sempre se preocupar com a segurança da criança e/ou adolescente, mesmo no decorrer da investigação. Algumas vezes é necessária internação hospitalar, a fim de garantir a proteção da criança ou adolescente até o esclarecimento da situação. O acolhimento institucional (abrigamento) é outra alternativa de proteção.

Algumas situações necessitam que o profissional de saúde faça uma avaliação do risco, especialmente de morte. Casos de violência física e sexual graves, negligência de lactentes e quando as vítimas são mantidas como reféns dos autores da agressão, demandam medidas urgentes. Essas situações envolvem ações de caráter clínico e de proteção. As ações de proteção podem incluir o afastamento da criança ou do adolescente do autor de agressão e o acolhimento institucional e são passíveis de serem solicitadas de forma emergencial aos órgãos de proteção legal.

No caso específico da violência sexual, é obrigatório realizar os testes para DST/HIV, em ambos os sexos, e em adolescentes do sexo feminino deve-se fazer a contracepção de emergência, dentre outras medidas descritas a seguir (cuidados profiláticos e tratamento).

A criança ou o adolescente pode necessitar de internação também para tratamento das consequências diretas da violência, tais como traumatismos cranianos ou estupro com lesões graves de genitália ou ânus. Nesses casos, a equipe deve seguir os protocolos adequados ao quadro clínico e, em paralelo, tomar as providências cabíveis (avaliação da situação familiar) para que, na época da alta hospitalar, o paciente seja encaminhado para seu lar ou residência de familiares ou ainda para outros serviços, onde os profissionais avaliam que estará em segurança.

A avaliação psicossocial realizada por psicólogos e assistentes sociais é parte essencial da abordagem clínica.

Cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual

Para melhor qualificar a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual e promover os cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual desse público, de ambos os sexos, os profissionais de saúde devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde, estabelecidas na *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (BRASIL, 2007), sendo destacadas a seguir algumas orientações importantes:

Quadro 3 – Avaliação de risco para os cuidados profiláticos e de tratamento decorrentes da violência sexual

	DST/não virais	HIV/Aids	HEPATITE B	GRAVIDEZ
Riscos	• Contato com sêmen (oral,vaginal e/ou anal), sangue e outros líquidos corporais	• Contato com sêmen (vaginal e/ou anal) e oral com ejaculação (ver Quadro 5).	• Contato com sêmen (oral, anal e vaginal)	• Contato com sêmen (após a primeira menstruação e antes da menopausa)
Cuidados	• Realização de aconselhamento • Intolerância gástrica • Histórico alérgico • Escolha adequada do medicamento • Dosagem a ser administrada de acordo com o peso	• Solicitar e aconselhar teste (anti-HIV) • Escolha da associação do medicamento • Dosagem a ser administrada • Intolerância gástrica • Administração (ideal em 24h ou até 72h)	• Avaliar o esquema vacinal da vítima (3 doses) • Avaliar a exposição crônica/ repetição da violência • Realizar a imunoprofilaxia • Interpretar os marcadores	• Escolha adequada do método • Dosagem a ser administrada • Administração (ideal até 72h ou 5 dias após a violência)

Fonte: (BRASIL, 2007).

Orientações importantes

Para a identificação do autor da violência é imprescindível a coleta do material das roupas, dos pelos pubianos, do conteúdo vaginal e endocervical, oral ou anal. Não esquecer que todo o material colhido deve ser identificado com o nome, a data e a hora em que foi realizada a coleta e que não deve ser guardado em sacos plásticos, pois favorece a proliferação de bactérias.

Para não mascarar as provas, o profissional deve evitar contato físico direto com a vítima durante a coleta de material. Por isso, recomenda-se o uso de luvas durante o exame físico e o procedimento de coleta.

O esquema de escolha para profilaxia das DST não virais em crianças inclui os mesmos medicamentos do esquema para adultos (penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina) (BRASIL, 2006c, 2007). As apresentações e doses recomendadas encontram-se no Quadro 4. Para

crianças e adolescentes acima de 45kg, as dosagens dos medicamentos devem ser as mesmas que para adultos (BRASIL, 2007).

Quadro 4 – Profilaxia das DST não virais para crianças e adolescentes com menos de 45kg

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 600.000UI, 1.200.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única, (metade da dose em cada glúteo)
Ceftriaxona	250mg (acompanha diluente de 2ml)	IM	Aplicar 125mg (1ml), dose única
Azitromicina	600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	VO	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única
Observação: Caso opte pela prescrição com metronidazol, para a profilaxia de tricomoníase, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrintestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver profilaxia antirretroviral (BRASIL, 2006c).			

Fonte: (BRASIL, 2006c, 2007).

A profilaxia do HIV com antirretrovirais (ARV) deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, preferencialmente nas primeiras 24 horas, e no máximo até 72 horas após a ocorrência. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas. É recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal, inclusive se o *status* sorológico do autor da agressão for desconhecido, de acordo com os critérios apresentados no Quadro 5:

Quadro 5 – Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

Fonte: (HAVENS, 2003).

Os Quadros 6 e 7 apresentam os medicamentos recomendados para profilaxia do HIV em crianças e adolescentes, respectivamente:

Quadro 6 – Profilaxia da transmissão do HIV para crianças

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (ZDV)	Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	Oral	180mg/m2/dose, de 12/12h Dose máxima: 300mg/dose
LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 150mg	Oral	4mg/kg – dose – 12/12h Dose máxima: 150mg – 12/12h > 12 anos: 150mg 12/12h ou 300mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral: 80mg/20mg/mL (LPV /r) Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r)	Oral	Crianças < 2 anos: 300mg/m2 – 12/12h Crianças > 2anos: 230mg/m2 – 12/12h Dose máxima: 200mg – 12/12h Adolescentes: 400mg – 12/12 h
Observação: (1) Superfície corporal (m2) = $\frac{(\text{Peso} \times 4) + 7}{\text{Peso} + 90}$ (2) Peso em kg = 2 x idade + 8			

Fonte: (BRASIL, 2007, 2010).

Quadro 7 – Profilaxia da transmissão do HIV para adolescentes*

1ª escolha	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC)	300mg/150mg	Oral	01 comprimido a cada 12 horas (café e jantar)
LOPINAVIR/ RITONAVIR (LPV/r)	200mg/50mg	Oral	02 comprimidos a cada 12 horas (café e jantar)
* Esse esquema pode ser utilizado na gestação.			

Fonte: (BRASIL, 2007, 2010).

