



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério
da Saúde



Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência

Orientações para gestores e profissionais de saúde

VERSÃO PRELIMINAR

PUBLICAÇÃO EM FASE DE CONSULTA PÚBLICA

05/2010 – conteúdo aprovado pelas Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Documento a ser submetido à revisão de português e bibliográfica

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>

Tiragem: 1ª edição – 2010 – ???? exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

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) 3306-8041/ 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 – Torre II, 1º Subsolo

CEP: 70070-600 – Brasília – DF

Tels.: (61) 3315.2375

E-mail: adolescente@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
– Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

??? p. : il.

ISBN XXX-XX-XXX-XXXX-X

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

CDU 000:000

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2010/0000

Títulos para indexação:

Em inglês:

Em espanhol:

Equipe Técnica

Supervisão-Geral:

**Elsa Regina Justo Giugliani
Thereza De Lamare Franco Netto**

Coordenação Técnica:

**Edinilsa Ramos de Souza
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis**

Elaboração Técnica:

Autores

**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 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
Ana Lucia Ferraz Amstalden
Ana Sudária Lemos Serra
Cheila Marina de Lima
Cláudia Araújo de Lima
Denis Ribeiro
Elisabeth Susana Wartchow
Evilene Lima Fernandes
Gilvani Pereira Grangeiro
Ivana Drummond Cordeiro
Juliana Fernandes
Leila Regina Paiva de Souza
Laura Souza
Leandro Queiroz Santi
Marcelo Joaquim Barbosa
Mércia Gomes O. de Carvalho
Rachel Baccarini
Rodrigo Zilli Haanwinckel
Rubia Cerqueira Persequini
Sueli Mendes Nogueira
Valdir Monteiro Pinto**

Sumário

Apresentação	5
1. Introdução	7
2. Promoção da saúde e prevenção de violência	10
2.1 Promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência	11
2.2 Prevenção da violência na família e na comunidade	15
2.3 Vulnerabilidades à violência e proteção de crianças e adolescentes	17
2.4 Promoção da Cultura de Paz	21
3. Tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes	24
4. Alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes	32
4.1 Violência psicológica	34
4.2 Violência física	36
4.3 Negligência	41
4.4 Violência Sexual	43
5. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência	46
5.1 Acolhimento	50
5.2 Atendimento	53
5.3 Cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual	61
5.4 Notificação	67
5.5. Seguimento e monitoramento do caso	69
6. Rede de Cuidado e Proteção Social de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências	72
6.1 Rede Intrasetorial	73
6.2 Rede Intersetorial	78
6.3 Articulação entre as redes intrasetorial e intersetorial de cuidado e proteção social	82
7. Referências	84
8. Anexos	87

Apresentação

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos. Direitos esses que repousam no ordenamento jurídico brasileiro e que, às vezes, são ameaçados pela violência difundida no tecido social, afetando especialmente crianças, adolescentes e suas famílias. A violência resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, mas 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, prevenção de violências, atenção integral às vítimas e o trabalho em rede.

O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) feitas na Assembléia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996, declarou que a violência se constitui em importante problema para a saúde pública. Assim, publicou a Política 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 nº 1.968/GM, de 25/10/2001), além de outras ações pactuadas com as três esferas de gestão do SUS.

Dando sequência a essas 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 Violência – Orientações 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 de atenção integral à criança e ao adolescente e suas famílias em situação de violência. A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade do cuidado, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscar articular 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.

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. Para tanto, faz-se necessário que os gestores dos Estados, Municípios e do Distrito Federal organizem a rede de cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência no território, de acordo com a capacidade de gestão local, que requer uma mudança no processo de produção de saúde.

Por isso, 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 proteção social, formada pela rede de saúde e as redes de outros setores.

Por fim, pretende-se, com este documento, estimular os profissionais de saúde para que aproveitem ao máximo as oportunidades oferecidas pelos contatos com as famílias para 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 para a construção dos vínculos e para a consolidação da prática dos valores fundamentais do convívio: carinho, amor, gentileza, cooperação, respeito e solidariedade.

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, 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 44/25 da Assembléia 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 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 proteção e a defesa da 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. Por outro lado, 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 visível, 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). Esses 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 2009, mostram que crianças e adolescentes de ambos os sexos são igualmente vítimas de 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, enquanto adolescentes do sexo masculino são as principais vítimas de violência física (Brasil, 2009a).

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 as possibilidades de prevenção, cuidados e proteção.

Sabe-se que a violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos que podem 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.

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).

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 estimular os 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 proteção social), bem como sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e a atuação em rede no território.

2. Promoção da saúde e prevenção da violência

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 da violência 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 da violência 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.**

2.1 - 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 relacionada ao suporte e ao respeito mútuo proporcionados pela família, à capacidade individual de se desenvolver autonomamente (auto-estima 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 et al, 2005).

A resiliência depende principalmente de três fatores:

- (1) atributos pessoais como autonomia, auto-estima e competência social;
- (2) família coesa, onde 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; e
- (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. 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, informações transmitidas em linguagem simples e acessível podem fazer uma enorme diferença na construção do vínculo, como mostram alguns exemplos práticos que apontam brevemente 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, conversar e cantar para o bebê, acariciar a barriga e proporcionar outras demonstrações de afeto abrem caminho para o fortalecimento do vínculo.

- **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

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 de 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 freqüente e proteção contra infecções.

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 de Saúde da Família (ESF), a observação da qualidade das interações entre a família e a criança pequena oferece oportunidades de comentar sobre a importância da estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor e das competências da criança pequena: brincar, estimular a curiosidade e a criatividade, proteger contra acidentes oferecendo oportunidades seguras de explorar o ambiente, considerar o choro como instrumento de comunicação na etapa pré-verbal que comunica necessidades que precisam ser atendidas.

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

- **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 considerado 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; e por reações do semblante diante de sensações sexuais – sorridente, carrancuda” (Sanderson, 2005:32).

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 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.

Vínculos seguros facilitam a formação da auto-estima, 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.

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-lo, 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 promove a compreensão, ao invés de fazê-los se sentirem envergonhados ou culpados (Sanderson, 2005).

A Caderneta de Saúde do Adolescente dispõe de um conjunto de orientações sobre o início da puberdade, as transformações do corpo e o início da sexualidade.

