

P R O T O C O L O

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA



CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL
CONSELHO TUTELAR

PROTOCOLO DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA
E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO
PARA A VIOLÊNCIA

REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO A PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

autores
COORDENAÇÃO EXECUTIVA MUNICIPAL
DA REDE DE PROTEÇÃO

colaboração
COORDENAÇÕES REGIONAIS,
COORDENAÇÕES LOCAIS E
REPRESENTANTES DOS SERVIÇOS DAS
REDES LOCAIS DA REDE DE PROTEÇÃO

4ª Edição
REVISADA E ATUALIZADA



Esta obra é dedicada a todas as crianças e adolescentes da nossa cidade, para que não sejam (ou não continuem sendo) vítimas ou testemunhas de nenhum tipo de violência.

“Não temos o direito de atuar isoladamente
em nada: não podemos errar isolados, nem
isolados encontrar a verdade.”
(NIETZSCHE, 2009, p.8).

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CE - Centro de Epidemiologia
CEI - Centro de Educação Infantil
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIC - Cidade Industrial de Curitiba
CIETEP - Centro de Inovação, Educação, Tecnologia e Empreendedorismo do Paraná
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CFM - Conselho Federal de Medicina
CMAE - Centro Municipal de Atendimento Educacional
CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil
COHAB - Companhia de Habitação Popular de Curitiba
COMTIBA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Curitiba
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CT - Conselho Tutelar
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS - Fundação de Ação Social
FCC - Fundação Cultural de Curitiba
FIEP - Federação das Indústrias do Paraná
ICS - Instituto Curitiba de Saúde
IML - Instituto Médico Legal
IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MP - Ministério Público
MS - Ministério da Saúde
N.O. - Notificação Obrigatória
NOBSUAS - Norma Operacional do Sistema Único da Assistência Social
NUCRIA - Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vitima de Crime
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
POP - Protocolo Operacional Padrão
SEED - Secretaria de Estado da Educação
SICRIDI - Serviço de Investigação de Crianças Desaparecidas
SGD - Sistema de Garantia de Direitos
SMAB - Secretaria Municipal do Abastecimento
SMCr - Secretaria Municipal da Criança
SME - Secretaria Municipal da Educação
SMELJ - Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude
SMSAN - Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
SMS - Secretaria Municipal da Saúde
SMU - Secretaria Municipal do Urbanismo
SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINEPE/PR - Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino do Estado do Paraná
SIPAV - Sistema Integrado para a Prevenção de Acidentes e Violências
SIPIA - Sistema de Informação para Infância e Adolescente
SPP - Sociedade Paranaense de Pediatria
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema Único da Assistência Social
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
URBS - Urbanização de Curitiba
US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	11
1.1. Marcos Significativos para a História da Rede de Proteção em Curitiba	13
1.2. Histórico	14
2. Definição e Objetivos da Rede de Proteção	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. A Doutrina da Proteção Integral	19
4. Gestão em Rede	23
4.1. Construção do Conceito de Gestão Intersetorial e em Rede	23
4.2. Mudança de Olhar	24
4.3. Projeto Político Transformador	24
4.4. Planejamento e Avaliação Participativos e com Base Territorial	26
4.5. Atuação em Rede de Compromisso Social	26
4.6. Características da Ação em Rede	27
5. Conceitos	29
5.1. Natureza da Violência	29
5.1.1. Violência Doméstica/Intrafamiliar	29
5.1.2. Violência Extrafamiliar	29
5.1.3. Violência Autoprovocada	30
5.1.4. Violência Institucional	30
5.1.5. Violência Fetal	30
5.2. Tipologia da Violência	31
5.2.1. Violência Física	31
5.2.2. Violência Psicológica	31
5.2.3. Negligência	31
5.2.4. Violência Sexual	32
5.2.5. Tráfico de Seres Humanos	33
5.2.6. Trabalho Infantil	33
5.2.7. Violência por Intervenção Legal	34
6. Estrutura da Rede de Proteção	35
6.1. Composição da Rede de Proteção	35
6.1.1. Coordenação Executiva Municipal	36
6.1.1.1. Atribuições da Coordenação Executiva Municipal	36
6.1.1.2. Estratégias de Ação	39
6.1.2. Coordenação Regional	39
6.1.2.1. Atribuições da Coordenação Regional	39
6.1.2.2. Estratégias de Ação	43
6.1.3. Rede Local	44
6.1.3.1. Coordenador Local	44
6.1.3.2. Atribuições do Coordenador Local	44
6.1.3.3. Atribuições do Representante Local	46
6.1.3.4. Estratégias de Ação do Coordenador e do Representante Local	48
6.2. Dinâmica das Reuniões de Rede Local	49
6.2.1. Passo a Passo das Discussões nas Reuniões de Rede Local	49
6.3. Competência das Instituições que Integram a Rede de Proteção	50
6.3.1. Saúde	50
6.3.1.1. Unidade de Saúde	50

6.3.1.2. Unidade Hospitalar, UPA e CAPS.....	51
6.3.2. Assistência Social.....	52
6.3.3. Educação.....	54
6.3.4. Conselho Tutelar	55
7. Sinais de Alerta para a Violência Contra Crianças e Adolescentes	57
7.1. Análise do Cenário	57
7.2. Criança ou Adolescente Vítima de Violência	57
7.3. Família que Permite a Violência	58
7.4. Adulto que Pratica a Violência	59
7.5. Uma Crise Precipitadora	59
7.6. Fatores Sociológicos	59
7.7. Gestação Na Adolescência	60
7.8. Denúncia De Suspeita De Violência	61
7.8.1. Como Proceder Nas Situações De Violência	61
7.9. Procedimentos para o Atendimento Integral	62
8. Acolhimento	65
8.1. Acolhimento � Criança e ao Adolescente	65
8.2. Acolhimento a Familiares ou Responsáveis	66
8.3. Acolhimento e Escuta de Crianças e Adolescentes	66
8.3.1. Revelação Espontânea	67
8.3.2. Escuta Especializada	69
8.3.2.1. Critérios de Encaminhamento	69
8.3.2.2. Regulação	70
8.3.2.3. Registro no Sistema Municipal de Saúde (Prontuário Eletrônico)	70
8.3.2.4. Relatório	70
9. Fluxos de Encaminhamento da Notificação Obrigatória	71
9.1. Fluxos Complementares	80
9.2. Acompanhamento e Monitoramento	80
9.3. Gestão de Banco de Dados	81
10. Postura Profissional: �tica e Sigilo	83
11. Ações Preventivas � Violência Contra Crianças e Adolescentes	86
12. Referências	87
13 Anexos	95
Anexo 01 - Instrutivo de Notificação	95
Anexo 02 - Ficha de Acompanhamento Individual.....	124
Anexo 03 - Planilha Regional de Acompanhamento Permanente	125
Anexo 04 - Planilha Local de Acompanhamento Permanente.....	126
Anexo 05 - Formulário de Referência e Contrarreferência	127
Anexo 06 - Ficha de Transferência	129
Anexo 07 - Orientação para Registro de Ata das Reuniões de Redes Locais.....	130
Anexo 08 - Ficha para Complemento de N.O.	131
Anexo 09 - Fluxos Complementares	132
Anexo 10 - Diretrizes para a Organização dos Fóruns	139
Anexo 11 - Evidências Médicas e Odontológicas.....	142
Anexo 12 - Atendimento Clínico �s Vítimas de Violência Sexual.....	161
Anexo 13 - Liga Boqueirão.....	183

Apresentação

Cuidar bem de Curitiba e dos curitibanos é nossa principal missão. A cidade e seus habitantes motivam cada ação, cada projeto, cada obra desta amada capital. A implantação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência ocorreu há mais de duas décadas no Município.

Ao longo deste período, muita experiência foi adquirida na proteção integral de crianças e adolescentes. O trabalho se fortaleceu, o número de instituições e equipamentos para atendimento foram ampliados, os profissionais se qualificaram, fluxos e orientações técnicas foram estabelecidos e pactuados entre as diferentes áreas envolvidas. Atualmente, coordenação executiva é formada pela Fundação de Ação Social (FAS), secretarias municipais da Saúde e da Educação e o Conselho Tutelar.

O aprimoramento deve ser constante. O avanço pede continuidade, pois o rompimento com os padrões de comportamento instituídos não é uma tarefa fácil, exige mudanças culturais e ressignificação de princípios éticos, morais e pessoais.

A violência é um fenômeno presente em todas as organizações sociais. com diferentes apresentações, intensidades e razões. De natureza complexa paradoxalmente ocorre em maior quantidade no seio familiar, onde a segurança e o amparo deveriam ser naturais e esperados, o que continua desafiando profissionais, gestores e instituições, aumentando a responsabilidade na busca por estratégias e ações de prevenção e enfrentamento do problema.

Neste contexto, a Rede de Proteção propõe-se a romper o ciclo da violência, para garantir a proteção integral das crianças e adolescentes em situação de risco e seus direitos fundamentais, expressos na Constituição brasileira e demais legislações pertinentes.

A Prefeitura de Curitiba apresenta, com satisfação, mais um passo em direção ao alcance deste objetivo: a 4ª edição do Protocolo de Atendimento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, reafirmando o compromisso com a busca constante da garantia dos direitos de crianças e adolescentes do município de Curitiba.



Rafael Greca de Macedo

Prefeito de Curitiba

1 Introdução

A violência deve ser compreendida como fenômeno social, multifacetado e complexo. Manifesta-se das mais diversas formas, em diferentes espaços e em todas as classes sociais, embora não seja percebida, vivida ou assimilada de forma igualitária por todos os indivíduos. Pode variar de acordo com os padrões culturais e histórico de cada grupo social e dentro de uma determinada época, e pode ainda estar associada a questões de raça, gênero, condições familiares, sociais, econômicas e culturais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) afirma que violência está relacionada com 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. Antes de ser um problema intelectual, a violência é uma questão sociopolítica que “afeta materialmente a saúde dos cidadãos, traz elevados custos para as famílias, a sociedade, o sistema judiciário e penitenciário e impregna a cultura, atingindo principalmente crianças e jovens e criando várias formas de preconceito” (MINAYO, 2013, p. 260).

É por meio do estabelecimento de regras jurídicas, de valores morais e da égide da ordem social que a violência é tipificada e conceituada em cada sociedade. No Brasil, a violência deve ser entendida como violação dos direitos humanos fundamentais. No que diz respeito à criança e ao adolescente, conceitua-se como violência qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

O Artigo 4º da Lei nº 8.069/1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes. Assim, é dever de todos promover ações que visem a prevenção e o enfrentamento da violência contra a criança e ao adolescente, especialmente das políticas públicas e das Organizações da Sociedade Civil que prestam serviços voltados a este público e às suas famílias.

Embora o ECA estabeleça que a faixa etária para crianças é compreendida entre 0 e 11 anos e adolescente entre 12 e 18 anos, e considerando que a violência é um agravo de notificação compulsória, cabe ressaltar que a faixa etária de notificação de violência adotada pela Vigilância de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber:

- Violência contra criança: ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência;
- Violência contra adolescente: ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência.