Para saber sobre contraindicações ou recomendações de outros esquemas, consultar o documento *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV–2008*, que está disponível na Biblioteca Virtual Violência e Saúde: http://bvsms.saude.gov.br. Em relação à profilaxia de hepatite B pós-violência sexual, as recomendações do Ministério da Saúde são as apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Recomendações para profilaxia de hepatite B pós-violência sexual

Situações vacinal e sorológica de crianças e adolescentes vítimas de violência	Autor da violência		
	HBsAg reagente	HBsAg não reagente	HBsAg desconhecido ou não testado
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação*
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação*
Previamente vacinado			
• Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10mUI/mL)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
• Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B ou duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)*
• Sem resposta vacinal após 2ª série de vacina	Duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**	Nenhuma medida específica	Duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**
Com resposta vacinal desconhecida: testar a vítima de violência* **			
Se resposta vacinal adequada	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Se resposta vacinal inadequada	IGHAHB +1ª dose da vacina contra hepatite	Fazer segunda série de vacinação	Fazer segunda série de vacinação

IGHAHB: Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B
* Vítimas de violência que sofreram infecção pelo HBV estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-violência sexual. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 48 horas após o ocorrido não excedendo o período de 14 dias.
**A administração da IGHAHB em duas doses deve obedecer ao intervalo de um mês entre elas. Esta opção deve ser indicada para aqueles que fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta adequada ou apresentarem alergia grave à vacina.
***Marcadores de triagem sorológica – HBsAg e Anti-HBc Total
Obs.: Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina e se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

Fonte: (BRASIL, 2006c, 2007, 2010).

Exames laboratoriais são fundamentais para auxiliar no diagnóstico e na investigação das DST/HIV/hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e ginecológico associados aos testes complementares. As instituições de referência devem oferecer suporte laboratorial para a execução dos exames recomendados e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

A coleta imediata de sangue realizada no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início da profilaxia. A realização dos exames nos

serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento da responsável nos casos de crianças.

O acompanhamento laboratorial deve ser realizado de acordo com as recomendações do Quadro 9.

Quadro 9 – Acompanhamento laboratorial*

	Admissão	2 Semanas	3 Meses	6 Meses
Sífilis (VDRL* ou RPR**)				
Anti-HIV***				
Hepatite B (HBsAg)				
Hepatite C (anti-HCV)				
Transaminases				
Hemograma				

* VDRL – Veneral Disease Research (testes não treponêmicos)
** RPR – Rapid Plasm Reagin (testes não treponêmicos)
*** Excepcionalmente, a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/HCV e quando o indivíduo tiver história de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para indivíduos que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.

Fonte: (BRASIL, 2006c, 2007, 2010).
* Os espaços coloridos indicam a época em que cada exame deve ser realizado.

Os Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTAS) são os serviços que realizam testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. As profilaxias e o tratamento em decorrência de violência sexual são realizados nesses serviços e, na ausência deste, em outro serviço especializado. Acesse a lista de CTA em seu estado pelo sítio: http://www.aids.gov.br. Em caso de dúvida, escreva para: cta@aids.gov.br.

Prevenção da gravidez em decorrência da violência sexual

Uma das grandes consequências da violência sexual é a gravidez que se destaca pela complexidade das relações psicológicas e sociais que a determinam. Esta realidade é ainda mais delicada quando as vítimas são adolescentes, pois trazem questões éticas e legais, e os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar diante dessas situações.

O uso da anticoncepção de emergência (AE) deve ser prescrito para todas as mulheres, adolescentes, jovens e adultas expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do

período do ciclo menstrual em que se encontrem. A AE hormonal é o método de eleição devido a seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contraindicações absolutas. As duas formas de AE hormonal devem ser administradas o mais rápido possível após o contato sexual, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas. A OMS evidenciou efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falhas maiores. O Quadro 10 apresenta as duas formas de AE:

Quadro 10 - Anticoncepção de emergência hormonal

Primeira escolha: LEVONORGESTREL Apresentação: 0,75mg de levonorgestrel/comprimido Administração: 2 comprimidos, via oral, dose única OU 1 comprimido, via oral, a cada 12 horas
Segunda escolha: MÉTODO DE YUZPE Apresentação: AHOC* com 50µg de etinil-estradiol e 250µg de levonorgestrel/comprimido Administração: 2 comprimidos, via oral, a cada 12 horas OU 4 comprimidos, via oral, dose única Apresentação: AHOC* com 30µg de etinil-estradiol e 150µg de levonorgestrel/ comprimido Administração: 4 comprimidos, via oral, a cada 12 horas OU 8 comprimidos, via oral, dose única
*AHOC: anticonceptivos hormonais orais combinados.

Fonte: (BRASIL, 2007, 2010).

Gravidez em decorrência da violência sexual

Outra questão que deve ser considerada nos serviços é quando a gravidez já está confirmada e a paciente é uma adolescente entre 10 e 19 anos. Como proceder? Que medidas tomar? Neste caso, a lei brasileira se posiciona favorável ao aborto no artigo 128 do Código Penal:

1. se não há outro meio de salvar a gestante;

2. se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990, determina o atendimento integral em saúde como um direito fundamental, não obstante nos casos de violência.

Para o atendimento às solicitantes de aborto legal devem ser seguidas as orientações da Portaria nº 1.508, de 2005, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez:

- adolescentes com idade menor de 18 anos grávidas, com direito ao aborto legal, devem ser acolhidas e esclarecidas sobre o seu direito à escolha da opção do abortamento, sendo necessária a autorização de responsáveis ou tutores para a solicitação do procedimento;

- adolescentes com idade menor de 14 anos, necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e do acompanhamento do processo, com solicitação de agilização do mesmo.

Dentre os aspectos a serem valorizados e levados em consideração na decisão de realizar ou não a interrupção da gravidez está o desejo manifesto da adolescente vítima de violência. Se uma gestante adolescente menor de 18 anos não consentir com o abortamento, o ato não deve ser realizado. Em casos contrários e conflitantes, em que a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não concorda, o direito da adolescente deve prevalecer. O serviço de saúde e seus profissionais devem orientar a família e a adolescente sobre esse direito. No entanto, persistindo o impasse entre ambos, a decisão se dará por via judicial. O caso deverá ser encaminhado ao Ministério Público que promoverá a medida judicial cabível para a decisão final do Juiz Cível (BRASIL, 2005).

Para todos os casos, deve ser realizado o acompanhamento clínico e psicossocial da adolescente e, após o abortamento, o seu acompanhamento pela UBS mais próxima de sua residência ou à qual está vinculada.

Após a alta hospitalar, encaminhar e agendar uma consulta para a continuidade da atenção integral. A saída do hospital deve ser autorizada somente com a companhia dos pais ou responsáveis; na ausência destes, notificar ao Conselho Tutelar, e na falta deste órgão, informar ou à Promotoria Pública ou à Vara da Infância e da Juventude ou à Delegacia da Criança e do Adolescente ou outra autoridade policial existente.