2.2 - Prevenção da violência 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 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, demandam mais trabalho e atenção e, por isso, se tornam mais vulneráveis às várias formas de expressão da violência, detalhadas no próximo capítulo.

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.

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 onde 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.

O que é ciclo da violência? Refere-se à reprodução e transmissão da violência através de gerações familiares.

Há ainda a possibilidade de fazer prevenção interrompendo o ciclo de violência, ou seja, evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer. 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 que a Secretaria de Saúde proporcione a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

Algumas atitudes preventivas dos profissionais de saúde frente às situações de violência familiar

- orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e na 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 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 lançadas no espaço do território também se mostram eficientes. Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização da comunidade (centros comunitários) 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 estão fora do âmbito da saúde e são de importância fundamental para minimizar a violência, como por exemplo, reduzir a presença ou o acesso às drogas, ao álcool e às armas.

2.3. 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 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).

Assim, o conceito de vulnerabilidade permite repensar sobre 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-lo mais vulneráveis, facilitando que a violência ocorra; ou 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.

Alguns sinais de risco durante a gravidez (Pfeiffer, 2008)

- 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 em acompanhar o 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.

Neste 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, recusa em amamentar, desmamar precocemente sem motivos aparentes, o cansaço e insegurança persistentes, queixas exageradas às demandas da criança e suposição injustificada de doenças.

Fatores de risco 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.

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 da violência, onde prevalecem o cuidado, a atenção às suas necessidades, o carinho e o bebê, permanecendo como tal durante todo o período da infância e 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 e 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

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

bebê e à maternidade. O serviço de saúde precisa estar preparado para acolher e oferecer espaço para que estas jovens possam expressar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas.

Na **infância**, a aquisição da linguagem e a crescente percepção do mundo possibilitam a criança absorver com maior intensidade os estímulos que recebe. Nesta 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, aceitando “pacificamente” 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 agem com eles, seja reproduzindo a violência ou o afeto com que são tratados, seja colocando-se no lugar de vítima ou de protagonista que lhes ensinaram a ocupar.

O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator protetor no desenvolvimento de potencialidades fundamentais, como auto-estima, 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 sujeitas a sofrerem violência física, enquanto as do sexo feminino correm mais risco de sofrerem violência sexual. As crianças do sexo feminino estão mais expostas à violência que acontece no ambiente doméstico (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. Este cenário, associado à maior independência e contato social com o grupo de pares, pode tornar o adolescente mais ou menos vulneráveis 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 e 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, dos adolescentes e de suas famílias. A ausência de políticas de geração renda, habitação, saneamento básico dentre outras são fatores determinantes de uma maior exposição à violência.

Comunidades unidas por forte “vínculo” social, nas quais há 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 ações protetoras dos direitos de crianças e adolescentes.

2.4. 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, usá-la 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. No entanto, isso não significa que devam ser toleradas. Pelo contrário, os momentos em que elas aparecem são ótimas oportunidades para construir maneiras aceitáveis de demonstrar raiva. Dar palmadas torna a disciplina menos eficaz, enviando mensagens contraditórias e significando: **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; por outro lado, 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 confiança e 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 que tem.

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 para a construção dos vínculos e para a consolidação da prática dos valores fundamentais do convívio: carinho, amor, gentileza, cooperação, respeito, solidariedade. E essa descoberta pode começar no próprio atendimento e na relação do profissional com a família.

Os profissionais de saúde, em seus atendimentos, podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e que partilhem as responsabilidades como cuidadores e como provedores. Pai e mãe 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 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. Para agir na vanguarda da saúde pública, é necessário 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, 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).

O termo “**violência**” é utilizado como sinônimo do termo “**maus-tratos**”, amplamente difundido em publicações científicas, e também utilizado pelos profissionais que lidam com crianças e adolescentes. Ambos se referem genericamente a

qualquer natureza da violência (física, sexual, psicológica ou negligência/abandono), que serão definidos mais à frente.

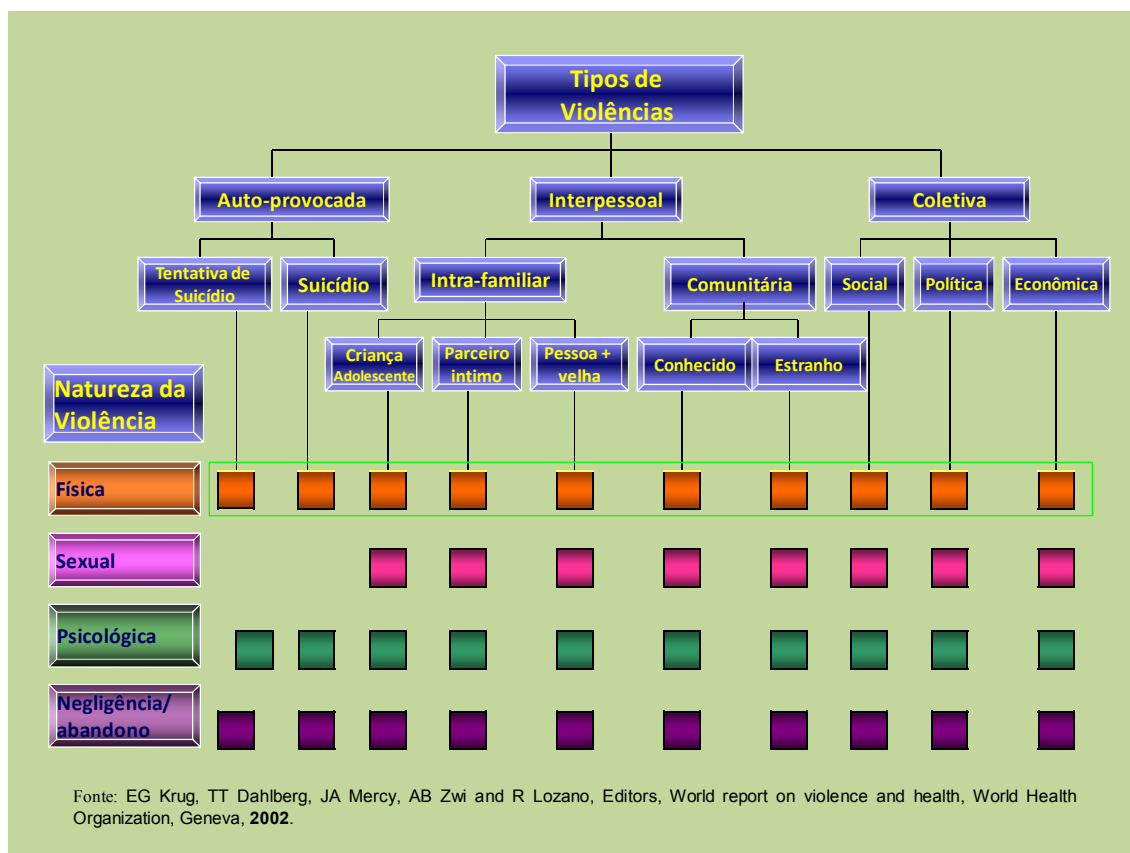
Na área da saúde adota-se o termo **violência** para identificar os seus principais tipos e natureza visando o planejamento de ações para prevenir e prestar o atendimento às vítimas e aos agressores.