Promover ações de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes é um desafio constante, que exige o compromisso de todos para romper com atitudes e comportamentos comumente entendidos como “naturais”, principalmente no que tange à cultura familiar. Em muitas famílias, a violência é transmitida de geração em geração e romper com os padrões de comportamento instituídos não

é uma tarefa fácil, pois demanda alterações das práticas culturais e da ressignificação de princípios éticos, morais e pessoais.

No município de Curitiba, a realização de ações organizadas em prol de crianças e adolescentes em situação de risco para a violência foi formalizada há mais de duas décadas, na ocasião da implantação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2008a). Ao longo desse tempo muita experiência foi adquirida, muitos profissionais foram envolvidos e principalmente, muitas crianças e adolescentes foram protegidos.

Este trabalho em rede se fortificou, a partir da implantação e utilização do formulário de Notificação Obrigatória, da sensibilização e capacitação continuada dos profissionais envolvidos, bem como pela utilização de diversas atividades e fluxos estabelecidos e pactuados entre as políticas públicas, instituições, organizações e serviços atuantes.

De todo o aprendizado adquirido desde a implantação da Rede, o mais importante foi o reconhecimento de que a utilização da metodologia de Gestão em Rede é uma forma de garantir o bom funcionamento deste trabalho. A união de diversos profissionais sensibilizados com a temática, que juntos refletem, planejam e elaboram estratégias de melhor atendimento à criança e ao adolescente é o que assegura que o indivíduo notificado seja compreendido em sua integralidade e em seu contexto social e que supere a situação de risco para a violência que originou seu ingresso na Rede.

Também é importante mencionar os diversos avanços deste trabalho em Rede, dentre eles: ampliação do número de instituições ou serviços e profissionais inseridos na Rede; ampliação de serviços e equipamentos destinados para atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias; fortalecimento das ações promovidas para crianças e adolescentes; elaboração de orientações técnicas, legislações e documentos orientadores sobre a temática; ampliação do público alvo da Rede de Proteção (incluindo mulheres, pessoas idosas e outros públicos de notificação compulsória); ações de educação permanente para profissionais realizados de forma sistemática e continuada; entre outros. Desde o ano de 2004, quando foi instituído o banco de dados oficial, foram notificadas mais de 50.000 crianças e adolescentes residentes em Curitiba.

Contudo, alguns avanços ainda se fazem necessários, tendo em vista que a violência continua presente no cotidiano e principalmente nas relações familiares. A maior parte dos casos de violência contra a criança e ao adolescente acontece no espaço doméstico, por alguém da família ou de sua confiança.

A família que, a priori, deveria exercer função protetiva, por vezes apresenta padrões disfuncionais de interação, que podem culminar na violação de direitos. No ano de 2019, do total de 5.725 crianças e adolescentes notificados residentes em Curitiba, 77,1% sofreram violência doméstica/intrafamiliar, ou seja, a que acontece no ambiente doméstico, no âmbito das relações familiares.

Para a superação desse complexo problema, faz-se necessário o envolvimento de todos os setores da sociedade, com o compromisso de estimular uma mudança cultural e promover relações protetivas mais assertivas. Na análise do tipo da violência, de acordo com os dados de 2019, observa-se que, em crian-

ças e adolescentes, a negligência prevalece com 56,8% do total de notificações obrigatórias, seguida da violência autoprovocada com 13,4%; da violência física com 11,2% e da sexual com 11%. A violência psicológica totaliza 6,2% e o trabalho infantil com 1,4% (CURITIBA, 2020).

É importante lembrar que muitas das situações de violência que envolvem crianças e adolescentes ainda são subnotificadas ou não denunciadas, pois, mesmo nos dias atuais, ainda há necessidade de romper padrões culturais e sociais que banalizam a violência, compreendendo-a como uma prática aceitável ou até, educativa.

A Rede de Proteção proporciona romper com o ciclo da violência, identificar o perfil da criança ou do adolescente em suspeita ou confirmação de violência, o perfil do agressor e dar visibilidade ao problema, possibilitando a realização de um diagnóstico da realidade. Este diagnóstico poderá subsidiar a formulação de políticas públicas de atendimento e a implantação ou fortalecimento de serviços, programas e projetos voltados à promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação dos direitos de crianças e adolescentes.

Os casos notificados passam a ter atendimento, acompanhamento e monitoramento por diversos profissionais engajados na garantia do melhor atendimento para a população infanto-juvenil e sua família. Tal tarefa requer atenção, sensibilidade, empatia, responsabilidade social, respeito, dentre outras habilidades, além de conhecimentos técnicos específicos. Também é preciso estar atento às situações de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, a fim de evitar que a violência ocorra.

Sendo assim, neste momento, apresentamos a 4ª edição do “PROTOCOLO DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA”, o qual tem como objetivo propor diretrizes e embasamento teórico, apresentar formulários e instrumentais; fortalecer e consolidar os processos de trabalho já instituídos; fomentar o trabalho intersetorial; e garantir o atendimento e a proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência.

1.1. MARCOS SIGNIFICATIVOS PARA A HISTÓRIA DA REDE DE PROTEÇÃO EM CURITIBA

No ano de 1998, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a extinta Secretaria Municipal da Criança (SMCr) e com a Sociedade Paranaense de Pediatria, por meio do Projeto SIPAV (Sistema Integrado para a Prevenção de Acidentes e Violências), realizou um levantamento junto ao Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba, que evidenciou um número significativo de crianças e adolescentes vítimas de violência. Na ocasião, foram registradas 1.496 ocorrências de crianças e adolescentes que sofreram agressões físicas como lacerações, hematomas, fraturas, traumatismos cranianos e violência sexual, entre outros agravos físicos e emocionais. Também foram levantados dados de atendimento pelo Programa SOS Criança, no período de 1993 a 1999, que apontaram 19.239 crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Em 1999, o Programa SOS Criança atendeu 2.655 casos. Destes 36% corresponderam à agressão física e 43% corresponderam a maus-tratos e abandono. Nesse mesmo ano, os oito Conselhos Tutelares de Curitiba receberam 11.617 denúncias de violação de direitos. Deste total, 41% representaram violação do direito de convivência familiar e comunitária, 25% do direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer,

20% do direito de liberdade/respeito e dignidade, 11% do direito à vida e à saúde e 3% do direito à profissionalização e à proteção no trabalho. E os maiores violadores destes direitos, foram familiares (46%).

Esses números, apesar de sua magnitude, não representavam a realidade da violência sofrida por crianças e adolescentes e indicavam a necessidade de uma organização intersetorial. A partir do ano de 2000, o IPPUC, a extinta SMCr, a SMS e a Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP) iniciaram a elaboração de uma proposta de enfrentamento à violência à criança e ao adolescente e a **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência** foi organizada.

1.2. HISTÓRICO

2000 – Pesquisa e estudos que organizaram a implantação da Rede de Proteção, com o projeto piloto na Regional do Portão (envolvendo a Secretarias Municipal da Educação - SME, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e a Secretaria Municipal da Criança - SMCr) e posterior incorporação gradativa das demais Regionais, por meio de capacitações com os temas O que é a Rede de Proteção, Sinais de Alerta para a Violência, Sistema de Notificação Obrigatória. Também participaram das capacitações os profissionais da Fundação de Ação Social (FAS), Fundação Cultural de Curitiba (FCC), Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL), Secretaria Municipal do Urbanismo (SMU), Secretaria Municipal do Abastecimento (SMAB) e Administração Regional.

2001 – Organização da Rede de Proteção em Coordenação Executiva Municipal, Coordenações Regionais e Redes Locais.

2002 – Implantação do Programa Mulher de Verdade, pela SMS para o atendimento das vítimas de violência sexual, pelos hospitais de referência em Curitiba: Hospital Infantil Pequeno Príncipe (atendimentos de vítimas até 12 anos) e Hospital de Clínicas e Hospital Universitário Evangélico (atendimentos de vítimas maiores de 12 anos). Estes hospitais passaram a usar a Notificação Obrigatória (N.O.) para as vítimas menores de 18 anos. Elaboração do 1º Protocolo da Rede de Proteção à criança e ao adolescente, organizado em Volume I e Volume II.

2003 – Oficialização da Rede de Proteção pela Gestão Municipal em evento público no dia 06 de outubro, no Centro de Inovação, Educação, Tecnologia e Empreendedorismo do Paraná (CIETEP).

2004 – Fortalecimento do trabalho em Rede, mediante a elaboração do Manual de Gestão em Rede, por profissionais da Coordenação Executiva Municipal, Coordenação Regional e Redes Locais.

- Ampliação dos serviços notificadores, com importante adesão dos ambulatórios de pronto-atendimento e setores de internação do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Hospital de Clínicas, Hospital Universitário Cajuru, Hospital Universitário Evangélico, Maternidade Vitor Ferreira do Amaral e Hospital do Trabalhador.

2005 – Inclusão da Rede de Proteção no Plano de Governo Municipal.

- Implantação da 9ª Regional Administrativa no bairro Cidade Industrial de Curitiba (CIC), com a reorganização de algumas Coordenações Regionais e Redes Locais.

2006 – Organização do I Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual: Conquistas, desafios e proposições (24 a 26 de maio) e elaboração da Carta de Curitiba.

- Sancionada Lei Maria da Penha e realizada a organização da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência.

2007 – Fortalecimento do Sistema de Notificação Obrigatória (N.O.) e implantação formal de um sistema de monitoramento e acompanhamento das crianças, dos adolescentes notificados e suas famílias com

especial atenção aos casos de reincidência.

2008 – Revisão do Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2008a).

- Revisão do Protocolo Atenção à Mulher em Situação de Violência (CURITIBA, 2008b).

2009 – Fortalecimento das ações intersetoriais e integração das ações da Rede de Proteção e da Rede de Atenção à Mulher.

2011 – Elaboração do documento “Normas e Sistematização da Rede de Proteção” com o objetivo de organizar registros do trabalho intersetorial de prevenção e atendimento à população alvo.

2012 – Implantação da Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS), com os campos adaptados à realidade de Curitiba.

- Implantação da “Gestão Documental”.
- Implantação da “Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência” (CURITIBA, 2012).

2014 – Diagnóstico da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, para avaliação e reescrita do processo de trabalho.

2015 – Implantação da 10ª Regional Administrativa no bairro Tatuquara de Curitiba, com a reorganização da Coordenação Regional e Redes Locais.

- Implantação da nova Ficha de Notificação Individual - Violência Interpessoal/Autoprovocada, versão 5.1, SINAN/MS.
- Assinatura do Termo de Adesão nº 21.975 firmado entre o Município de Curitiba, o Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino do Estado do Paraná (SINEPE/PR) e a Federação das Indústrias do Paraná (FIEP) para inclusão destes órgãos na Rede de Proteção.