É importante, no atendimento das situações de abortamentos previstos em lei, em especial nos casos que envolvem crianças e adolescentes, que o sigilo profissional seja recomendado para toda a equipe de saúde. A exposição desses casos prejudica, em muito, a relação de humanização do atendimento em saúde, fazendo com que a criança ou adolescente não tenha a sensação de proteção (Art. 154 do Código Penal Brasileiro e no Art. 103 do Código de Ética Médica).

De acordo com a *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005)*, embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites legais, é **obrigação da instituição** oferecer aos usuários e usuárias do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção da gestação nos casos previstos na legislação brasileira. Qualquer forma de exposição ou negação do serviço a que tem direito pode ser requerida e/ou requisitada à luz da Justiça. Portanto, é importante que gestores dos estados, municípios e Distrito Federal e diretores clínicos estejam sensibilizados e mobilizados para a implementação desses serviços nos hospitais públicos do País.

Um serviço que realize todas essas ações deve fazer parte da Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, descrita no capítulo 6.

No território, pode existir um ou mais serviços qualificados para realizarem os cuidados profiláticos e tratamentos de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual. A organização desses serviços é de responsabilidade do gestor local da saúde.

Notificação

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. É um direito da criança, do(a) adolescente e da família viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência.

No dia a dia de trabalho, o profissional de saúde muitas vezes desconfia ou mesmo identifica que aquela criança ou adolescente está sofrendo violências, seja na sua família, seja na comunidade onde vive. Essa situação pode deixar os profissionais com sentimento de impotência e perplexos pelo medo que a violência promove, por isso temem identificar a situação, bem como comunicar ao Conselho Tutelar. Portanto, é importante que esses contem com o apoio da equipe de saúde da qual pertence ou dos serviços que fazem parte da rede de cuidados e de proteção social no território.

Independente das condições socioeconômicas das famílias, quando houver negligência ou qualquer outra forma de violência por parte dos pais ou responsáveis, é necessário realizar a notificação e a tomada

de decisão a favor da proteção da criança ou do(a) adolescente. O Conselho Tutelar e os serviços que compõem a rede de cuidados e de proteção social acionada podem ajudar a família e proteger a criança.

A notificação é uma das dimensões da linha de cuidado, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, da responsabilização pelo preenchimento,[1] bem como o seu encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Mesmo se a família não quiser ou não aceitar a notificação, o profissional de saúde deverá informá-la de que irá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (artigos 13 e 245). Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação é obrigatória e deve ser feita em três vias, sem prejuízo de outras providências legais (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25/10/ 2001).

Art. 245. 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 caso de reincidência (BRASIL, 1990).

Para que os profissionais dos serviços que estão estreitamente envolvidos com as comunidades se sintam mais seguros quanto à notificação, recomenda-se que busquem o apoio da Equipe de Saúde da Família (ESF) ou dos serviços definidos pelo gestor como unidade de referência para atenção integral às vítimas de violência que integram a rede de cuidados e de proteção social, de modo a tornar mais "neutra" as ações necessárias para a proteção da criança ou do adolescente.

Outros canais federais para comunicação de violência:

- Disque 100 – Disque Denúncia Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes
- Por e-mail: disquedenuncia@sedh.gov.br
- Disque 180 – Centro de Atendimento à Mulher

A partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (i) vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), e (ii) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva - Sentinela). A implementação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do Viva Contínuo, é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e com o apoio do Ministério da Saúde. O registro dos dados no módulo do Sinan-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica do município ou outra área/setor que o gestor local definir. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) de agressão.

[1] Cabe à coordenação do serviço de saúde definir o(s) responsável(eis) pela assinatura na ficha de notificação.

Essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura de paz, o que deve ser feito articulando-se os diversos integrantes da rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes, tanto intrassetorial como intersetorialmente.

Fluxo do registro da notificação e medidas de proteção

- Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo), com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias.
- Preencher a Ficha em três vias:
  - a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município;
  - a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Varas Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público);
  - a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência.

Seguimento na rede de cuidado e de proteção social

Para dar continuidade ao acompanhamento, é preciso que os serviços de saúde e profissionais estejam capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, com protocolos e fluxos definidos, e rede de saúde organizada nos três níveis de atenção.

A organização do serviço pressupõe a existência de fluxo interno de atendimento, formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações para as crianças/adolescentes/família, para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção.

Durante todo o acompanhamento do caso, as discussões em equipe são fundamentais para:

- avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos feitos pelos diferentes serviços e profissionais;
- analisar as necessidades específicas de cada caso e elaborar as estratégias indicadas;
- favorecer a capacitação da equipe de saúde para abordagens e intervenções;
- definir as responsabilidades na divisão de tarefas entre os profissionais;
- contribuir para o processo de análise dos dados das entrevistas compartilhando impressões;
- promover a articulação com profissionais de outros setores ou instituições engajados na defesa dos direitos da criança e do adolescente e planejar a alta do acompanhamento;
- planejar a organização de grupos de acolhimento e de orientação aos pais e responsáveis, contribuindo para otimizar a atenção;
- fortalecer os vínculos dos serviços com as famílias, possibilitando que os retornos possam coincidir com outras atividades e ações programadas para as crianças, os adolescentes e suas famílias, evitando o abandono do tratamento e a descontinuidade dos cuidados.

Nos municípios onde os serviços de saúde de média e alta complexidade estão organizados regionalmente, a Secretaria Municipal de Saúde deverá pactuar ações de corrresponsabilização para evitar a descontinuidade da atenção.

Nos casos de violência sexual, algumas medidas podem ser implementadas na Atenção Primária, visando prover os cuidados necessários para a proteção das DST virais e bacterianas, profilaxia HIV e hepatite B e prevenção da gravidez, tais como:

- capacitar profissionais de saúde para atuar como referência dos cuidados profiláticos e tratamentos de situações de violência sexual no município;
- estabelecer fluxos de forma regionalizada para os atendimentos relacionados à interrupção de gravidez decorrentes de violência sexual e situações de abortamento.

Embora o atestado pericial não seja uma atribuição dos profissionais de saúde, mas de peritos médicos legistas, os profissionais da saúde podem contribuir encaminhando à Delegacia de Polícia, diretamente ou por meio do Conselho Tutelar (o Boletim de Ocorrência é pré-requisito para a realização do exame de corpo de delito), ou até mesmo realizando o exame corpo de delito, quando o serviço dispuser do médico capacitado para esse fim. É importante destacar que não há obrigatoriedade de se fazer exame de corpo de delito para comprovação da violência sexual para fins de permissão do abortamento legal. O procedimento médico deve ser feito independente de ter ou não o procedimento policial (boletim de ocorrência), que tem por objetivo punir o culpado pela violência (BRASIL, 2005). É necessário tomar todos os cuidados para que a criança ou o adolescente não seja revitimizado no serviço se saúde.