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 (auto-provocada), 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 1¹.

¹ Neste documento serão abordadas apenas as categorias ou tipos da violência: (1) **auto-provocada**, dividida em comportamento suicida/tentativa de suicídio e suicídio, e outras lesões e (2) **interpessoal**, dividida em **intra-familiar** e **comunitária**, considerando que são os tipos mais freqüentes e onde a saúde tem maior possibilidade de realizar ações de prevenção e atenção às vítimas.

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



A **violência auto-provocada 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 a 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, onde 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 da 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 estejam. No espaço da família, 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 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 sub-notificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde.

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 grande maioria dos países do mundo. É uma prática que deteriora as relações entre pais e filhos, compromete a internalização moral (aprendizado através 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.

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 seqüelas que acabam sendo irreversíveis na vida adulta (Minayo-Gomez e Meirelles, 1997).

Os prováveis riscos ocupacionais e repercussões à saúde para crianças e adolescentes, encontra-se na lista as Piores Formas de Trabalho Infantil, discriminando, por tipo de trabalho (Decreto nº 6.481 de 12/06/2008).

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

b) Violência psicológica: é toda ação que coloca em risco ou causa dano à auto-estima, 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).

Outras formas de Violência Psicológica

Testemunho da violência: refere-se a situações violentas que a criança ou o adolescente 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: diz respeito à 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). Em geral, o sentimento gerado é de raiva, medo e impotência, com incapacidade de se defender e de se perceber como vítima. 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 *paggers* 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 psicosssexual 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 comercial, 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 através 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 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 auto-estimulação, a auto-exploração, 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, esta 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 comercial

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. Pode se apresentar através da exploração sexual comercial, da exploração sexual em viagem e no turismo, da pornografia e do tráfico para fins sexuais (Brasil, 2008).

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

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.

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 onde 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 destas 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 vítima da exploração sexual comercial.

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

Os sinais da violência se traduzem em conseqüências 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. Neste sentido, **a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a freqüência, 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, sob uma observação superficial ou imediata, demonstrar um estado de aparente calma logo após a violência, o que não significa que não houve seqüelas. Especial atenção deve ser dada aos bebês e crianças muito pequenas, abaixo de três anos, nos quais as conseqüências 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 na medida da progressão da violência e/ou da 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 contatos 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 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 freqüente de aparecimento de cada um deles, porém devem ser vistos 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 freqüentes, 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 freqüentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa auto-estima 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 freqüentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

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.

4.1 Violência psicológica

Esta agressão na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou impedir o curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará seqüelas 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 nesta idade ou se representam uma continuidade de situações de violência sofridas

anteriormente ou, ainda, se decorrem de seqüelas 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. Estes 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 aquele 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>

4.2 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 conseqüentes 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 frente, 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 quatro 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 quatro anos, referidas como conseqüência 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:** evidenciando 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:** indicando ao 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,** como regiões laterais de tronco, interna de braços ou coxas, região perineal ou genital, pescoço, axilas.

Como sinais específicos de violência física, apresentam-se as:

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 dois 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 crânio-encefálicas: podem deixar seqüelas permanentes no sistema nervoso central e comumente levam à morte, por contusões, lacerações, micro hemorragias, hematomas e grandes sangramentos.

Especialmente na criança abaixo de dois anos é possível encontrar a **Síndrome da Criança Sacudida**, 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 conseqüentes 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 aditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perforadas**, indicando barotrauma por socos ou fortes pancadas, com possível fratura de osso esfenóide;
- **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 freqüentes na criança maior, que se mantém em pé ou já anda e no adolescente. Habitualmente, são provocadas por socos ou pontapés. Representa 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 mesmo 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 oficialmente prescritos 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 frente a uma evolução não esperada para o quadro apresentado. Estas situações podem ser indícios de *Síndrome de Munchausen por Procura*.

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.

Nestes 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 frente à 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 frente às investigações e limitações impostas, assumindo o papel de doente incurável e em risco de vida constante.

4.3 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 segurança da criança, 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,

Os profissionais devem ficar atentos para as internações freqüentes, 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.

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 adolescente ou ainda da unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela;
- Descuido com a segurança da criança 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 frente a 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

- Doenças parasitárias ou infecciosas freqüentes;
- Lesões de pele freqüentes 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, sexo, clima ou condição social;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional;
- Faltas freqüentes 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.

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 acima e também os que apontam para a despreocupação dos responsáveis com o desenvolvimento, o bem-estar e a segurança da criança ou do adolescente, especialmente aqueles que estão internados e não recebem visitas ou que os familiares não estão presentes na alta.

4.4 Violência Sexual

Apresenta 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.

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

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

Sinais indiretos mais freqüentes 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 freqüente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre;
- Tentativas freqüentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do abusador para com ela;
- Infecções urinárias de repetição.

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.**

Crianças e adolescentes sofrendo violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar esta 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 nesse 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 lidam com esse grupo populacional.

Como conseqüências 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 violência

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. Representa uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilização de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

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).

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, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

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 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 articulação às várias ações das redes de saúde com as 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 numa cadeia de produção do cuidado em saúde e da proteção social no território.

O sucesso da estratégia depende de que todos os recursos disponíveis estejam integrados por fluxos, 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 possibilitem a continuidade do cuidado que considerem: os componentes educacionais e de comunicação, a elaboração da programação da atenção, o desenho dos pontos 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.