2016 – Publicação da Portaria nº 204, de 17.02.2016, do Ministério da Saúde, que insere outros públicos definidos na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

2016 a 2019 - Realização de estudos e reescrita do Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

2020 - Publicação da Portaria Conjunta nº 1, em 16.03.2020, em Diário Oficial do Município que institui a Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Risco para a Violência em Curitiba, organizada em três níveis de atuação: Coordenação Executiva Municipal; Coordenações Regionais e Coordenações Locais. Esta foi assinada pelos secretários municipais da Saúde e Educação e pelo presidente da Fundação de Ação Social de Curitiba.

É importante destacar que há procedimentos que acontecem de forma continuada desde a organização e implantação da Rede de Proteção, os quais são avaliados, fortalecidos e aprimorados com o decorrer dos anos, dentre eles: fortalecimento das ações intra e intersetoriais, formação continuada, sensibilização de novos parceiros e reorganização frente às novas legislações.



2 Definição e Objetivos da Rede de Proteção

Rede de Proteção é um conjunto de ações integradas e intersetoriais no Município de Curitiba, a fim de garantir a proteção integral da criança e do adolescente em situação de risco para a violência, por meio do planejamento e da execução de ações de prevenção e de enfrentamento a violência doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar, institucional e autoprovocada.

2.1. OBJETIVO GERAL

Contribuir, de forma integrada e intersetorial, para a promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação dos direitos de crianças e adolescentes, estabelecendo diretrizes para atuação em Rede, cujas ações devem ter por base as legislações vigentes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Realizar capacitações a fim de habilitar os profissionais para a percepção e identificação da violência para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial.
- II. Desenvolver ações voltadas para a prevenção e o enfrentamento da violência, em parceria com as instituições governamentais, as organizações da sociedade civil e demais atores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD).
- III. Promover campanhas de prevenção à violência, direcionadas à sociedade, orientando sobre os direitos das crianças e dos adolescentes.
- IV. Tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a denúncia e a Notificação Obrigatória (N.O.) dos casos.
- V. Oferecer às crianças, aos adolescentes, aos autores da violência e às famílias, atendimento necessário para ajudar na superação das condições geradoras de violência, bem como de suas sequelas.
- VI. Reduzir a reincidência da violência por meio do acompanhamento e monitoramento dos casos.
- VII. Fomentar a implementação e o fortalecimento das políticas públicas de atendimento integral a crianças e adolescentes vítimas de violência, com base nos dados epidemiológicos do SINAN.

IMPORTANTE

Os profissionais que atuam na Rede de Proteção devem ter clareza de que suas ações são direcionadas ao atendimento integral da família em situação de risco para a violência, não se restringindo ao atendimento exclusivo da criança ou do adolescente. Desde o ano de 2006, o atendimento à mulher vítima de violência foi incluído na Rede de Proteção. A partir do ano de 2012, as pessoas idosas foram inseridas e em 2016, incluiu-se outros segmentos populacionais de notificação compulsória de acordo com a Portaria Ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

A família pode sinalizar uma situação de violência de diversas formas, sendo que, uma dessas formas se dá por meio das manifestações de crianças e adolescentes. Diante disso, os profissionais atuantes na Rede devem estar atentos a todos os sinais expressados pelas crianças e pelos adolescentes, ponderando que esses são alguns dos membros da família e que há possibilidade de que outros membros também podem estar sofrendo alguma forma de violência.

Para maiores informações sobre os outros públicos de Notificação Obrigatória, consultar os protocolos: Atenção à Mulher em Situação de Violência (CURITIBA, 2008b) e Protocolo da Rede de Atenção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2012).



3 A Doutrina da Proteção Integral

A violência contra crianças e adolescentes é um tema relativamente recente. Do ponto de vista teórico, amplia-se a partir das discussões sobre direitos humanos. Surgem quando o movimento sócio histórico se orienta para a exigibilidade do direito à vida, à alimentação, à saúde e à proteção como formas de garantir o desenvolvimento integral deste grupo de indivíduos, de forma que possam tornar-se adultos com status de cidadão.

Por muitos séculos, as crianças foram vistas como adultos em miniatura. As famílias tinham muitos filhos para suprir suas necessidades materiais e tinham plenos poderes para criá-los ou abandoná-los. A taxa de mortalidade infantil atingia níveis elevados em todas as partes do mundo. Crianças e adolescentes não eram vistos como cidadãos com direitos e só começaram a ser, segundo Ariès (1981), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e da Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959. O foco no adulto e a falta de compreensão sobre o desenvolvimento integral, omitiu e naturalizou a falta de percepção de que as violências prejudicam o pleno desenvolvimento físico, social, emocional de crianças e adolescentes.

Bobbio (2004) salienta que o universalismo dos direitos foi uma conquista lenta, tendo atingido uma nova fase a partir da Declaração de 1948:

[...] na qual a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. No final desse processo, os direitos do cidadão terão se transformado, realmente, positivamente, em direitos do homem. (BOBBIO, 2004, p.29-30).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, as demais leis que vieram orientar a organização da sociedade incluíram crianças e adolescentes como sujeitos, indivíduos com direitos, superando a Doutrina da Situação Irregular, oriunda do Código de Menores, pela Doutrina da Proteção Integral.

A Constituição foi um marco histórico e conduziu à promulgação do ECA, em 1990, assim como propôs alterações legais que levaram à Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, à Lei Orgânica da Saúde de 1990 e à Lei Orgânica de Assistência Social de 1993, tornando estes direitos constitucionais inalienáveis

A legislação brasileira atual reconhece a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e, dentre eles, salienta-se o direito à proteção.

A Constituição Federal de 1988 salienta ao Estado Democrático de Direito, bem como explicita, em seu artigo 4º, parágrafo II, o princípio de prevalência dos direitos humanos. A Carta Magna, promulgada no ano de 1988, apresenta artigos fundamentais no que diz respeito a estes direitos:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. [...]

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. [...] (BRASIL, 1988).

Na esteira do pensamento da Constituição Federal, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, também vem expor a condição das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, reforçando os ideais não somente da Carta Magna de 1988, mas também, das Declarações Universais de Direitos Humanos e das Crianças e Adolescentes, onde o Brasil é signatário.

Falar hoje em “direitos humanos da criança e do adolescente” tem um sentido mais profundo do que se pensa ao acentuar a vinculação do atendimento público a esse segmento da população aos instrumentos normativos e às instâncias e mecanismos de promoção e proteção de direitos humanos.

Significa o reconhecimento basilar desse público infante-adolescente amplamente como sujeito político-histórico e como sujeito de direitos. Significa a assunção de um compromisso maior com o movimento social que luta pela prevalência dos paradigmas e princípios éticos, sociais, políticos e jurídicos dos direitos humanos, entre eles o da proteção integral. Significa, mais especificamente na esfera de sua dimensão jurídica, colocar-se esse atendimento primordialmente em nível interno no campo do Direito Constitucional (mais restritamente ainda no campo da Teoria Geral dos Direitos Fundamentais) e no nível mundial no campo do Direito Internacional dos Direitos Humanos (NETO, 2010, p.37).

A visibilidade de violências contra crianças e adolescentes, fortalece e privilegia ações em Rede, tendo em vista a importância destas no tratamento e condução de políticas públicas direcionadas especificamente a este público, dada sua condição peculiar de desenvolvimento. Isto porque a grande maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorre no meio doméstico ou intrafamiliar, demonstrando o significado antropológico e sociológico da formação da sociedade, onde ainda há peso quanto ao poder decisório do adulto. Entretanto, a sua condição de ser humano em desenvolvimento, com condições biológicas, sexuais e psicológicas específicas, diferenciadas, evidencia a necessidade de políticas públicas também diferenciadas. A prioridade dada à criança e ao adolescente na legislação, visa a garantia de que estes possam usufruir de todos os seus direitos, com vistas a tornarem-se adultos, saudáveis, sem perder de vista a particularidade das fases do desenvolvimento.

Com o objetivo de ampliar as ações de proteção da criança e do adolescente, em 2017 foi publicada a **Lei Federal nº 13.431**, regulamentada pelo Decreto nº 9.603, de dezembro de 2018. Tal lei normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, cria mecanismos para prevenir e coibir a violência, estabelece medidas de assistência e proteção aqueles em situação de violência e constitui-se num dos mais recentes mecanismos destinados a coibir

a violência contra a população infanto-juvenil. Atualmente, crianças e adolescentes acabam repetindo inúmeras vezes os relatos das violências que sofreram, seja nas unidades educacionais, conselhos tutelares, serviços de saúde e de assistência social, sem contar serviços do sistema de justiça e de segurança pública. A cada relato, revivem o sofrimento já experimentado pela situação de violência em si mesma, seja enquanto vítima ou enquanto testemunha. Essas repetições desnecessárias levam-nas a reviver a violência ocorrida, gerando sofrimento, insegurança, medo, estresse e culpa, além de poder alterar a memória dos fatos.

As inovações legislativas introduzidas por tal lei e pelo decreto que a regulamenta, instituem mecanismos mais eficazes para atuação do poder público, nas várias esferas de governo e setores da administração, na perspectiva de assegurar, sobretudo, um atendimento mais célere, qualificado e humanizado para as crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

Dessa forma, são reorientadas questões relativas à proteção e enfrentamento às situações de violência. Em especial, os procedimentos para a escuta de crianças e adolescentes, a fim de ser evitada a revitimização. Estudos têm demonstrado que a repetição desnecessária da história de violência vivida ou presenciada, oriunda de interrogatórios repetidos pode causar danos à produção de provas.

Quando de uma situação de violência, a vítima ou testemunha, poderá ser ouvida ou fazer a delação por meio da Revelação Espontânea, Escuta Especializada e Depoimento Especial. Os dois primeiros, segundo a legislação, devem ocorrer em instituições e serviços da Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência, sob responsabilidade do executivo municipal, nas políticas públicas de saúde, educação e assistência social (BRASIL 2017; 2018).

Sobremaneira, ressalta-se que, nos termos da lei, o espaço da Rede de Proteção é intersetorial, ou seja, de atuação dos diferentes órgãos e instituições públicas e privadas cujo objetivo expresso é contribuir, de forma integrada, para a redução da violência contra a criança e o adolescente.



4 Gestão em Rede

4.1. CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE GESTÃO INTERSETORIAL E EM REDE

Uma vez que o tema que mobiliza as ações em Rede que aqui tratamos é a violência, para que se conquiste resultados eficazes é necessário a definição de uma metodologia de trabalho, que propicie diretriz para a ação de prevenção e proteção do sujeito de direitos. Essa forma de gerenciamento pressupõe uma construção consciente, já que essa prática se sobrepõe ao que se pretende no desenvolvimento de um trabalho verdadeiramente intersetorial, horizontalizado, descentralizado e interdependente, que requer um formato diferenciado de agir: o agir em rede.

(...) é necessário pensar uma nova cultura organizacional para enfrentar questões complexas, nas quais os princípios da democracia participativa, da descentralização e da transparência sejam os elementos chave para promover uma política que tenha como estratégia operacional a articulação em redes (LAVORATTI, 2013, p. 24).