No caso de o município não contar com o IML e nem dispor de médico que passou por capacitação, é possível adotar algumas alternativas tais como:

a) estabelecer parceria com a Secretaria de Segurança Pública do município mais próximo que dispõe de IML;

b) solicitar a presença de um legista para realizar os exames no serviço de saúde que prestou o atendimento, principalmente quando se tratar de crianças e adolescentes; ou ainda identificar médicos no serviço de saúde, com o apoio do Ministério Público e do Gestor da Saúde local, para fazer cursos de perícia habilitando-os para realizar o exame de corpo de delito no caso de violência;

c) estabelecer parceria com outros serviços de saúde, assistência social, educação, Conselho Tutelar ou outras autoridades, bem como organizações não governamentais que atuam no município.

Os boletins de atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes em serviços de saúde costumam ser requisitados nos processos judiciais. Esses se tornam peças-chave uma vez que a justiça trabalha com indícios (provas circunstanciais). Assim, os profissionais que prestam atendimentos nesses postos devem ser ainda mais meticulosos em seus registros, para que não se percam detalhes que podem auxiliar futuramente a criança ou o adolescente.

Cabe destacar que a saúde, por excelência, é um setor que favorece o primeiro contato com as pessoas que sofrem violência, seja no território, por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde, ou pela busca do atendimento nos serviços de saúde. No entanto, a complexidade da violência exige que os serviços de saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção atuem de forma articulada e intersetorial, permitindo a flexibilidade e a ampliação do fluxo em todas as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidado), notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, de forma a promover a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

É função do gestor local pactuar e organizar o fluxo intersetorial do seguimento da criança, adolescente e suas famílias em situação de violências, conforme detalhado no Capítulo 6 deste documento.

As informações relativas ao fluxo da rede de cuidados e de proteção social devem ser divulgadas e afixadas em locais públicos de fácil acesso, serviços de saúde, assistência social, escolas, shoppings, rodoviárias, hotéis e outros locais de grande circulação. No caso de famílias em situação de violência, essas informações deverão ser fornecidas por escrito, com endereços, horário de atendimento, formas de acesso aos serviços da rede no território. Nas situação em que a criança ou adolescente esteja desacompanhado, essas mesmas orientações devem ser passadas ao Conselho Tutelar ou às autoridades responsáveis.

Em todas as situações o profissional de saúde deve estabelecer previamente contato com o serviço para o qual encaminhou a família, comunicando o encaminhamento e enviando relatório sobre o caso com a descrição dos procedimentos já adotados.

6 Rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências

> "O conceito de rede se transformou em uma alternativa prática de organização, capaz de responder às demandas sociais no mundo contemporâneo" (MEIRELLES; SILVA, 2007, p. 141).

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2009).

A violência, como um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. A construção de **redes** pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade.

"Esse método de trabalho permite a troca de informações, a articulação institucional e até mesmo a formulação de políticas públicas para a implementação de

Rede é uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer (que o outro existe e é importante); conhecer (o que o outro faz); colaborar (prestar ajuda quando necessário); cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos). Estas condições preliminares resultam, respectivamente, em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização (OLIVEIRA, 2001).

projetos comuns", que contribuem para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, dos adolescentes e suas famílias em situação de violência (MEIRELLES; SILVA, 2007, p. 141).

As redes de atenção são formadas por um complexo de serviços articulados, que realizam desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_01out2009.pdf).

Para que uma articulação em rede se fortaleça, é essencial que os distintos atores das organizações envolvidas se integrem não somente para trocar experiências, mas principalmente para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução não está ao alcance de um isoladamente.

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture a sua rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

Rede intrassetorial

As especificidades do atendimento nos diferentes níveis de atenção em saúde exigem dos profissionais habilidades e conhecimentos diferenciados para a abordagem de cada caso, levando em consideração o serviço onde o profissional se encontra e os dispositivos da rede que lhe são oferecidos. A Figura 1 ilustra um exemplo dessa articulação de rede intrassetorial do setor saúde, tendo a atenção primária, Unidades Básicas/Equipes da Saúde da Família, como coordenadora do cuidado no território.

Figura 1 – Exemplo de rede intrassetorial de saúde dialogando com o setor saúde no território

Serviços da atenção primária à saúde

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Constitui-se na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população.

Os princípios que orientam o desenvolvimento da atenção básica/primária são os da universalidade, da acessibilidade, do primeiro contato com o sistema de saúde, do registro da clientela, da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade da atenção, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As equipes da atenção primária/saúde da família devem realizar o acolhimento, assim como as ações educativas e preventivas sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. Devem também, garantir acesso a exames complementares; fornecer medicamentos básicos; prestar o atendimento e orientar as mães / os cuidadores a respeito da saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes. O acompanhamento e a evolução de cada caso nas unidades de saúde, nos domicílios ou ainda mediante o encaminhamento para unidades de atenção especializada e acompanhamento do cuidado são atribuições das equipes, além de promoverem ações de prevenção da violência e de promoção da cultura de paz junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais.

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, como uma política intersetorial entre os ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens, no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Para a elaboração de projetos locais, acesse: http://dab.saude.gov.br/

Tais equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social.

Serviços de atenção especializada, urgência e emergência

Em geral, os serviços de saúde de atenção especializada para atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência estão vinculados a um estabelecimento de saúde, público ou conveniado com a rede SUS (Hospital, Maternidade, Unidade de Urgência e Emergência e os Centros de Aconselhamento e Testagem – CTA), podendo ainda ser prestado por Organização Não Governamental (ONG). Todos devem dispor de equipes multidisciplinares e sua composição varia de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização dos serviços. Em geral, essas equipes são compostas por médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, mas pode haver também odontólogos, nutricionistas, pedagogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, advogados, dentre outras categorias profissionais.

Em situações em que esses serviços se constituem como porta de entrada ou primeiro contato, é de sua responsabilidade prestar a atenção integral conforme protocolos e fluxos estabelecidos, em linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e

cuidados) e notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h – são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, em conjunto com estas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – Samu -192 –, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1465).

Esses serviços integram a rede de atenção especializada no território para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo de tentativas de suicídio, agressão física e violência sexual.

Serviços de saúde mental

O suporte no âmbito da saúde mental às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência pode ser um importante fator de cuidado e proteção, tanto no que diz respeito ao fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o rompimento da cadeia da violência quanto para o acompanhamento de possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostas.

Sabemos que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem os diferentes tipos de violência, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela presença de algum tipo de transtorno mental, como a depressão (que pode ocasionar situações de negligência e abandono), seja pelos contextos de vulnerabilidade a que os grupos familiares estão submetidos. Nesse aspecto, é possível que a atenção à saúde mental deva se dar não somente às pessoas que sofreram algum tipo de violência, mas também aos seus agressores.