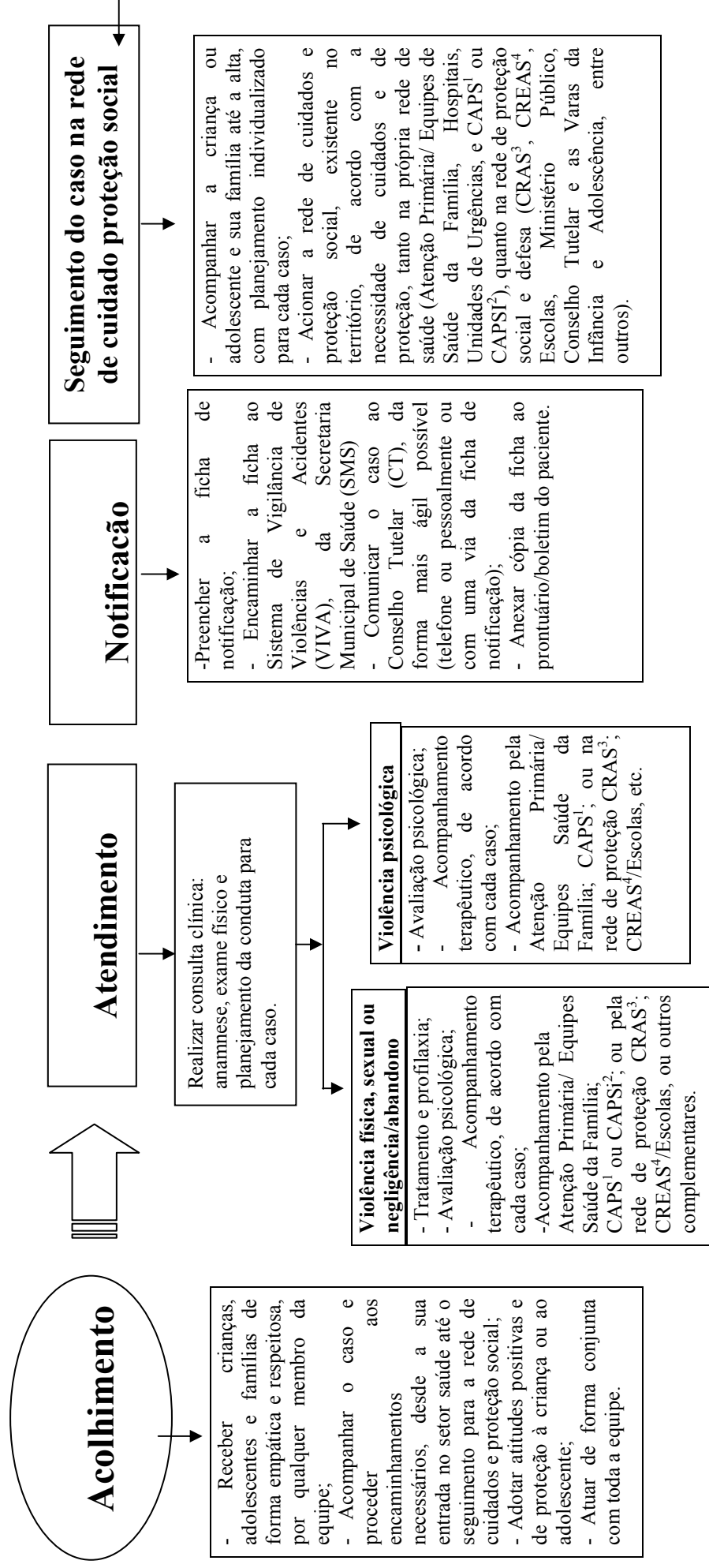
A implantação da Linha de Cuidado (LC) na temática da violência permite:

- 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 e responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social;
- d) estabelecer normas e protocolos 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 um passo a passo da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, que compreende as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e proteção social, propostas neste documento.