O atendimento às famílias que enfrentam situações de violência requer encaminhamentos conjuntos e, algumas vezes, necessita de acompanhamentos sistemáticos, os quais devem ser realizados por diferentes serviços das diversas políticas públicas. Constitui, dessa forma, um tema complexo, que exige formas alternativas para o seu enfrentamento. Esse método de gestão intersetorial e em rede independe de uma escolha apenas teórico-metodológica, e assume um caráter imperativo de trabalho.

A rede de políticas a que nos referimos é uma rede intersetorial, que congrega as principais políticas direcionadas ao enfrentamento de demandas complexas, como é o caso da violência contra crianças e adolescentes, que necessita de que, ao mesmo tempo, se desenvolvam conjuntamente ações de saúde, educação, segurança pública, assistência social, tanto para proteger as vítimas e famílias, como para responsabilizar os autores da violência (LAVORATTI, 2013, p. 132).

O conceito de rede permite o compartilhamento dos objetivos e procedimentos que visam à obtenção das interações necessárias entre as diversas instâncias institucionais e a construção de vínculos horizontais de interdependência e complementaridade. O que é um desafio, pois muda a percepção das instituições enquanto órgãos centrais e hierárquicos e, dessa forma, possibilita o compartilhamento de responsabilidades e reivindicações por meio de objetivos e compromissos comuns.

Organizar e agir intersetorialmente e em rede pressupõe a incorporação de algumas características fundamentais, que, unidas, formam a base para um trabalho efetivo. São elas: flexibilidade, diversidade, horizontalidade, multiliderança, corresponsabilidade, compartilhamento, autonomia, sustentabilidade, descritas no item 4.6 deste documento.

Uma gestão social intersetorial, integrada, multidisciplinar, compartilhada, necessita de um modelo organizacional flexível, no qual os processos de descentralização e participação social sejam efetivos e favoreçam as parcerias com a sociedade civil organizada, tanto para o

atendimento emergencial ou continuado, como especialmente para o trabalho preventivo.

O trabalho em rede no espaço das políticas públicas torna-se uma estratégia operacional fundamental de uma gestão democrática, organizada com base no princípio da intersectorialidade e direcionada para o acesso a serviços públicos de qualidade que melhorem as condições de vida dos cidadãos, fortalecendo os processos de emancipação social. Pensar uma rede significa conceber a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulneráveis ou em situação de risco social e pessoal. Assim, para o atendimento aos grupos de risco para violência, entende-se a rede como:

(...) conjunto integrado de instituições governamentais, não-governamentais e informais, ações, informações, profissionais, serviços e programas que priorizem o atendimento integral aos grupos de risco na realidade local de forma descentralizada e participativa (HOFFMANN et al, 2000, p. 6).

Entendendo a intersectorialidade como um princípio articulador das políticas públicas, que visa potencializar a ação desenvolvida. De acordo com Junqueira: “a intersectorialidade, enquanto integra saberes e experiências das políticas setoriais, constitui um fator de inovação na gestão da política e possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais” (JUNQUEIRA, 2004, p. 25).

Segundo INOJOSA (1999), uma gestão intersectorial e em rede deve ser pensada a partir de quatro aspectos básicos, que serão abordados na sequência, a saber: mudança de olhar; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos com base regional e atuação em “redes de compromisso social”.

4.2. MUDANÇA DE OLHAR

A real mudança requer uma abertura com a intenção de promover verdadeira avaliação da organização pública, no sentido de olhar para o mesmo problema de outra forma, ou seja, um olhar que busque a compreensão da totalidade dos aspectos que compõem a realidade social. É importante que exista a superação e a transcendência para um olhar que seja o da compreensão e da diferenciação e que estabeleça uma nova perspectiva, a da diversidade. A organização em rede favorece a integração horizontal de todos os participantes, como uma verdadeira malha de intermináveis fios.

Segundo Lavoratti (2013), a comunicação tem um papel fundamental nas ações da Rede de Proteção, pois possibilita a articulação das ações, o alinhamento conceitual e a superação das dificuldades advindas das diferentes formas de percepção e linguagem dos membros que constituem a Rede, que podem ser originárias de suas vivências familiares e/ou profissionais.

4.3. PROJETO POLÍTICO TRANSFORMADOR

Além de aumentar a efetividade das ações, o trabalho articulado em rede propicia a troca de experiências e conhecimentos, socializando-os entre os profissionais das várias instituições das diferentes políticas públicas. Sendo assim, uma política transformadora busca, a partir da análise da situação real,

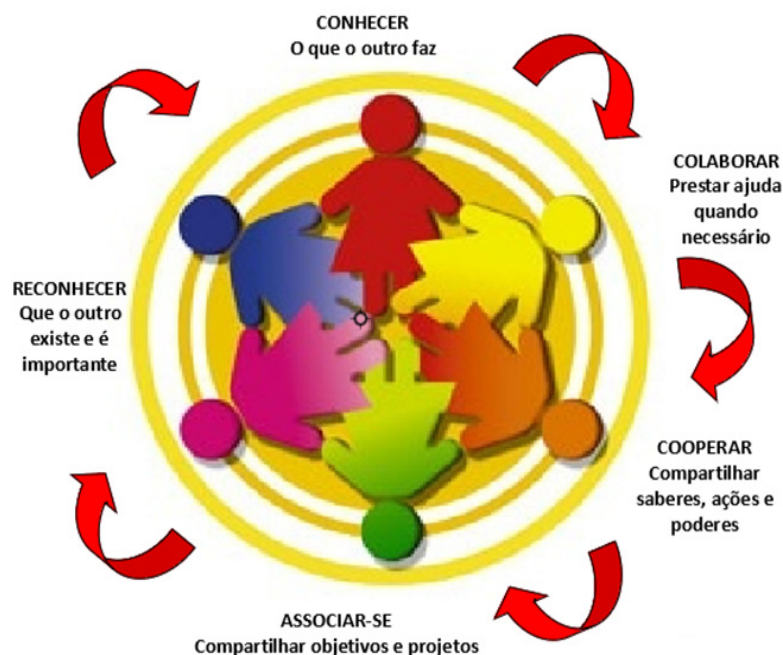
questionar e estabelecer novos rumos na solução dos problemas sociais, garantindo às famílias o acesso aos bens e serviços a que têm direito, oferecendo o suporte necessário para que gradativamente se tornem autônomos e emancipados. Prima pela integralidade do atendimento, sem sobreposição de ações, mas com complementariedade a atenção às crianças, aos adolescentes e seus familiares.

Para isso, é necessário que os profissionais e as instituições adotem o princípio da incompletude institucional (BRASIL, 2012) e profissional, que reconhece que, frente a complexidade das situações vivenciadas por crianças e adolescentes em situação de violência, a atuação solitária e setorial é incapaz de dar respostas que atendam integralmente as demandas sociais, porque o alcance das suas ações se torna limitado.

Partindo do princípio da incompletude profissional e institucional frente aos problemas contemporâneos, que denotam os limites de cada profissão e de cada instituição tanto na compreensão como na intervenção sobre a realidade social, acreditamos que as redes intersetoriais de políticas públicas consigam responder de forma mais adequada a complexidade das questões sociais na atualidade (LAVORATTI, 2013, p. 133).

Pensar em rede, nessa perspectiva, exige um “trabalhar com o outro”, reconhecer que o outro existe e que ele é importante para que a Proteção aconteça de fato. Portanto é necessário conhecer o que o outro faz para não levantar expectativas irreais sobre a função de cada profissional e de cada órgão do Sistema de Garantias dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes; colaborar com as ações propostas coletivamente; compartilhar objetivos, conhecimentos e experiências. Enfim, saber que é possível ensinar e aprender no processo de enredamento da Rede de Proteção.

FIGURA 1: Exemplo de “um trabalhar com o outro”.



Fonte: Santa Catarina (2016).

Também é importante conhecer e estar em sintonia com a realidade local, com a cultura da organização e com os segmentos da sociedade civil organizada que são capazes de serem ativos e participativos no que tange à construção e avaliação das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente.

4.4. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO PARTICIPATIVOS E COM BASE TERRITORIAL

O planejamento do trabalho em rede implica num processo contínuo de conhecimento da realidade local, que valoriza a clareza e a objetividade, resultando uma ação conjunta entre as instituições participantes, que tem como base o contexto onde se desenvolvem as ações. Segundo BAPTISTA (2003) o planejamento, tem a função de melhorar a qualidade do processo de tomada de decisão, oferecendo dados básicos da situação e das necessidades/demandas da população. Dessa forma, esse planejamento, que deve, antes de tudo, ser participativo, necessita considerar avaliações periódicas com a finalidade de alimentar o processo, buscando alternativas que visam tornar mais ágeis e melhores as ações desenvolvidas.

O primeiro momento do processo de planejamento é o conhecimento do território onde se trabalha, os problemas e áreas de risco e fatores de vulnerabilidades desse território, os determinantes dos problemas identificados e mapear os recursos disponíveis para enfrentar as demandas locais. O território entendido para além do espaço físico, como um espaço de vida pulsante, construído e reconstruído pela ação contínua dos atores e movimentos sociais que vivenciam as situações do cotidiano. Lembrando que ele é dinâmico, histórico e mutável, portanto, sua apreensão tem que ser realizada de forma contínua.

Todo esse processo deve ser permeado por muito diálogo entre os atores envolvidos, pois diante de uma mesma realidade, as pessoas podem ter diferentes formas de apreensão do real e de encaminhamento de possíveis soluções para os problemas identificados. Dessa forma, quanto mais participativo for o processo de diagnóstico dos territórios de atuação da rede, mais coerente será o planejamento e melhores condições serão propiciadas para o enfrentamento das demandas locais.

4.5. ATUAÇÃO EM REDE DE COMPROMISSO SOCIAL

O objeto de atuação da Rede de Proteção são as situações de risco para a violência vivenciadas por alguns grupos nas suas relações sociais, seja na família, na comunidade ou em instituições que frequentam. No caso específico desse trabalho, a violência sofrida por crianças e adolescentes. A partir da identificação clara do objeto de intervenção, comum aos diferentes atores sociais, cria-se, assim, uma corresponsabilidade entre o governo e os setores organizados em torno de um tema relevante, legítimo, agregador, de caráter universal, mas que leva em conta características diferentes de cada região administrativa, as diferentes realidades socioeconômicas, políticas, culturais e os modos de ser e de viver das comunidades.

Portanto, não se trata de empregar as mesmas práticas tradicionalmente utilizadas pelas políticas públicas para atender as demandas sociais mas, a partir das dificuldades e das potencialidades específicas do território, elaborar diagnóstico e fomentar as articulações próprias de cada local. Sendo assim, concebe-se um serviço de qualidade à população, aquele que traz em si um movimento que contém

meios para mudanças do pensar, principalmente no que se refere às necessidades legítimas das pessoas em situação de risco para a violência.

Como a Rede em questão, não se caracteriza como um novo serviço, mas sim uma concepção de trabalho que dá ênfase à atuação integrada entre as várias instituições afins, é importante salientar que cada instituição e seus serviços mantém as suas especificidades, a sua autonomia e sua independência em relação aos serviços especializados que prestam à população. Dada à complexidade e transversalidade do tema “violência”, as instituições unem-se para ampliar a sua capacidade de ação, formando assim, um trabalho horizontalizado na “operação em rede”, a qual vai constituindo sua ética própria, mesmo que seja preservada a verticalidade existente em cada instituição, ou seja, a convivência “exigente” entre as diferentes especificidades.