A rede de atenção psicossocial é constituída por diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial, segundo critérios populacionais e demandas locais dos municípios, entre outros. Para o

atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência, bem como os/as autores de agressão destacam-se:

a) **Centros de Atenção Psicossocial** (Caps) – são serviços extra-hospitalares, de atenção diária, de base comunitária e que possuem equipe multiprofissional. Os Caps têm papel estratégico no que se refere à regulação da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental e devem ser lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, promovendo a inserção social de seus usuários por meio de ações intersetoriais e oferecendo atenção à saúde mental na rede básica de saúde.

b) **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil** (Capsi) – é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Os Caps e Capsi acompanham indiretamente casos de violência, quando esta situação é subjacente, e não o motivo que desencadeou o atendimento; e devem ser articulados com os serviços da atenção primária e os serviços de referência para violências. A inexistência desses serviços requer a pactuação dos gestores com os serviços especializados de outros municípios vizinhos.

c) **Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas** (Caps ad) – devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

d) **Saúde Mental na Atenção Básica** – o trabalho integrado entre as ESF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

O trabalho junto à atenção primária pode se dar de duas maneiras: apoio matricial às ESF por intermédio de uma equipe mínima de Saúde Mental ou apoio pelos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf).

Serviços estratégicos de apoio à gestão

Dentre os serviços estratégicos de apoio à gestão, destacam-se os:

- **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf):** criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, mediante a assessoria e apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização. Dentre as atribuições dos Nasf estão previstas as capacitações de profissionais da saúde, da assistência social, da educação e demais profissionais afins, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para crianças e adolescentes em situação de violência. As equipes dos Nasf têm também um papel matricial às equipes da ESF, dando apoio técnico e garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador). Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social dentro da equipe do Nasf no cuidado integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

- **Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde:** instituídos pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004) e implantados nos serviços de Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal; e em universidades federais e estaduais. Os Núcleos têm como objetivos principais: a) articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais; b) implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação para o planejamento de ações de enfrentamento da violência com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; c) qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; e d) capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente.

Rede intersetorial

Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no território que atendem crianças e adolescentes em situação de violência que devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e, na ausência desses, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e de proteção social.

No espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS) dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público. A seguir destacam-se alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes. A Figura 2 ilustra um exemplo de articulação de rede intersetorial.

Sistema Único da Assistência Social (Suas)

O Suas integra uma política pactuada nacionalmente, que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família. Entre eles, dois são fundamentais para o cuidado e a proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:

a) Centros de Referência de Assistência Social (Cras)

É uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do Suas, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, e à articulação desses serviços no seu território de abrangência à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos Cras, como o Programa de Atenção Integral as Famílias (Paif), entre outras ações.

b) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas)

Constitui-se numa unidade pública e estatal onde se ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos. Como unidade de referência, deve promover a

integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os(as) usuários(as). O Creas deve articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Sistema de Justiça e de Direitos Humanos

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 145, dispõe que "*os estados e o Distrito Federal poderão criar varas especializadas e exclusivas da infância e da juventude, cabendo ao Poder Judiciário estabelecer sua proporcionalidade por número de habitantes, dotá-las de infraestrutura e dispor sobre o atendimento, inclusive em plantões*".

Em alguns estados existem Delegacias Especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, bem como Varas da Infância e da Juventude que atuam na proteção e defesa dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias.

O Conselho Tutelar (CT) "*é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente*" (art. 131) e tem como atribuições, entre outras, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos (arts. 98, 101, 131 e 136, ECA/90).

Sistemas de Ensino

O sistema de ensino é formado pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado. São equipamentos desse sistema os Centros de Educação Infantil (creches e pré-escola), Escolas de Ensino Fundamental e Médio e Instituições de Ensino Superior.

Na Rede de Cuidados e de Proteção Social, a comunidade escolar é, sobretudo, um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz. Vem sendo chamada, também, a contribuir com a identificação, a notificação e o encaminhamento de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes, em cumprimento ao que determina o Estatuto da Criança

e do Adolescente (art. 13, 56 e 245) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394/96, que estabelece: "*O currículo do ensino fundamental incluirá, obrigatoriamente, conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes, observada a produção e distribuição de material didático adequado*".

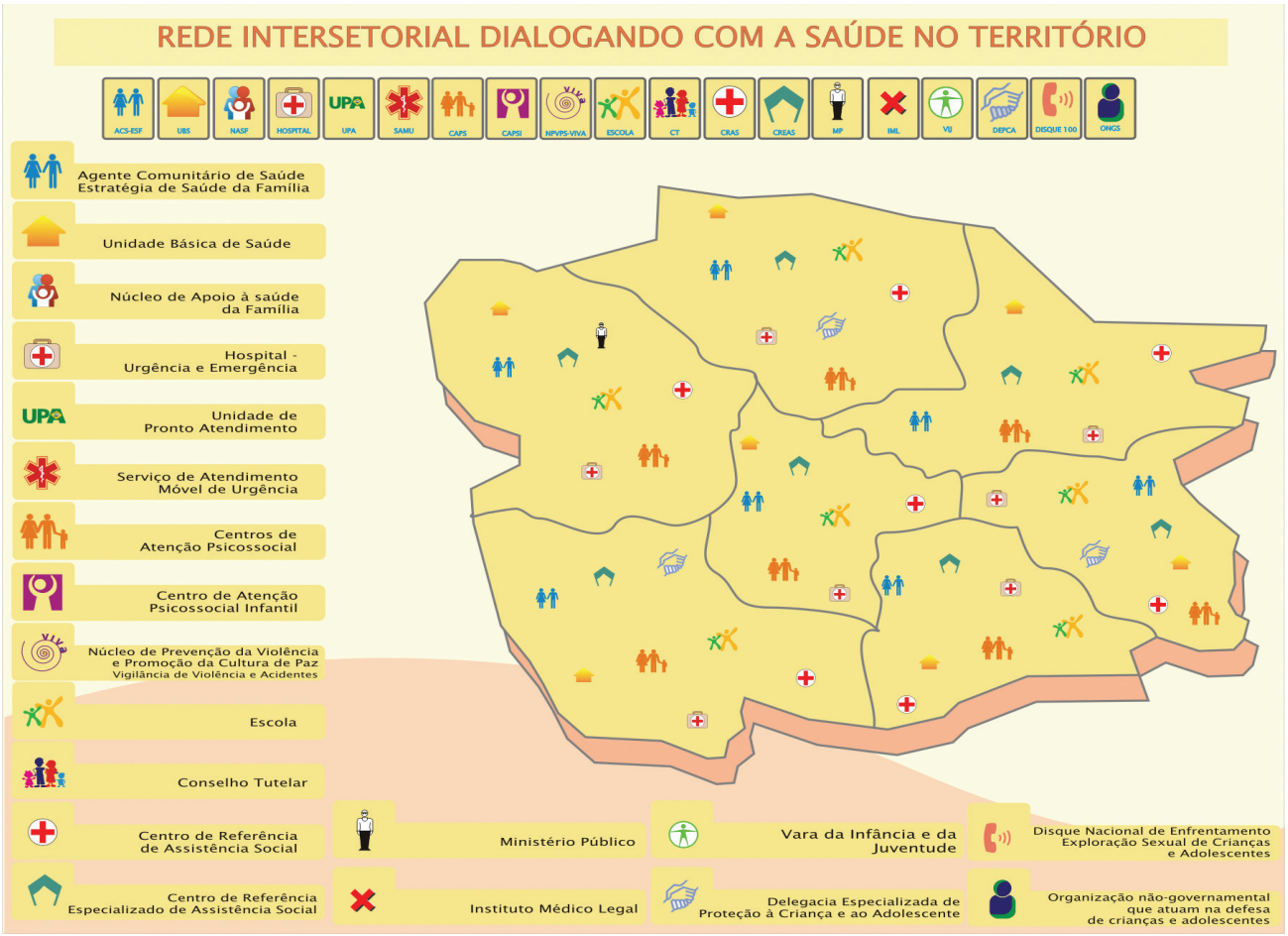
Sistema Único de Segurança Pública (Susp)