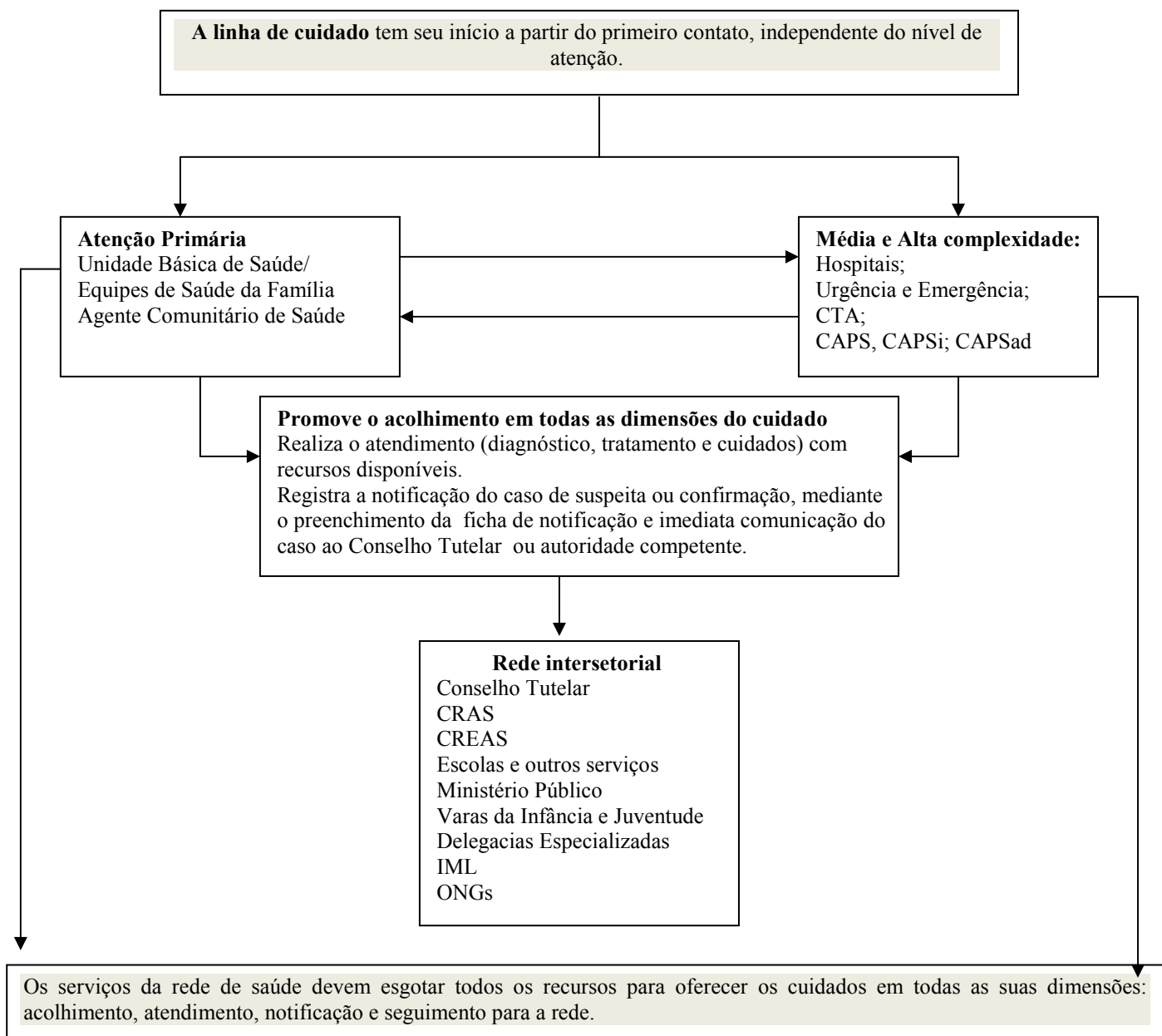
DIAGRAMA 1

Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência



¹Caps: Centros de Atenção Psicossocial; ²Capsi: Centro de Atenção Psicossocial infantil; ³CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; ⁴CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CT: Conselho Tutelar.

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



5.1. Acolhimento

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

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora nem a 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 tradicional triagem.

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.

O acolhimento facilita muito a abordagem com o paciente 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 estes 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,

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.

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. Quando possível, é sempre indicado solicitar ajuda da psicologia.

Além disso, desde os casos leves aos mais extremos, 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.

É importante 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 aos membros de sua família, ou do 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. Deste modo, o profissional de saúde precisa desenvolver uma compreensão mais ampliada da situação de violência que atinge a família e as suas possíveis conseqüências 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 auto-estima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a sua saúde.

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

5.2. 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 proteção social detalhada no capítulo 6 deste documento.

A atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência 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 co-responsável na garantia desses direitos.

O serviço deve estabelecer um plano de atendimento, em linha de cuidado, que pressupõe o correto preenchimento do prontuário da criança ou do adolescente em situação de violência. 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 e, quando não informatizado, escrito com letra legível, para que as informações não se percam. O prontuário deve conter registro completo sobre: dados de exame físico, dados individuais e familiares, medicação, solicitação de exames, procedimentos adotados, providências tomadas e encaminhamentos.

O comportamento da criança, do adolescente e sua família também deve ser registrado, pois isso pode indicar como estavam se sentindo durante o atendimento.

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.

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.

Proteger a identidade da criança, do adolescente e 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 proteção social diretamente envolvidos com o caso.

5.2.1 Atitude do profissional

O profissional de saúde desempenha um papel importante de cuidador ao identificar uma situação de violência ou as condições que indicam que isto 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 desta criança e 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 vítimas de violência é necessário e recomendável.

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 vítima, a família poderá pressionar para que a esta negue ou retire o que disse. Nestes casos, a criança ou o adolescente poderá sofrer riscos ainda maiores. Nestas situações, se a equipe decidir abordar os familiares, deverá fazê-lo de modo estratégico, por exemplo, entrando em contato com membros não autores de 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 fizer parte da família. É importante orientar os familiares, explicando, em linguagem apropriada, as graves conseqüências 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 à pena alertar os pais ou responsáveis para a importância de fornecer uma forma de contato, especialmente se for uma pessoa cuja convivência com a criança tiver chance de continuar a acontecer, como é o caso de cuidadores informais e vizinhos. A abordagem a estas pessoas pode também ser feita pelo Conselho Tutelar, sendo

necessário que o profissional aponte, na notificação, a importância da orientação a elas para o bom desfecho do caso e a prevenção de violências com outras vítimas.

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 procurem identificar, em seu território de atuação, se existem serviços específicos para onde estas 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 cuidados e proteção social no território deve sempre ser acionada, a fim de apoiar as medidas tomadas pelo profissional de saúde na garantia de direitos e proteção da criança e do adolescente. Esta rede encontra-se melhor detalhada no capítulo 6.

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;
- 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 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 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 adolescente entenda o que está sendo dito. Utilize as mesmas palavras que a 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 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 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 a 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 que o Conselho Tutelar deve ser comunicado e sempre informar a criança, o adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito.

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 adolescente com frases do tipo “*isso não foi nada*”, “*não precisa chorar*” e tratá-lo como um “coitadinho(a)”.

Se na infância a capacidade de verbalizar não está plenamente desenvolvida, exigindo um cuidado ainda mais sensível da situação; na adolescência, comportamentos e expressões próprios desta 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.

5.2.2 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 e psicólogos, psiquiatras e psicanalistas podem ajudar a evidenciar as marcas e seqüelas que não se encontram na pele ou nos órgãos, mas que, muitas vezes, podem ser desastrosas.

Desde o início do atendimento há que se diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinado pela avaliação 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 determinante 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 se a violência sofrida já deixou ou não seqüelas perceptíveis.

3) Perfil do autor da violência: as suas características, seu perfil psicológico, 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 destas 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 frente à agressão e ao autor de violência, assim como da qualidade das relações que mantém 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 acompanhamento adequados da vítima (Pfeiffer, 2007).

É importante lembrar que há outros equipamentos sociais e serviços que não são gerenciados pelo setor saúde, mas que podem dispor de profissionais capacitados para o atendimento de crianças e adolescentes 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 proteção social.

5.2.3. A consulta clínica

No atendimento dos serviços de saúde, é importante elaborar protocolos para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes em situação de violência, 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 do adolescente, 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 permitirá 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 a busca de sinais de violência anterior e suas possíveis sequelas, incluindo sempre o exame completo da região genital e anal, tanto em meninos quanto em meninas, após explicá-los sobre 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 contra-indicado 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 rede de apoio, o tipo de violência suspeito ou confirmado e 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 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. **O importante é sempre descartar outras causas antes de afirmar que a criança ou o adolescente está sendo vítima de violência.**

Na suspeita de uma situação de violência física contra uma criança abaixo de dois anos, independentemente da queixa, é indicada a realização de radiografia de corpo inteiro, após o exame físico criterioso e detalhado, à 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 a 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 três 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, 2004; Adams et. al, 2007; Hornor, 2002).