Nesse sentido, a Rede de Proteção, como uma rede intersetorial de políticas públicas, que possui o desafio de articular diferentes serviços/ações, com lógicas diferenciadas e ainda articular-se com as iniciativas da sociedade civil organizada que atuam na área da infância e juventude, possui uma autonomia que lhe é própria, que não está acima das instituições, mas entre todas elas. Não se restringe a uma mera composição, mas se propõe à construção de uma nova ação baseada ou fundamentada em diversas especificidades, no princípio da complementariedade.

4.6. CARACTERÍSTICAS DA AÇÃO EM REDE

HORIZONTALIDADE: Caracteriza-se pela existência de poucos níveis hierárquicos, partilha de informações e tomada de decisões coletivas. Na Rede de Proteção, essa característica se apresenta no trabalho conjunto e nivelado das instituições participantes.

MULTILIDERANÇA: No trabalho em rede, a liderança deve ser partilhada, todas as partes integrantes da relação devem ter responsabilidades comuns ou, pelo menos, similares e compatíveis. Na ação em rede, existem vários líderes e a liderança muda de acordo com a necessidade e o processo do trabalho. Na Rede de Proteção, os articuladores locais, regionais e municipais desempenham papéis de liderança, mas sempre considerando que as ações e decisões são coletivas.

CO-RESPONSABILIDADE: Pode ser entendida como co-gestão. Caracteriza-se pela participação de todos nas ações. Todos os integrantes possuem direito a informação, negociação e participação na tomada de decisão. A corresponsabilidade requer a integração. A participação dos indivíduos pode ser ativa ou passiva, no sentido de pensar, agir e sentir em comum. Todos os membros da Rede de Proteção são, ao mesmo tempo, responsáveis pelo funcionamento e pelas ações desenvolvidas, assim como pelas especificidades do trabalho da instituição de que fazem parte.

COMPARTILHAMENTO: É o compartilhar de recursos, saberes, aprendizados e informações entre os profissionais e instituições, superando a setorialização e criando uma sinergia entre os atores envolvidos, além da responsabilidade para com a sociedade.

AUTONOMIA: É a qualidade das organizações estabelecerem com liberdade suas próprias normas; é o direito e a capacidade efetiva de regulamentar e gerir as ações sob sua responsabilidade e no interesse da população. Refere-se à responsabilidade de refletir, decidir, planejar, executar de todos os integrantes, tendo em vista que pressupõe a ação coletiva na qual cada um é sujeito participe e responsável pela sua própria ação.

DIVERSIDADE: O termo diz respeito à variedade, dessemelhança, convivência de ideias, ca-

racterísticas ou elementos diferentes entre si, em determinado assunto, situação ou ambiente. A ideia de diversidade está ligada aos conceitos de pluralidade, multiplicidade, assim como pode ser encontrada na intersecção de diferenças e união de contrários.

SUSTENTABILIDADE: É um conceito relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana. Implica em desenvolvimento continuado e no provimento do melhor para as pessoas e para o ambiente, tanto agora como para as futuras gerações.

FLEXIBILIDADE: Caracteriza-se pela elasticidade e agilidade, incorporação de sugestões e experiências exitosas. Aptidão para se aplicar às diversas ocupações e atividades, aos trabalhos e estudos de natureza diversa. Corresponde ao volúvel, mutável, maleável. Se aplica também à necessidade de flexibilizar a burocracia, as rotinas organizacionais que engessam as ações, que tornam o trabalho moroso no atendimento às necessidades da população.

5 Conceitos

A violência, além de provocar mortes e destruir vidas, acarreta também consequências não fatais para crianças, adolescentes, adultos e idosos (WOLLMANN et al, 2018). De acordo com Hayeck (2009), a complexidade da violência aparece na polissemia do seu conceito, que pode ter vários sentidos, como: ataque físico, uso da força física ou até mesmo ameaça.

Para fins de notificação, a Rede de Proteção de Curitiba tem como referência conceitual o Instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), que considera como violência “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). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial. A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

5.1. NATUREZA DA VIOLÊNCIA

5.1.1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR

A violência doméstica/intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família (BRASIL, 2015). Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder.

O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações dentro da dinâmica familiar. A violência doméstica difere da violência intrafamiliar por incluir pessoas que convivem no espaço doméstico mesmo sem função parental.

A violência doméstica/intrafamiliar é um fenômeno universal e tem muitas manifestações. As mais comuns são as que envolvem a mulher, as crianças, os adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas idosas e outros membros familiares vulneráveis.

5.1.2. VIOLÊNCIA EXTRAFAMILIAR

Violência extrafamiliar é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, quando o(a) agressor(a) é um(a) conhecido(a) (amigos, vizinhos, profissionais de instituições entre outros). Como exemplos: a violência sexual, a violência física, violência psicológica, o envolvimento com o tráfico de drogas (prática em que a criança ou o adolescente pode tornar-se usuário e/ou comercializar drogas), repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público e Poder Judiciário (BRASIL, 2015).

5.1.3. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A violência autoprovocada/auto infligida é a violência praticada contra si mesmo compreende auto-agressões e as tentativas de suicídio (BRASIL, 2019)¹. Ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio (intenção de tirar a própria vida, sem consumação). As autoagressões compreende: casos de automutilação (sem intenção suicida) e as autoagressões (beliscar-se, morder-se, desferir agressões contra si mesmo).

Orienta-se, nos casos de crianças com idade inferior a 10 anos expostas a situações inadequadas e/ou acesso a produtos medicamentosos e/ou tóxicos, não devam ser consideradas violência autoprovocada. Deve-se nesses casos, avaliar o contexto em que se deu a exposição inadequada, avaliando a situação como negligência familiar. Porém, também, poderão ocorrer situações de violência autoprovocada em crianças abaixo dos 10 anos, as quais deverão ser avaliadas por profissional técnico, para adequar o atendimento e encaminhamento necessário.

Para os casos de tentativa de suicídio, consultar a Linha Guia da Saúde Mental, da Secretaria Municipal da Saúde.

5.1.4. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Caracterizada como uma das piores formas de violência, a institucional² por ser cometida justamente pelos serviços públicos que deveriam garantir a proteção a crianças e adolescentes. Entende-se por violência institucional, qualquer tipo de violência exercida no contexto de uma instituição, pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, praticada contra pessoas de ambos os sexos, de qualquer idade. Podem ter origem nos serviços de saúde, serviços de educação, serviços e ações da assistência social, órgãos da segurança pública, entre outros, sendo eles serviços públicos, privados ou da sociedade civil organizada.

É aquela exercida nos próprios serviços ou instituições abrangendo abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre usuários e profissionais. “Quando são negados ou negligenciados e na forma como são oferecidos os serviços públicos ou privados sejam eles de saúde, de assistência social, de segurança pública” (TOLEDO, SOBROZA, 2013, p. 7).

5.1.5. VIOLÊNCIA FETAL

É a violência praticada pela gestante contra o feto (gestante usuária de substâncias psicoativas, alcoólista, negligente com o acompanhamento pré-natal, que realizou tentativa de aborto e outros).

SANTOS (2002) denomina este evento de “maus-tratos ao feto” e lembra que podem ser incluídos nesta categoria não só os atos de agressão deliberados por parte da mãe, mas também outros tipos de conduta que trazem riscos conhecidos para o feto, como o alcoolismo, dependência de drogas, automedicação, ausência de cuidados, etc.

DESLANDES (1994) aponta algumas pistas para a identificação de gestantes de “alto risco”, entre as quais: usuárias de álcool ou outra droga, ter tentado o aborto, demonstrar grande apatia diante da gra-

1. (NOTA INFORMATIVA Nº 7/2019-CGDANT/DANTPS/SVS/MS 20/02/2019).

2. O artigo 4º da Lei 13.431/2017 define que violência institucional pode ser entendida como aquela praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização.

videz e nascimento da criança, sofrer de problemas psicossomáticos, entre outros.

Destaca-se que quando uma gestante sofrer alguma violência seja: física, por meio de pontapés, socos na barriga ou outras formas de agressões, ou negligência, deve ser considerada como **violência contra a mulher**.

5.2. TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Os termos **violência**, **abuso** e **maus-tratos** não necessariamente significam a mesma coisa, há várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles carrega uma carga ideológica e histórica específica (MINAYO, 2005).

Segundo Brasil (2015), a tipologia da violência será apresentada a seguir:

5.2.1. VIOLÊNCIA FÍSICA

Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras³. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

5.2.2. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente⁴. O bullying é exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes sociais ou outros meios, inclusive os virtuais, como o cyberbullying. Inclui também a alienação parental.

5.2.3. NEGLIGÊNCIA

É a omissão pela qual um adulto deixa de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente. O **abandono** e a **privação** de cuidados são considerados negligência extrema.

A negligência é a forma mais frequente de violência e está associada aos elevados índices de morbimortalidade das crianças e dos adolescentes vitimizados. A compreensão de negligência envolve aspectos sociais, culturais, regionais e situacionais, que interferem no que pode ou não ser considerado como negligência. Para preenchimento da Notificação Obrigatória, a Rede de Proteção de Curitiba elenca quatro modalidades de negligência mais frequentes, definidas abaixo:

PROTEÇÃO: São ações e/ou omissões que expõem a criança ou o adolescente ao risco, prejudicando

3. O artigo 4º da Lei 13.431/2017 define que violência física pode ser entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico.

4. O artigo 4º da Lei 13.431/2017 define como violência psicológica:

a) qualquer conduta de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional; b) o ato de alienação parental, assim entendido como a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou por quem os tenha sob sua autoridade, guarda ou vigilância, que leve ao repúdio de genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculo com este; c) qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membro de sua família ou de sua rede de apoio, independentemente do ambiente em que cometido, particularmente quando isto a torna testemunha.

sua integridade, seu desenvolvimento e violando seus direitos fundamentais⁵.

SAÚDE: Quando a criança ou o adolescente não recebe as condições para manutenção de sua saúde. Inclui-se também, nessa categoria situações em que os pais ou os responsáveis não proporcionam o atendimento e o cuidado com as necessidades básicas, como higiene e alimentação, entre outras, bem como a privação de medicamentos e ausência em consultas.

EDUCAÇÃO: Quando os pais ou os responsáveis deixam de efetuar as seguintes ações referentes a crianças e adolescentes sob sua responsabilidade:

- a) Matricular o filho na escola;
- b) Acompanhar o desenvolvimento escolar de seu(s) filho(s);
- c) Atender à solicitação de encaminhamentos da escola ou Centro de Educação Infantil;
- d) Ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola.

ESTRUTURAL: É a violência que sobrevém na vida das crianças e dos adolescentes como decorrência de questões estruturais, econômicas e sociais resultantes das condições de vida e que não estão sob o controle de sua família, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2002).