O **Susp** foi criado para articular as ações federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal na área da segurança pública e da justiça criminal, de forma a integrá-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local. Os estados podem participar do Susp por meio da assinatura de um protocolo de intenções entre governo do Estado e Ministério da Justiça. São alguns dos órgãos que compõem este sistema no território: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais, Instituto Médico Legal (IML).

Sociedade Civil Organizada

A sociedade civil também deve compor a rede intersetorial. Essa participação se dá por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, presentes em todos os estados da federação, no Distrito Federal e na maioria dos municípios brasileiros. Os conselhos são órgãos paritários com representação do governo e da sociedade civil organizada e desempenham papel importante no processo de formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação de políticas voltadas para esse público. As representações são de vários seguimentos da sociedade: ONGs, Comissão de Direitos Humanos, centros de ensino e pesquisa, instituições religiosas, lideranças comunitárias, associação de moradores, pastoral da criança, entre outras.

Figura 2 – Exemplo de rede intersetorial dialogando com a saúde no território



Articulação entre as redes intrassetorial e intersetorial de cuidado e de proteção social

A estruturação da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Não se trata de um novo serviço, mas uma concepção de trabalho que requer a articulação intrassetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local.

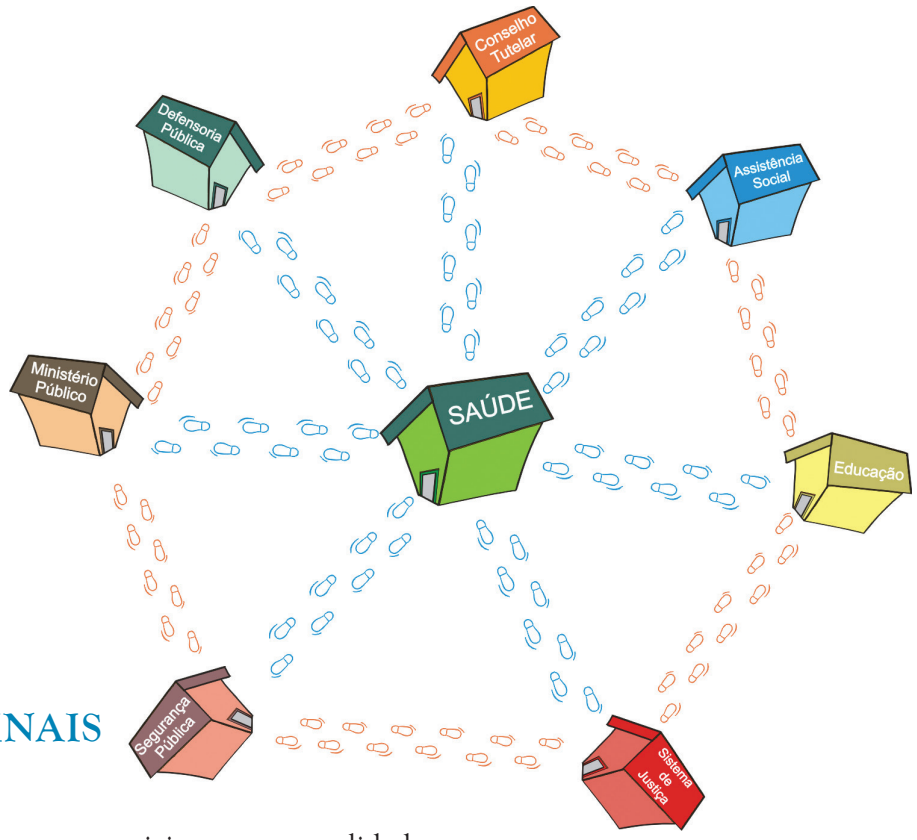
O processo de estruturação dessa rede no município deve considerar as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, educação, assistência entres outras).

Nesse sentido, a partir do setor saúde, propõem-se alguns passos essenciais para a materialização da rede de cuidados e de proteção social (intra ou inter),

cujos passos não necessariamente seguem uma hierarquia (Quadro 11), podendo acontecer de forma concomitante.

Quadro 11 – Estruturação da Rede Intrassetorial e Intersetorial

Passos	Estruturação da Rede Intrassetorial e Intersetorial – Passo a Passo
Diagnóstico da situação	1. Mapear todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção, defesa e proteção dos direitos de crianças e adolescentes no território, inclusive serviços de atendimento ao agressor, bem como os serviços regionalizados, quando for o caso.
	2. Identificar no município os serviços que se constituem como "porta de entrada" ou primeiro atendimento para atenção integral à criança, aos adolescentes, às adolescentes e suas famílias em situação de violências.
	3. Caracterizar os serviços/instituições que realizam o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (composição da equipe multiprofissinal; existência de protocolos e fluxos de atendimento, articulação em rede – intra e intersetorial –, tipo de atendimento prestado; endereço, telefones, e-mail, horário de atendimento entre outros).
Mobilização social e *Advocacy*	4. Pactuar com os gestores locais (distritais, municipais e estaduais) que compõem a rede de cuidado e de proteção social a priorização da atenção integral de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violências.
	5. Formalizar em atos normativos (leis, decretos, portarias, planos de ação, protocolo de intenção, carta compromisso e outros).
	6. Construir alianças estratégicas com Conselhos Tutelares e de Direitos; associações comunitárias; meios de comunicação; Ministério Público, Segurança Pública; Poderes Legislativo e Judiciário dentre outros.
Capacitação permanente e formação continuada	7. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde dos três níveis de atenção em linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social.
	8. Articular com os serviços de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes para a inclusão de conteúdo da atenção integral à saúde na formação continuada para profissionais e gestores.
	9. Articular com as instituições de ensino e pesquisa para a inserção do tema da prevenção de violências e a promoção da cultura de paz nas disciplinas dos cursos de saúde, assistência social e educação, bem como nas pesquisas.
Planejamento e gestão	10. Instituir grupo de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, para articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da rede.
	11. Planejar as ações de atenção integral à saúde da criança em situação de violências em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo.
	12. Elaborar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e da rede intersetorial, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.
	13. Adotar estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem crianças e adolescentes envolvidos em situações de violência e estimular que a rede intersetorial também siga essas estratégias.
	14. Implantar/implementar o sistema Vigilância de Violências e Acidentes (Viva. Contínuo).
	15. Divulgar para a sociedade os serviços com endereço completo e os horários de atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de violências.