Para fins de processo legal, onde existam marcas da violência física e, especialmente, na violência sexual, é necessário 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 esta responsabilidade. A partir deste BO a criança ou 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.

O ideal é que se compatibilizem as condutas jurídicas exigidas e as da atenção à saúde, garantindo a proteção de criança ou adolescente, evitando assim a revitimização.

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 até o esclarecimento da situação.

Existem algumas situações que exigem a tomada de atitudes urgentes por parte dos profissionais, quando a vida de crianças e adolescentes estão em risco, a exemplo dos casos de violência física grave ou negligência de lactentes.

No caso específico da violência sexual é obrigatório realizar os testes para DST/HIV e em adolescentes do sexo feminino deve-se fazer a contracepção de emergência, dentre outras medidas descritas no item 5.3.

A criança ou adolescente pode necessitar de internação também para tratamento das conseqüências diretas da violência, tais como traumatismos cranianos ou estupro com lesões graves de genitália ou ânus. Nestes 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 abordagem clínica deve ser complementada por uma avaliação psicossocial realizada por psicólogos e assistentes sociais existentes no serviço de saúde ou na rede de cuidado e proteção social.

5.3. Cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual

Para melhor qualificar a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e promover os cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual de crianças e adolescentes 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*, destacadas a seguir:

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 (anal vaginal), sangue e outros líquidos corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com sêmen (vaginal e/ou anal) e oral com ejaculação (ver quadro 5). 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com sêmen (oral, anal e vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com sêmen (após a primeira menstruação e antes da menopausa)
Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância gástrica • Histórico alérgico. • Escolha adequada do medicamento • Dosagem a ser administrada de acordo com o peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar e aconselhar teste (antiHIV) • Escolha da associação do medicamento • Dosagem a ser administrada • Intolerância gástrica • Administração (ideal 24h até 72 h) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o esquema vacinal da vítima (3 doses) • Avaliar a exposição crônica/repetição da violência • Realizar a Imunoprofilaxia • Interpretar os marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha adequada do método • Dosagem a ser administrada • Administração (ideal até 72 h ou 5 dias após a violência).

ATENÇÃO: recomenda-se a consulta da Norma Técnica na íntegra, disponível no sítio do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/norma_prevencao_atualizada.pdf

Orientações importantes

Para a identificação do agressor é imprescindível a coleta do material das roupas, dos pêlos 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 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 45 kg, as dosagens dos medicamentos devem ser os mesmos que para adultos (Brasil, 2007).

Quadro 4: Profilaxia das DST não virais crianças e adolescentes com < 45 kg.

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. Com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
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 7 dias. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver profilaxia antirretroviral (Brasil, 2006c).

A profilaxia do HIV com antiretrovirais (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 4 semanas consecutivas. É recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal, inclusive se o status sorológico do agressor 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

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/m ² /dose, de 12/12h Dose máxima: 300mg/dose
LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 150mg	Oral	4 mg/ kg – dose – 12/12h Dose máxima: 150 mg – 12/12h > 12 anos: 150 mg 12/12h ou 300 mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral 80mg/20mg/mL (LPV /r) Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r)	Oral	Crianças < 2 anos: 300 mg/m ² – 12/12h Crianças > 2anos: 230 mg/m ² – 12/12h Dose máxima: 200mg – 12/12h Adolescentes: 400 mg-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

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.

Para saber sobre contra-indicações 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://bvsm.s.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

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.

Situações vacinal e sorológica de criança e adolescente vítima de violência	Agressor		
	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 (≥ 10 mUI/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 IGHAB 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 IGHAB com intervalo de 30 dias entre elas**	Nenhuma medida específica	Duas doses de IGHAB 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

**A administração da IGHAB em duas doses deve obedecer o 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 IGHAB, 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina e se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

Exames laboratoriais são fundamentais para auxiliar no diagnóstico e 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 do 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				

* Excepcionalmente, a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores co-infectados 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.

5.3.1. Prevenção da gravidez em decorrência da violência sexual

Uma das grandes conseqüências 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, que os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar frente a essas situações. Dentre os aspectos que chamam a atenção é o desejo e manifesto da adolescente de interromper ou não a gravidez. 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 8.069/1990, determina o atendimento integral em saúde como um direito fundamental, não obstante nos casos de violência.

Em casos onde haja posicionamentos conflitantes, onde a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não deseja, e estes não estejam envolvidos na violência sexual, deve ser buscada a via judicial, através do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e

Juventude, que deverão, através do devido processo legal, solucionar o impasse. Cabe ao Promotor de Justiça da Infância e Juventude postular, em juízo, os direitos da adolescente.

Para o atendimento às solicitantes ao aborto legal devem ser seguidas as orientações da Portaria 1508 de 2005, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez:

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

A anticoncepção de emergência (AE) deve ser prescrita para todas as mulheres 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 contra-indicações absolutas. As duas formas de oferecer a AE hormonal devem ser administradas o mais rápido possível após o contato sexual, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72h. A OMS evidenciou efeitos protetores até 5 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 250 µg 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 150 µg de levonorgestrel/comprimido - Administração: 4 comprimidos, via oral, a cada 12 horas OU 8 comprimidos, via oral, dose única

*AHOC: anticoncepcionais hormonais orais combinados.

Para todos os casos, devem ser realizados 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 Juventude, ou à Delegacia da Criança e do Adolescente e 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*, 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 do Distrito Federal e diretores clínicos estejam sensibilizados e mobilizados para a implementação destes serviços nos hospitais públicos do país.

Um serviço que realize todas essas ações deve fazer parte da Rede de Cuidados e Proteção Social de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, 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.

5.4. Notificação

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de punição. É um direito da criança, do 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. Esta situação pode deixar os profissionais com sentimento de impotência e perplexos pelo medo ou pelo que a violência promove, por isso temem identificar a situação, bem como comunicar ao Conselho Tutelar. Portanto, é importante que esse conte com o apoio da equipe de saúde da qual faz parte.