5.2.4. VIOLÊNCIA SEXUAL

Corresponde a qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção, não consentidas, impostas, pornografia infantil, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico.

Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a)⁶.

TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL:

ASSÉDIO SEXUAL: é a insistência inoportuna, independente do sexo ou orientação sexual, com per-

5. Direitos Fundamentais de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente: direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e à proteção no trabalho.

6. O artigo 4º da Lei 13.431/2017 define que violência sexual pode ser entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda:

a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiros;

b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico;

c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação.

guntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual.

ESTUPRO: definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art. 213, Lei nº 12.015/2009). Dentro desse conceito está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.

PORNOGRAFIA INFANTIL: é a apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e/ou publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes através de qualquer meio de comunicação.

EXPLORAÇÃO SEXUAL: caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com fins comerciais e de lucro, seja levando-os a manter relações sexuais com adultos ou adolescentes mais velhos, seja utilizando-os para a produção de materiais pornográficos como revistas, filmes, fotos, vídeos, sites na Internet. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).

5.2.5. TRÁFICO DE SERES HUMANOS

Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.

5.2.6. TRABALHO INFANTIL

É o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças e adolescentes (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, **remunerado ou não**, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

É considerado trabalho infantil quando crianças ou adolescentes são vítimas de exploração do trabalho nas suas diversas formas, incluindo a **exploração sexual**. Destacam-se ainda as Piores Formas de Trabalho Infantil, no documento “Instrutivo de Notificação/Curitiba”, anexo.

A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre às pessoas menores de 18 anos e de qualquer trabalho a indivíduos menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade la-

boral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

5.2.7. VIOLÊNCIA POR INTERVENÇÃO LEGAL

Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, essa violência pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

6 Estrutura da Rede de Proteção

Este capítulo destina-se a definir as competências em âmbito municipal, regional e local da Rede de Proteção, bem como, as atribuições das coordenações para o bom funcionamento do trabalho em rede e a efetividade na garantia e resolução das situações notificadas. No que tange ao conceito de atribuições estão as competências, funções e responsabilidades próprias de cada instância.

A Lei nº 8.069/90 (ECA) regulamenta a ação das políticas de atendimento e prevê a necessária articulação das mesmas, especialmente nos artigos 86 e 87, os quais seguem abaixo:

Art. 86. A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Art. 87. São linhas de ação da política de atendimento: (Vide Lei nº 12.010, de 2009)

I - políticas sociais básicas;

II - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências; (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;

V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente⁷.

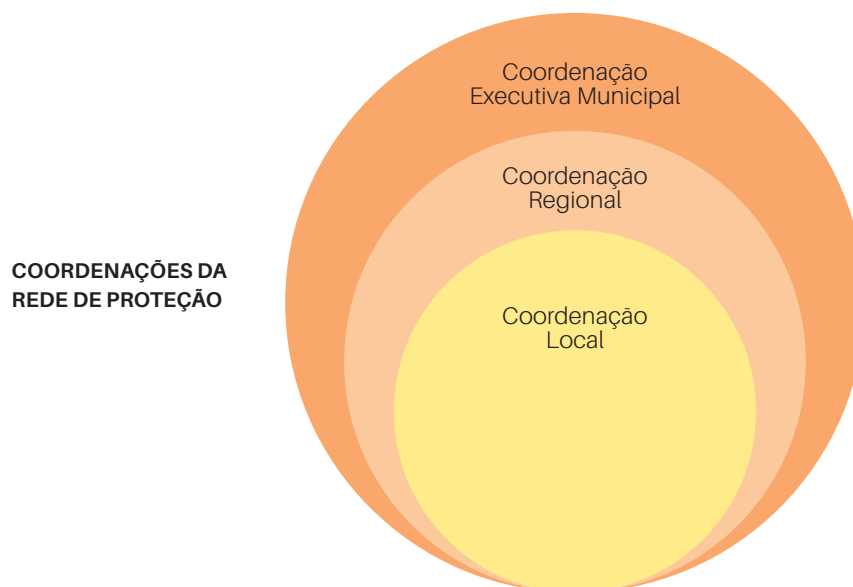
VI - políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o período de afastamento do convívio familiar e a garantir o efetivo exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

6.1. COMPOSIÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO

O município de Curitiba, visando cumprir o previsto nas legislações vigentes, estabelece o atendimento integrado e articulado entre as políticas de assistência social, educação e saúde por meio da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. A Rede está estruturada em coordenações: Executiva Municipal, Regionais e Locais. Essas estão interligadas, possuem atribuições específicas e diferem pela abrangência de suas ações. A Coordenação Executiva Municipal é responsável por ações de abrangência em todo município de Curitiba; a Coordenação Regional tem a abrangência regionalizada, seguindo a organização socioterritorial das Administrações Regionais de Curitiba e a Coordenação Local refere-se aos microterritórios correspondentes as Unidades Básicas de Saúde de Curitiba.

7. A responsabilidade do inciso IV é do SICRIDI (Serviço de Investigação de Crianças Desaparecidas). Porém, com o objetivo de promover a troca de informações entre os serviços municipais e estaduais existentes nas diversas unidades da Federação, permitindo assim a localização da criança ou adolescente desaparecido da forma mais rápida, a Rede de Proteção entra em ação, seguindo fluxo da mesma, no que possibilitar verificação das causas e a oferta de serviços no apoio à mesma e sua família.

Na sequência, apresentação de figura ilustrativa sobre a organização em coordenações e o descritivo acerca de cada uma delas.



Fonte: Coordenação Executiva Municipal da Rede de Proteção

6.1.1. COORDENAÇÃO EXECUTIVA MUNICIPAL

A Coordenação Executiva Municipal é organizada de forma intersetorial e interinstitucional por representantes das Secretaria Municipal e Estadual da Educação (SME e SEED), da Saúde (SMS), da Fundação de Ação Social (FAS) e do Conselho Tutelar (CT).

6.1.1.1. ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO EXECUTIVA MUNICIPAL

Articular com instituições governamentais e organizações da sociedade civil, bem como, planejar e executar ações integradas e intersetoriais no âmbito municipal com o objetivo da prevenção e enfrentamento das violências: doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar, institucional e autoprovocada visando a promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação dos direitos de crianças e adolescentes, estabelecendo diretrizes para atuação em Rede, cujas ações devem ter por base as legislações vigentes.

Destacam-se as atribuições:

- I. Representar a Rede de Proteção em outros órgãos da Prefeitura e do Estado, assim como em outras instâncias;
- II. Sistematizar e divulgar as experiências e ações desenvolvidas na Rede de Proteção;
- III. Identificar, motivar e sensibilizar novos parceiros para ações da Rede de Proteção;
- IV. Elaborar e viabilizar a divulgação e a reprodução de material – manuais, protocolos, folders, fichas, formulários e outros;
- V. Avaliar e monitorar o conteúdo de material educativo, de divulgação, sites, publicações, entre outros materiais produzidos pertinentes a Rede de Proteção;

- VI.** Orientar as Coordenações Regionais e Coordenações Locais, com base nas legislações, protocolos de atendimento e demais documentos norteadores, visando facilitar a comunicação entre profissionais e o atendimento das situações notificadas, bem como os registros de acompanhamento regional e local; bem como os registros de acompanhamento regional e local;
- VII.** Identificar problemas e/ou dificuldades e estabelecer propostas relativas a fluxos e procedimentos;
- VIII.** Estabelecer e orientar fluxos de atendimento e da Notificação Obrigatória e de comunicação entre parceiros;
- IX.** Estabelecer e orientar o fluxo da Notificação Obrigatória com a finalidade de manter atualizado o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Ministério da Saúde (SINAN/MS), uma vez que o banco de dados é de responsabilidade do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde;
- X.** Acompanhar e divulgar os relatórios quantitativos quadrimestrais e a análise qualitativa anual com base nas Notificações Obrigatórias, sob responsabilidade do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde;
- XI.** Promover formação continuada no âmbito municipal, por meio de seminários, debates, mesas-redondas, entre outros;
- XII.** Realizar formação de novos profissionais que iniciem sua atuação na Coordenação Regional;
- XIII.** Garantir a representatividade da Coordenação Executiva Municipal, sempre que possível, nas reuniões entre as coordenações regionais e locais, de acordo com cronograma prévio;
- XIV.** Participar em eventos, reuniões, campanhas promovidas por outras instituições relacionadas à Rede de Proteção ou fortalecimento desta;
- XV.** Orientar no planejamento das capacitações realizadas nos Núcleos Regionais, avaliando em conjunto o conteúdo previsto;
- XVI.** Acompanhar, avaliar e apoiar as ações de formação nos âmbitos Regional e Local;
- XVII.** Realizar reuniões periódicas entre os seus representantes;
- XVIII.** Promover reuniões continuadas entre a Coordenação Executiva Municipal e Coordenações Regionais;
- XIX.** Participar de reuniões, quando solicitado, para discussão de casos graves;
- XX.** Acompanhar quando possível, reuniões de Rede Local;

- XXI.** Realizar de forma continuada, por meio de cada política pública de atuação municipal, reuniões com os seus Coordenadores Regionais;
- XXII.** Zelar pela manutenção dos princípios éticos e postura profissional no cumprimento das atribuições;
- XXIII.** Manter o sigilo das situações notificadas, preservando a criança, o adolescente, familiar e profissional envolvidos no caso;
- XXIV.** Divulgar os canais de denúncia de violência contra a criança e ao adolescente;
- XXV.** Promover encontros com periodicidade, minimamente semestral, com os órgãos de atuação integrada de proteção;
- XXVI.** Realizar ações junto aos gestores públicos, com o objetivo de fortalecer as ações em rede;
- XXVII.** Realizar ações em conjunto com o Sistema Judiciário e NUCRIA, visando o fortalecimento de fluxos e ações conjuntas;
- XXVIII.** Elaborar plano de ação anual, tomando por base os relatórios quantitativos e qualitativos da Rede de Proteção;
- XXIX.** Articular ações com demais atores do Sistema de Garantia de Direitos:
- Centro de Educação Infantil (CEI);
 - Comissão da Criança e do Adolescente da OAB;
 - Companhia de Habitação Popular de Curitiba (COHAB);
 - Complexo Hospitalar de Clínicas;
 - Complexo Hospitalar do Trabalhador;
 - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Curitiba (COMTIBA);
 - Defensoria Pública do Estado do Paraná;
 - Fundação Cultural de Curitiba (FCC);
 - Hospitais públicos e privados;
 - Hospital Universitário Cajuru;
 - Hospital Infantil Pequeno Príncipe;
 - Hospital Universitário Evangélico Mackenzie;
 - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba;
 - Instituto Médico Legal;
 - Maternidade Mater Dei;
 - Maternidade Victor Ferreira do Amaral;
 - Maternidade Bairro Novo;
 - Ministério Público do Estado do Paraná;
 - Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítima de Crime (NUCRIA);
 - Outras instituições (universidades, sociedades científicas, organizações da sociedade civil e ou-

tros);

- Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência;
- Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa;
- Secretaria Estadual da Educação;
- Secretaria Estadual da Saúde;
- Secretaria Estadual de Segurança Pública;
- Secretaria do Governo Municipal;
- Secretaria Municipal da Comunicação Social;
- Secretaria Municipal da Defesa Social;
- Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Secretaria Municipal do Esporte e Lazer e Juventude;
- Sindicato das Escolas Particulares do Paraná (SINEPE);
- Urbanização de Curitiba - URBS;
- Vara de Crimes contra a Criança, Adolescente e Idoso;
- Varas da Infância e Juventude;
- Vara de Família.