7 Considerações finais

O conceito de integralidade permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas. É nessa perspectiva que o setor saúde busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território.

As orientações apresentadas nesta publicação sobre prevenção e promoção da saúde, bem como sobre acolhimento, atendimento e tratamento às crianças, adolescentes e suas famílias que vivenciam situações de violência, estão organizadas de forma pedagógica, reconhecendo as fases de desenvolvimento da criança e do adolescente como norteadoras para a ação do cuidado em saúde. Os conceitos de violência e suas formas de manifestação buscam realçar os aspectos e as relações entre seus diferentes tipos e naturezas, de maneira a despertar a atenção dos profissionais para a identificação e a compreensão mais aprofundada do cuidado em quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.

A proposta deste documento em linha de cuidado é uma estratégia pedagógica para orientar os profissionais e gestores da saúde para que

promovam articulações entre equipes e estabeleçam fluxos de atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias, segundo suas demandas e necessidades, em uma rede de cuidados progressivos e ininterruptos, na qual em cada ponto articulado assegure-se o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade de problemas e a continuidade da atenção. A perspectiva das linhas de cuidado na área da violência contra a criança e o adolescente visa à superação de uma proposta de redes hierarquizadas (CECCIM *et al.*, 2005; CECÍLIO, 1997).

Para tanto, é necessário o conhecimento do território e, sobretudo, a maneira de levar a vida dos usuários no contexto em que se inserem. Pressupõe também a análise e o ordenamento dos recursos existentes e necessários para garantir, nos territórios, serviços que promovam saúde e previnam violência, articulando-se na afirmação da vida (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006). Nesse sentido, este documento é finalizado mostrando a relevância da rede de cuidado e de proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias para o enfrentamento de situações de violência.

As políticas de saúde são pactuadas nas três esferas de gestão do SUS, seguindo os princípios da universalidade, equidade e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Faz-se necessário que os gestores dos estados, municípios e do Distrito Federal organizem a rede de cuidado e de proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências no território, de acordo com a capacidade de gestão local, o que requer uma mudança no processo de produção de saúde.

É necessária a adequação da área física, a compatibilização entre a oferta e a demanda dos serviços, a capacitação dos profissionais e a governabilidade das equipes locais, associadas ao modelo de gestão de redes para a definição de protocolos e de fluxos de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias na rede de cuidados e de proteção social, formada pelas políticas sociais básicas de saúde, educação, assistência social e de direitos humanos, articuladas com os sistemas de justiça e de segurança pública.

Por tratar-se de um tema extremamente complexo, o conteúdo desta publicação não pretende esgotar a abordagem do tema da violência na infância e adolescência, apesar de sua construção ter envolvido profissionais de várias áreas de atuação, de diferentes locais do País e com as mais diversas experiências em relação ao tema. Certamente algumas

vertentes não foram contempladas, ou o foram apenas parcialmente, e sua utilização pelos gestores e profissionais poderá mostrar a necessidade de revisões, adaptações e atualizações locais e no futuro.

Importantes contribuições foram recebidas a partir de consulta pública. Muitas sugestões foram inseridas e comentários úteis mostraram o quanto este documento é necessário e esperado, mas, por outro lado, dificilmente suprirá todas as demandas específicas de cada categoria profissional, de cada nível de atenção e de cada região do País. Por isso, é importante que os gestores estaduais e municipais organizem suas redes de cuidado e de proteção social no território e de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violências.

Finalmente, cabe destacar que o cuidado com os próprios profissionais que prestam o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência é fundamental para que a linha de cuidado seja plenamente colocada em ação. Ao orientá-los sobre as dimensões do cuidado, este documento auxilia os profissionais na busca por uma rede que lhes dê não apenas suporte para o atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, mas também apoio técnico e emocional para uma atuação integral e integrada em seus serviços de saúde.

8 Referências

ADAMS, J. A. et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia, v. 20, n. 3. p. 163-172, Jun. 2007.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice. Committee on Bioethics. *Pediatrics (Springfild),* Elk Grove Village, U. S. v. 95, n. 2, p. 314-317, feb. 1995.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P. *Resiliência:* enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 380 p.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; PESCE, R. P. *Depressão em crianças:* uma reflexão sobre crescer em meio à violência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ASSIS, S. G. et al. *Ansiedade em crianças*: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p.16-29, dez. 2004.

BARRETO, M. *Uma jornada de humilhações*. São Paulo: Fapesp, 2000. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/spip.php?article1>. Acesso em: 13 nov. 2009.

BOFF, L. *Saber cuidar*: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (No prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes 2006-2007*. Brasília: Ministério da Saúde. 2009a. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. *Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde* - TEIAS: a estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes. Brasília, DF, 01 out. 2009b.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, p. 1, de 10 de agosto de 2009, Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>. Acesso em: 24, out., 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. *Declaração do Rio de Janeiro e chamada para ação para prevenir e eliminar a exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. 42p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis - DST*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 140 p. (Série Manuais, nº 68).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 21 p. - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 7)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Súde, 2004. 296 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria GM/MS n. 737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 Seção 1e, de 18/05/01 Seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, p. 13563, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 13, nov., 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CECCIM, R. B. et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

CECÍLIO, L. C. O. Modelos técnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, jul./set., 1997.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. *Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência*. 3 ed., 2008.

DURRANT, J. E. Castigos corporais: preponderância, preditores e implicações para o comportamento e desenvolvimento da criança. In: HART, S. N. (Org). *O caminho para uma disciplina infantil construtiva:* eliminando castigos corporais. São Paulo: Cortez, 2008.

HAVENS, P. L. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics*. Jun, n. 111, p.1475-89, 2003.

HORNOR, G. Child sexual abuse: psychosocial risk factors. *Journl of Pediatric Health Care,*[S. l.], v. 16, n. 4, p. 187-192, 2002.