Independente das condições sócio-econômicas das famílias, quando houver negligência ou 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 adolescente (Loch, 1996 AAP, 1995). O Conselho Tutelar e a rede de cuidados e 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 preenchimento², 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 que terá de 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 nº 1.968/ GM/MS, de 25/10/ 2001).

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

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).

² Cabe à coordenação do serviço de saúde definir o(s) responsável(is) pela assinatura na ficha de notificação.

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). O registro dos dados no módulo do SINAN-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica. 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.

Essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual, Distrito Federal e Municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde e da cultura de paz, o que deve ser feito articulando-se os diversos integrantes da rede de cuidado e proteção às crianças e adolescentes, tanto intrasetorial 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 das 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 Juventude, Ministério Público);
 - . a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência.

5.5 - Seguimento e monitoramento do caso

Para dar continuidade ao acompanhamento da criança, do adolescente e de sua família, é preciso que os serviços de saúde e profissionais devam estar capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos de crianças e adolescentes 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, as formas de encaminhamentos, os agendamentos de interconsultas, a frequência dos retornos, a realização e avaliação dos resultados de exames complementares, as 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 da família aos diferentes profissionais;
- analisar as necessidades específicas de cada caso e elaborar as estratégias indicadas;
- favorecer a capacitação da equipe de saúde para abordagens e intervenções;
- favorecer 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 co-responsabilização, 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 as DST, profilaxia HIV 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 (o Boletim de Ocorrência é pré-requisito para a realização do exame de corpo de delito) ou até mesmo realizando o exame de corpo de delito, quando o serviço dispuser do médico capacitado para esse fim. No caso do 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 de 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. Estes se tornam peças-chaves uma vez que a justiça trabalha com indícios (provas circunstanciais). Assim, os profissionais que prestam atendimentos nestes postos devem ser ainda mais meticolosos 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 vítimas de 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 ampliação do fluxo do

atendimento/seguimento, de forma a promover a atenção integral de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

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

As informações relativas ao fluxo da rede de cuidados e proteção social devem ser divulgadas e afixadas em locais públicos de fácil acesso, serviços de saúde, assistências social, escolas, shoppings, rodoviárias, 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 de referência de saúde e, se houver, à rede de cuidados proteção social no território. Em situação em que a criança ou adolescente esteja desacompanhado, essas mesmas orientações devem ser passadas ao Conselho Tutelar ou 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 do caso.

6. Rede de Cuidado e de Proteção Social às Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.

“O conceito de rede se transformou em uma alternativa prática de organização, capaz de responder as demandas sociais no mundo contemporâneo” (Meirelles e 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 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 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 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 e Silva, 2007, p.141).

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).

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 estructure 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, 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 às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência

6.1 Rede Intrasetorial

As especificidades do atendimento nos diferentes níveis da 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 intrasetorial do setor de saúde, a partir da atenção primária, Unidades Básica/Equipes da Saúde da Família.

Figura 1: Exemplo de rede intrasetorial de saúde dialogando com o setor de saúde no território



6.1.1 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, da adscrição 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; realizar ações educativas e preventivas, como a prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas; garantir acesso a exames complementares; fornecer medicamentos básicos; prestar o atendimento e orientar as mães / os cuidadores a respeito dos direitos sexuais de crianças e adolescentes, direitos reprodutivos de adolescentes, saúde sexual e saúde reprodutiva, acesso aos métodos anticoncepcionais; acompanhar 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; além de promover ações de prevenção da violência e de promoção da cultura de paz junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais.

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 proteção social.

6.1.2 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 Serviços/Unidade de Saúde-referência), podendo ainda ser prestado por 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, as equipes são compostas por médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, mas pode

haver também odontólogos, nutricionistas, pedagogo, fonoaudiólogo, 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 para a rede de cuidados e proteção social constituídos no território.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) integram a rede de atenção especializada no território para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo da violência sexual, tentativas de suicídio e agressão física.

6.1.3. 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 seqüelas 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 agressores 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 através 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 articuladas 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 e álcool e outras drogas - CAPS ad** devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita 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 a atenção primária pode se dar de duas maneiras: apoio matricial às ESF através de uma equipe mínima de Saúde Mental ou apoio pelos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

6.1.4 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 garantido 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 e adolescentes em situação de violência.

- **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 das 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.

6.2. 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 buscarem interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e proteção social.

No espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS) dialoga com os sistemas de proteção, 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 atendem crianças e adolescentes. A figura 2 ilustra um exemplo de articulação de rede intersetorial.

6.2.1 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 proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:

a) Centros de Referência da 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, destinado à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação 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 contra-referência com a

rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

6.2.2. Sistema de Justiça e de Direitos Humanos

São órgãos que atuam na promoção de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes: no âmbito federal, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e nos âmbitos dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, os Conselhos de Direitos de Crianças e Adolescentes. Estes órgãos estão presentes na maioria das unidades da federação e desempenham papel importante na implementação dos direitos humanos, bem como na prevenção de sua violação.

Em alguns Estados existem varas criminais e delegacias especializadas em apurar crimes contra crianças e adolescentes, bem como Promotorias da Infância e Juventude que atuam na proteção e garantia dos direitos da criança, adolescente e suas famílias. Os Conselhos Tutelares também fazem parte da rede de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente e desempenham papel importante no cumprimento destes direitos (Arts, 131 e 136, ECA/90). O conselho tutelar é um “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (art.131).

Em 2000, foi criado o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, configurando-se como um instrumento de garantia e defesa de direitos da criança e do adolescente. Tem o objetivo de fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação ou risco de violência sexual, resultado da articulação entre a sociedade civil e o poder público. A partir do seu eixo Defesa/Responsabilização, no âmbito da Justiça da Infância e Juventude, vem investindo em ações de humanização para atendimento e acolhimento às vítimas.

Posteriormente, o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/SNPDCA/SEDH-PR, criado em 2002, surgiu em resposta às demandas do Plano para o fomento de políticas públicas formuladas nas diversas esferas de governo e de forma articulada entre as diversas áreas responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, tendo com estratégias:

- 1) atendimento direto à população, através **do Disque 100** – que recebe denúncias de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes, além de prestar orientações sobre os serviços e redes de atendimento e proteção nos Estados e Municípios.

2) sistematização e disseminação de práticas inovadoras de atendimento humanizado e integrado em rede - serviços dos sistemas de segurança e justiça.