6.1.1.2. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

I. Fortalecer o trabalho de gestão em rede nos âmbitos municipal, regional e local;

II. Estabelecer e disseminar diretrizes para atuação do trabalho em rede;

III. Promover a integração e a articulação entre as diversas políticas públicas e instituições do município para a garantia dos direitos da criança e do adolescente;

IV. Contribuir na elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento e a prevenção da violência;

V. Realizar o planejamento, a ação e a avaliação dos resultados das ações em rede, bem como a reorientação da própria prática no modelo de gestão em rede;

VI. Divulgar a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência;

VII. Sensibilizar instituições, profissionais e a sociedade civil para a importância da prevenção e do enfrentamento da violência e a garantia da proteção da criança e do adolescente.

6.1.2. COORDENAÇÃO REGIONAL

A Coordenação Regional é organizada de forma intersetorial e interinstitucional por representantes das Secretarias Municipal e Estadual da Educação (SME e SEED), da Saúde (SMS), da Fundação de Ação Social (FAS) e do Conselho Tutelar (CT).

6.1.2.1. ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO REGIONAL

Articular com instituições governamentais e organizações da sociedade civil, bem como, planejar e

executar ações integradas e intersetoriais no âmbito regional e local, com o objetivo da prevenção e enfrentamento das violências: doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar, institucional e autoprovocada visando a promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação dos direitos de crianças e adolescentes, estabelecendo diretrizes para atuação em Rede, cujas ações devem ter por base as legislações vigentes.

Os representantes da Coordenação Regional, além de organizar e articular a Rede de Proteção, poderão ter outras atribuições setoriais, com isso deverá haver uma divisão paritária pelas três políticas para atuar como referência de acompanhamento e direcionamento de cada Rede Local. Esta organização será respeitada conforme decisão dos componentes da Coordenação Regional, pois estes têm autonomia de organizar juntos a prática de acompanhamento local, desde que, seja garantido o acompanhamento efetivo das Redes Locais, respeitando as atribuições e estratégias de ação do Coordenador Regional.

No entanto, evidencia-se que a ação de trabalho onde estão presentes as três políticas (SME, SMS e FAS) de Coordenações Regionais a efetividade do acompanhamento e agilidade das ações nas Redes Locais se dão de forma mais eficaz. **Destacam-se as atribuições:**

- I. Participar das reuniões com a Coordenação Executiva Municipal, responsabilizando-se por repassar os informes e discussões nos âmbitos regional e local;
- II. Levar ao conhecimento da Coordenação Executiva Municipal as demandas identificadas em redes locais que necessitam ser discutidas em âmbito municipal;
- III. Articular em âmbito local a implementação de orientações pactuadas em nível municipal;
- IV. Estabelecer parcerias com as secretarias e órgãos do município, respeitando a atuação de cada política pública de atendimento, bem como os diferentes setores da sociedade apoiando iniciativas voltadas à proteção e prevenção da violência, nos âmbitos regional e local informando a Coordenação Executiva Municipal;
- V. Articular a participação efetiva nas ações de prevenção, reuniões locais, ações de educação permanente, entre outras, das diversas instituições governamentais e organizações da sociedade civil que atendem crianças, adolescentes e suas famílias;
- VI. Responsabilizar-se pela realização de formação permanente das equipes locais nas modalidades de seminários e palestra, troca de experiências, estudos, entre outros;
- VII. Acolher e orientar os novos profissionais que iniciem sua atuação na Rede de Proteção em qualquer tempo, quanto: repassar informações sobre o funcionamento e competência de cada profissional na rede, apresentar os protocolos, orientar sobre sinais de alerta, esclarecer sobre preenchimento e fluxo da Notificação Obrigatória, repassar a documentação utilizada e apresentar parceiros;

VIII. Receber as Notificações Obrigatórias repassadas pelos serviços de sua política, qualificando-as conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”, obedecendo os fluxos deste protocolo descritos no item 9.1. e registrando na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente (ANEXO 03);

IX. Receber as notificações de outros serviços notificadores, como hospitais, Instituto Curitiba de Saúde (ICS), Casa da Mulher Brasileira, Escolas Especiais, escolas particulares e demais unidades, inclusive as de outras regionais, qualificando-as, registrando e encaminhando, conforme fluxo definido;

X. Compartilhar a N.O. com as demais políticas parceiras (SMS, FAS e SME), por meio de cópia ou digitalização dos casos que forem considerados graves e necessitem de articulação imediata, com o objetivo de iniciar pesquisa e ação de proteção imediata, para posterior gestão do caso pela Rede Local;

XI. Organizar a agenda anual das reuniões mensais das Redes Locais em parceria com o Coordenador Local e integrantes da Rede Local;

XII. Reunir-se periodicamente com os parceiros da Coordenação Regional para a troca de informações, discussão e a tomada de decisões coletivas sobre as Redes Locais;

XIII. Garantir a presença nas reuniões de Rede Local, constituindo-se como referência para a equipe local, com os devidos registros e compartilhando com as políticas parceiras. Caso haja impossibilidade de participação, articular com antecedência que um dos Coordenadores Regionais esteja presente;

XIV. Manter atualizada em parceria com o Coordenador Local a Planilha Local de Acompanhamento Permanente das Redes Locais (ANEXO 04) de sua responsabilidade, priorizando as discussões e encaminhamentos dos casos novos e reincidentes, retomando os retornos dos casos antigos e articulando novas estratégias de atuação para os casos que requerem maior atenção, conforme subitem 6.2 - Dinâmica das reuniões de Rede Local, neste protocolo;

XV. Responsabilizar-se, em conjunto, com o Coordenador Local pelo andamento da reunião, fortalecendo e mediando as discussões.

XVI. Estimular, nos profissionais, a compreensão de que a família que sofre violência precisa ser vista em sua totalidade, para maior efetividade no encaminhamento e acompanhamento;

XVII. Elaborar estratégias com as Redes Locais, para acompanhamento e monitoramento das famílias de crianças ou adolescentes em acolhimento institucional, visando possível retorno familiar;

XVIII. Manter a comunicação e a interação entre os profissionais envolvidos (na regional e entre as Redes Locais), minimizando as dissonâncias;

XIX. Avaliar sistematicamente as Redes Locais no que se refere a avanços e desafios;

XX. Promover reunião bimestral com Coordenadores Locais, garantindo troca de informações, discus-

são de casos, tomada de decisões coletivas para alinhamento de trabalho;

XXI. Encaminhar os relatórios recebidos dos responsáveis pelo acompanhamento dos casos, atendendo à solicitação do Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público, entre outras, fazendo a qualificação dos mesmos e garantindo que as informações contribuam assertivamente com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos;

XXII. Encaminhar ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário, relatório informativo de acompanhamento da criança ou adolescente em situação de violência, quando o caso não tenha sido judicializado e que demande de conhecimento e intervenção mais célere por parte desses órgãos. A decisão quanto a elaboração do relatório e posterior encaminhamento, deve ser adotada coletivamente pela Coordenação Regional, pela Coordenação Local e pela unidade notificadora. O relatório deve ser assinado pelos três coordenadores regionais, preferencialmente em conjunto com o profissional que acompanha o caso, com posterior envio para a Fundação de Ação Social/Diretoria de Proteção Social Especial/Coordenação de Proteção Social Especial de Média Complexidade pelo representante regional da FAS. A Diretoria de Proteção Social Especial fará a tramitação documental já instituída na FAS, a qual protocolará o relatório nos órgãos de destino (Ministério Público ou Poder Judiciário). É importante que uma cópia deste relatório seja protocolado no Conselho Tutelar de referência;

XXIII. Protocolar toda e qualquer documentação recebida e encaminhada a outros serviços e órgãos, como: Conselho Tutelar, NUCRIA, Ministério Público, Juizados, entre outros, arquivando o recebimento e suas respectivas respostas;

XXIV. Responsabilizar-se, em parceria com o Coordenador Local, pela manutenção das informações, referente aos encaminhamentos e acompanhamento descrito na Ficha de Acompanhamento Individual dos casos, quando o equipamento notificador não pertença ao território da Rede Local. É necessário informar o equipamento notificador, mantendo uma contrarreferência de comunicação. Por exemplo: o notificador faz parte da Rede Local X e o notificado é residente da região Y;

XXV. Responsabilizar-se em parceria com o Coordenador Local pela discussão e encaminhamentos dos casos com “quebra de rede”. Por exemplo: o Conselho Tutelar e a unidade da FAS são de uma regional e a unidade educacional e o equipamento de saúde são de outra;

XXVI. Orientar os representantes dos equipamentos notificadores quanto ao zelo, sigilo, organização e arquivamento em local adequado de todos os documentos da Rede de Proteção. No caso de mudança de função, todo o arquivo deve ser repassado ao profissional que assumir o acompanhamento da Rede;

XXVII. Receber do representante local, responsável pelo acompanhamento do caso notificado, a transferência quando houver mudança de endereço;

XXVIII. Receber a Notificação Obrigatória e articular de imediato com as políticas públicas regionais e demais instâncias necessárias, o atendimento dos casos graves;

XXIX. Promover, sempre que necessário, reunião concentrada envolvendo os profissionais de referência para o caso notificado, quando for identificada necessidade de reorganização e de encaminhamentos urgentes, contando com a presença da família, sempre que possível;

XXX. Realizar reuniões dos “Fóruns Regionalizados” em conjunto com o Conselho Tutelar, conforme diretrizes descritas no Anexo 10, dos casos definidos em Rede Local, bem como com outras instâncias do Sistema de Garantia de Direitos, se e quando necessário;

XXXI. Informar à Coordenação Executiva Municipal mudanças de agendas das reuniões entre as Coordenações Regionais e Locais, para possível participação da referida Coordenação;

XXXII. Assumir, emergencialmente, as atribuições da Coordenação de Rede Local, até que seja indicado profissional para a função;

XXXIII. Zelar pela manutenção dos princípios éticos e postura profissional no cumprimento das atribuições;

XXXIV. Manter o sigilo das situações notificadas, preservando a criança, o adolescente, a família e os profissionais envolvidos no caso;

XXXV. Promover a participação de outras Secretarias e Órgãos Municipais, além de organizações da sociedade civil conforme suas especificidades, nas ações da Rede de Proteção:

- Administração Regional – Secretaria do Governo Municipal;
- Companhia de Habitação Popular de Curitiba – COHAB;
- Fórum Descentralizado;
- Fundação Cultural de Curitiba;
- Outras instituições (universidades, sociedades científicas, terceiro setor);
- Varas da Infância e Juventude;
- Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência;
- Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa;
- Secretaria Municipal da Defesa Social;
- Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Secretaria Municipal do Esporte e Lazer e Juventude;
- Vara de Crimes contra Crianças, Adolescentes e Idosos;
- Vara de Família;
- Demais Secretarias e Órgãos da Prefeitura Municipal de Curitiba.