KRUG, E. G. *et al*. (Ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 164-172, nov. 2005. Suplemento.

MEIRELLES, Z. V; SILVA, C. A. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. In: *Violência contra a mulher adolescente/Jovem*. Stella R. Taquete (org). Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007. 208p.

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde: 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos and MEIRELLES, Zilah Vieira. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 1997, vol.13(2): 135-140

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G. ; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: *Seminário combate à violência contra a mulher*. 2001, Minas Gerais: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

PESCE, R.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Agressividade em crianças*: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PFEIFFER, L. Desvinculação mãe-bebê e maus-tratos. In: GEDIEL, J. A. P. *Violência, paixão e discursos*. São Paulo: Ágora, 2008.

PFEIFFER, L. *Normas do programa HC-DEDICA*. Curitiba: UFPR, 2007.

PFEIFFER, L.; WAKSMAN R.D. I. Violência na infância e adolescência. In: Campos, J. A. (ed). *Manual de segurança da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 95-278, 2004.

SÁNCHEZ, A. I. ; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

SANDERSON, C. *Abuso sexual em crianças*: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books, 2005. 344 p.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, Proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO R.; CECCIM R. B.; MATTOS R. A. (orgs). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro*: IMS/UERJ, p.93-110, 2006.

TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1717-1725, nov./dez. 2005.

9 Anexos

Anexo A - Legislação relacionada aos direitos de Crianças e Adolescentes

Constituição Federal de 1998. Art. 227.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Lei nº 8.242 12 de outubro de 1991 – Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências.

Decreto nº 1.196 de 14 de julho de 1994 - Dispõe sobre a gestão e administração do Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente (FNCA), e dá outras providências.

Lei nº 10.764/2003, que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências

Lei nº 11.829, de 25 de novembro de 2008. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material.

Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, que dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências.

Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

Lei nº 4.053, de julho de 2008, que trata sobre a Síndrome da Alienação Parental (SAP) .

Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências

Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 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.

Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde*.

Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios

Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infanto-Juvenil.

Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação.

Portaria MS/GM nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria MS/GM nº 687, MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Portaria nº 1.861, de 4 de Setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.

Portaria GM nº 2395, de 07.10.2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e o Comitê Técnico-Consultivo (CTC) para sua implementação.

Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências

Anexo B – Ficha de Notificação / Investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras 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

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS | Código (CID10) Y09 | 3 Data da notificação

4 UF | 5 Município de notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código (CNES) | 7 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

8 Nome do paciente | 9 Data de nascimento

10 (ou) Idade | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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 à 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

28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

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 | Outras deficiências/ Síndromes_____
Mental | Auditiva | Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

36 UF | 37 Município de ocorrência | Código (IBGE) | 38 Distrito

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
02 - Habitação coletiva
03 - Escola
04 - Local de prática esportiva
05 - Bar ou similar
06 - Via pública
07 - Comércio/serviços
08 - Indústrias/construção
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

Tipologia da violência

51 Tipo de violência — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- ☐ Física
- ☐ Psicológica/Moral
- ☐ Tortura
- ☐ Sexual
- ☐ Tráfico de seres humanos
- ☐ Financeira/Econômica
- ☐ Negligência/Abandono
- ☐ Trabalho infantil
- ☐ Intervenção legal
- ☐ Outros _____

52 Meio de agressão — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- ☐ Força corporal/ espancamento
- ☐ Enforcamento
- ☐ Obj. contundente
- ☐ Obj. pérfuro-cortante
- ☐ Substância/ Obj. quente
- ☐ Envenenamento
- ☐ Arma de fogo
- ☐ Ameaça
- ☐ Outro _____

Violência Sexual

53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- ☐ Assédio sexual
- ☐ Estupro
- ☐ Atentado violento ao pudor
- ☐ Pornografia infantil
- ☐ Exploração sexual
- ☐ Outros _____

54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- ☐ Oral
- ☐ Anal
- ☐ Vaginal

55 Procedimento realizado — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- ☐ Profilaxia DST
- ☐ Profilaxia HIV
- ☐ Profilaxia Hepatite B
- ☐ Coleta de sangue
- ☐ Coleta de sêmen
- ☐ Coleta de secreção vaginal
- ☐ Contracepção de emergência
- ☐ 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
- ☐ Gravidez
- ☐ DST
- ☐ Tentativa de suicídio
- ☐ Transtorno mental
- ☐ Transtorno comportamental
- ☐ Estresse pós-traumático
- ☐ Outros _____

Lesão

57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)

01 - Contusão
02 - Corte/perfuração/laceração
03 - Entorse/luxação
04 - Fratura
05 - Amputação
06 - Traumatismo dentário
07 - Traumatismo crânio-encefálico
08 - Politraumatismo
09 - Intoxicação
10 - Queimadura
11 - Outros _____
88 - Não se aplica
99 - Ignorado

58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)

01 - Cabeça/face
02 - Pescoço
03 - Boca/dentes
04 - Coluna/medula
05 - Tórax/dorso
06 - Abdome
07 - Quadril/pelve
08 - Membros superiores
09 - Membros inferiores
10 - Órgãos genitais/ânus
11 - Múltiplos órgãos/regiões
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
- ☐ Mãe
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Cônjuge
- ☐ Ex-Cônjuge
- ☐ Namorado(a)
- ☐ Ex-Namorado(a)
- ☐ Filho(a)
- ☐ Irmão(ã)
- ☐ Amigos/conhecidos
- ☐ Desconhecido(a)
- ☐ Cuidador(a)
- ☐ Patrão/chefe
- ☐ Pessoa com relação institucional
- ☐ Policial/agente da lei
- ☐ Própria pessoa
- ☐ Outros_____

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)
- ☐ Vara da Infância / Juventude
- ☐ Casa Abrigo
- ☐ Programa Sentinela
- ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM
- ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente
- ☐ Outras delegacias
- ☐ Ministério Público
- ☐ Centro de Referência da Mulher
- ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS
- ☐ Instituto Médico Legal (IML)
- ☐ 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
2 - Evasão / Fuga
3 - Óbito por Violência
4 - Óbito por outras causas
9 - Ignorado

70 Se óbito por violência, data

71 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque-Saúde
0800 61 1997

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 | Função | Assinatura

Formato: 21 x 26 cm
Tipologia: Goudy Old Style
Papel: Couchê 90g/m2(miolo)
Cartão supremo 250g/m2 (capa)
CTP, impressão e acabamento: Ediouro Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, outubro de 2010.

Disque Saúde
0800. 61 1997

Disque 100
Denúncia Nacional de Enfrentamento
da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes

Disque 180
Central de Atendimento à Mulher

CLAVES
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

SUS
Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Governo Federal

ISBN: 978-85-334-1688-8