6.2.3. 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 Proteção Social, a comunidade escolar vem sendo chamada a contribuir com a identificação, notificação e encaminhamento de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes por meio da legislação, tal como consta no Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº8069/90 - e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Lei nº9394/96 em seu artigo 32, no qual se estabelece no inciso § 5o que “O currículo do ensino fundamental incluirá, obrigatoriamente, conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes, tendo como diretriz a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente, observada a produção e distribuição de material didático adequado.” (Incluído pela Lei nº 11.525, de 2007).

6.2.4 Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)

O SUSP foi criado para articular as ações federais, estaduais, e municipais, 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, Guardas Municipais, Instituto Médico Legal (IML).

6.2.5 Sociedade civil organizada

A sociedade civil também tem um papel importante na promoção de direitos, defesa e proteção social de crianças e adolescentes e deve compor a rede intersetorial. São algumas das instituições e entidades: ONGs, Comissão de Direitos Humanos, Centros de pesquisa, Instituições religiosas, lideranças comunitárias, Associação de Moradores, Pastoral da Criança, entre outras.

Figura 2: Exemplo de rede intersectorial dialogando com a saúde no território



6.3. Articulação entre as redes intrasetorial e intersetorial de cuidado e proteção social.

A estruturação da atenção integral à criança, ao adolescente 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 intrasetorial e intersetorial de forma complementar, que visa 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 de saúde, propõem-se alguns passos essenciais para a materialização da rede de cuidados e proteção social (intra ou inter), cujos passos não necessariamente seguem uma hierarquia, podendo acontecer de forma concomitante.

Passos	Estruturação da Rede Intrasetorial e Intersetorial – Passo a Passo
Diagnóstico da situação	1. Mapear todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção de direitos, defesa e proteção social 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” para atenção integral a criança, adolescentes e suas famílias em situação de violência;
	3. Caracterizar os serviços/instituições que promovem a atenção integral à criança, ao adolescente e suas famílias em situação de violência, (composição da equipe multiprofissional; existência de protocolos e fluxos de atendimento articulação rede (intra e intersetorial), tipo de atendimento prestado; endereço, telefones, e-mail, horário de atendimento, entre outros).
Mobilização social e <i>Advocacy</i>	4. Pactuar com os gestores locais (distritais, municipais e estaduais) que compõem a rede de cuidado e proteção social de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência.
	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, 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 para a rede.

	8. Articular com os serviços de proteção e defesa de crianças e adolescentes para a inclusão de conteúdo da atenção integral à saúde na formação continuada para profissionais e gestores.
Planejamento e gestão	9. Instituir grupo de gestão colegiada da Rede de cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, para articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da Rede.
	10. Planejar as ações de atenção integral à saúde da criança em situação de violência em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo
	11. Elaborar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e para da rede complementar, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.
	12. 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 complementar também siga essas estratégias.
	13. Implantar/implementar o sistema Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).
14. Divulgar para sociedade os serviços com endereço completo e os horários de atendimento às crianças e adolescente em situação de violência.	

7. Referências

ADAMS, J. A. et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, 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**, Elk Grove Village, IL, v. 95, n. 2, p. 314-317, Nov. 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>>.

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

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. **Presidência da República Federativa do Brasil** (site), Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>.

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. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 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. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1, 64 p.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Presidência da República Federativa do Brasil** (site), Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>.

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

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios da rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de risco para a violência**. Curitiba, 2004.

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.

HORNOR, G. Child sexual abuse: psychosocial risk factors. **Journal of Pediatric Health Care**, 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, 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.

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, PR, v. 10, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2005.

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.

8. Anexos

1. Referências de legislação
2. Ficha de notificação SINAN-Net

ANEXO 1

Legislação Criança 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 8.242 de 12 de outubro de 1991 - Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências.

Decreto 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. A SAP (Síndrome da Alienação Parental).

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 n.º 1.968/GM, 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* publicada n D.O.U nº 206 de 26/10/01. Seção 1 – Página 86.

Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004 – MS. 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 nº 1.608/GM, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

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

Portaria 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. D.O.U. de sexta-feira, 2/9/2005 Seção 1 p. 124-125.

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

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

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

Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

ANEXO 2

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 <div style="text-align: right;">2 - Individual</div>		2 Agravado/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	
	8 Nome do paciente							9 Data de nascimento
Notificação Individual	10 (ou) idade <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		12 Gestante <small>1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 8-Ignorado</small>		13 Raça/Cor <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>	
	14 Escolaridade <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E 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</small>							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	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 <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação						
32 Situação conjugal / Estado civil <small>1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				33 Relações sexuais <small>1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <small>1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado</small> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> 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 <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	48 Local de ocorrência <small>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</small>				49 Ocorreu outras vezes? <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>			
	50 A lesão foi autoprovocada? <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>							

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS

10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro
Consequências da violência	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Lesão	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental
	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Queimadura <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	11 - Outros _____	<input type="checkbox"/>	
	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	88 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>	
Informações complementares e observações	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	99 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Órgãos genitais/ânus <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento no setor saúde	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	11 - Múltiplos órgãos/regiões	<input type="checkbox"/>	
	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores	88 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	03 - Boca/dentes	06 - Abdome	09 - Membros inferiores	99 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	
	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Suspeita de uso de álcool	1 - Um <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei	<input type="checkbox"/>
	2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa	<input type="checkbox"/>
Suspeita de uso de álcool	9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspeita de uso de álcool		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspeita de uso de álcool	61 Sexo do provável autor da agressão			62 Suspeita de uso de álcool		
	1 - Masculino <input type="checkbox"/>	2 - Feminino <input type="checkbox"/>		3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/>		9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Suspeita de uso de álcool	63 Encaminhamento no setor saúde			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores		
	1 - Encaminhamento ambulatorial	2 - Internação hospitalar	8 - Não se aplica	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	
Suspeita de uso de álcool	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			67 Circunstância da lesão	
Suspeita de uso de álcool	68 Classificação final <input type="checkbox"/>			69 Evolução do caso <input type="checkbox"/>		
	1 - Confirmado	2 - Descartado	3 - Provável	8 - Inconclusivo	1 - Alta	3 - Óbito por Violência
Suspeita de uso de álcool	70 Se óbito por violência, data			71 Data de encerramento		
	2 - Evasão / Fuga	4 - Óbito por outras causas	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		