6.1.2.2. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

I. Garantir e fortalecer o trabalho de gestão em rede nos âmbitos Regional e Local;

II. Promover a integração e a articulação entre as políticas públicas que fazem parte da Rede Regional e Local;

- III. Realizar o planejamento e a avaliação dos resultados das ações em Rede, bem como a reorientação da própria prática, nos âmbitos regional e local, anualmente;
- IV. Contribuir com a condução das reuniões de Redes Locais, respeitando as especificidades de cada território;
- V. Adotar como princípio fundamental, nas discussões em Rede, a compreensão das relações familiares em sua integralidade e não apenas o indivíduo notificado;
- VI. Divulgar a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência nos âmbitos Regional e Local;
- VII. Sensibilizar as organizações da sociedade civil e profissionais para a importância da prevenção da violência e a proteção da criança e do adolescente nos âmbitos Regional e Local;
- VIII. Divulgar os canais de denúncia de violência contra a criança e ao adolescente;
- IX. Conhecer o território de abrangência regional, propondo ações estratégicas de proteção às violências notificadas e prevenção às situações de vulnerabilidade e risco social.

6.1.3. REDE LOCAL

As Redes Locais são compostas por representantes dos serviços notificadores e organizadas de forma colegiada pelas Escolas Municipal e Estadual, Centro de Educação Infantil Municipal e Contratado, Unidade de Saúde (US), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestam atendimento às crianças e adolescentes. A divisão de território a ser adotada é definida pela área de abrangência da US.

6.1.3.1. COORDENADOR LOCAL

Articular com instituições governamentais e organizações da sociedade civil, bem como, planejar e executar ações integradas e intersetoriais no âmbito local, com o objetivo da prevenção e enfrentamento das violências: doméstica/ intrafamiliar, extrafamiliar, institucional e autoprovocada, visando à promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação dos direitos de crianças e adolescentes, estabelecendo diretrizes para atuação em Rede, cujas ações devem ter por base as legislações vigentes.

O papel do Coordenador Local, indicado pelos participantes da Rede Local, pode ser representado por qualquer serviço de uma das três políticas públicas: unidade básica de saúde, CRAS/ CREAS, escolas (municipal ou estadual), CMEIs e CEIs, não necessariamente da mesma política do representante da Coordenação Regional. Abaixo se destaca o que compete ao Coordenador Local e aos Representantes dos Serviços que compõem cada Rede Local.

6.1.3.2. ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR LOCAL

- I. Organizar e executar a agenda anual das reuniões de Rede Local em parceria com o Coordenador Regional e com os representantes dos serviços que fazem parte de cada Rede Local;

- II.** Organizar o espaço e recepcionar os participantes para a reunião de Rede Local;
- III.** Certificar-se de que os profissionais presentes fazem parte da Rede local, e tem ciência da importância do sigilo e da responsabilidade pelas informações trazidas;
- IV.** Atribuir aos participantes da reunião de Rede Local funções de administração do tempo e registro da ata (ANEXO 07);
- V.** Manter atualizada a Planilha Local de Acompanhamento Permanente em parceria com o Coordenador Regional (ANEXO 04);
- VI.** Articular a discussão dos casos notificados conforme descrição da Dinâmica das Reuniões de Rede Local, conforme item 6.2, desse protocolo;
- VII.** Responsabilizar-se em parceria com o Coordenador Regional pelo andamento da reunião, fortalecendo e mediando as discussões, tendo como foco a família que sofre violência, visando a efetividade dos encaminhamentos e acompanhamento;
- VIII.** Mediar a discussão entre os representantes de cada política pública, pactuando a competência de atuação de cada serviço, de maneira que cada um possa atuar para a solução ou minimização do fator causador da violência em cada caso notificado;
- IX.** Articular a discussão e o registro na Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02), de casos notificados, cujo serviço notificador não pertença à área local, por exemplo: o notificador faz parte da Rede Local X e o notificado é residente da região Y, a fim de auxiliar o Coordenador Regional nos encaminhamentos de informação/contrarreferência, para o equipamento notificador das deliberações acordadas em Rede Local, por exemplo: instituições parceiras (CRAID, IFPR, Escolas Estaduais, entre outros);
- X.** Garantir discussão e encaminhamentos de informações dos casos com “quebra de rede”, por exemplo: CT e FAS de uma regional e unidade educacional e de saúde de outra, com apoio do Coordenador Regional;
- XI.** Solicitar apoio à Coordenação Regional, para resolução de situações que impactem na efetividade das reuniões;
- XII.** Orientar o representante local do equipamento notificador, quanto ao registro, organização e zelo dos documentos da Rede, mantendo-os em local seguro e acessível aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento (cópia da N.O., fichas de acompanhamento, cópias de relatório e demais documentos);
- XIII.** Orientar o representante local do equipamento notificador nos casos de mudança de endereço para outra Rede Local ou Regional, providenciando cópia da Ficha de Acompanhamento Individual,

resguardando a identificação dos profissionais, bem como cópia da última N.O. Tais documentos devem ser entregues em mãos para o Coordenador Regional, responsável por sua Rede Local, para que este proceda à transferência e o registro na planilha dos casos;

XIV. Orientar o representante local do equipamento notificador nos casos de transferência para outro município do Estado do Paraná. Esta deve ser realizada por meio da Ficha de Transferência (ANEXO 06), acompanhada de cópia da última N.O. preenchida com os dados individuais do notificado, bem como síntese das ações realizadas, mencionando os serviços e resguardando a identificação dos profissionais. Tais documentos devem ser entregues em mãos para o Coordenador Regional, responsável por sua Rede Local, para que este proceda à transferência e o registro na planilha dos casos;

XV. Repassar registros e possíveis demandas ao Coordenador Regional, caso excepcionalmente, não possa participar da Reunião de Rede Local;

XVI. Repassar aos Representantes Locais orientações, divulgação de cursos, materiais instrutivos e encaminhamentos recebidos da Coordenação Regional, da Executiva Municipal e de outros parceiros;

XVII. Oportunizar nas reuniões de Rede Local, momentos de estudo, reflexão e troca de experiências;

XVIII. Zelar pela manutenção dos princípios éticos e postura profissional no cumprimento das atribuições;

XIX. Manter o sigilo das situações notificadas, preservando a criança, o adolescente, a família e os profissionais envolvidos no caso.

6.1.3.3. ATRIBUIÇÕES DO REPRESENTANTE LOCAL

I. Aprovar coletivamente o cronograma anual das reuniões de Rede Local;

II. Levar para a reunião de Rede Local a via verde da N.O., com as primeiras ações já realizadas pelo notificador e/ou os encaminhamentos realizados pelos parceiros, bem como transcrevê-los na Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02);

III. Registrar os encaminhamentos na Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02), após discussão do caso na reunião da Rede Local, sendo sua responsabilidade acompanhar as ações pactuadas para que a violência não reincida. Em caso de necessidade de reavaliar os encaminhamentos, estabelecer novas estratégias com os parceiros locais;

IV. Levar a Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02) preenchida e atualizada, daquele que foi notificado por outro serviço (ex: hospital, saúde, educação e ou assistência social) e que é acompanhado pelo seu equipamento. É necessário registrar os encaminhamentos após discussão do caso, sendo de sua responsabilidade acompanhar as ações discutidas e pactuadas para que a violência não reincida, se necessário reavaliar os encaminhamentos, estabelecendo novas estratégias com os parceiros locais;

- V.** Solicitar, quando necessário, ao Conselho Tutelar informações do atendimento e da medida de responsabilização aplicada à família, para o caso notificado de sua responsabilidade;
- VI.** Manter organizados os documentos da Rede de Proteção do equipamento, mantendo-os em local seguro e de fácil acesso a outros profissionais envolvidos no acompanhamento da criança/adolescente, bem como repassá-los para o novo representante da Rede, em casos de mudança de função;
- VII.** Manter atualizada a Planilha Local de Monitoramento Permanente (ANEXO 04) de seus casos, com nome e data das N.O.s, independente do ano da notificação, bem como sinalizar à Rede Local os casos que necessitem revisão e retomada das ações de proteção;
- VIII.** Providenciar as informações dos casos onde ocorra de mudança de endereço do notificado, visando encaminhamento para o novo território de residência;
- IX.** Manter atualizados os registros dos apontamentos, lembretes importantes e demandas que fiquem acordadas durante a reunião de Rede Local, para o acompanhamento do caso;
- X.** Participar ativamente da reunião apontando e sugerindo encaminhamentos e procedimentos necessários ao caso notificado, articulando e acompanhando todas essas ações de sua competência;
- XI.** Levar para a reunião informações fidedignas e objetivas sobre os casos, com dados e datas de acompanhamento;
- XII.** Compartilhar no seu equipamento os casos notificados apenas com os envolvidos na mediação e resolução, contribuindo para o monitoramento dos mesmos;
- XIII.** Informar ao Coordenador Regional, a qualquer tempo, alterações no contexto da situação encaminhada para outros órgãos, evitando medidas inadequadas;
- XIV.** Informar ao Coordenador Regional, casos graves, que necessitam da intervenção imediata de outros serviços, para iniciar ações de proteção para posterior discussão do caso pela Rede Local;
- XV.** Disponibilizar os serviços e programas de proteção e prevenção para atendimento das crianças, dos adolescentes e de seus familiares nas secretarias, nos órgãos e em outros serviços da comunidade que participam da Rede de Proteção;
- XVI.** Articular reunião concentrada, com a Coordenação Regional e demais profissionais, para discussão de caso, a qualquer tempo que necessitar de reordenamento das ações encaminhadas. Nessa discussão, o grupo deverá ser composto pelos profissionais envolvidos e a família. Quando o caso for grave, trazendo riscos para a criança, o adolescente, sua família e/ou o profissional que o notificou, o grupo deverá ser o mais técnico e restrito possível, avaliando a conveniência da participação da família;

XVII. Encaminhar à Coordenação Regional, quando solicitado, informações necessárias para compor relatórios do Conselho Tutelar, NUCRIA e outros, assinadas e com ciência da chefia imediata e/ou de acordo com procedimentos da secretaria a qual o serviço esteja vinculado;

XVIII. Participar efetivamente de reuniões, encontros e capacitações referentes à Rede de Proteção;

XIX. Manter contato com os parceiros na articulação em busca de resolver as situações notificadas e discutidas em Rede local;

XX. Zelar pela manutenção dos princípios éticos e adequada postura profissional no cumprimento das atribuições;

XXI. Manter o sigilo das situações notificadas, preservando a criança, o adolescente, a família e os profissionais envolvidos no caso.

6.1.3.4. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO COORDENADOR LOCAL E DO REPRESENTANTE LOCAL

I. Eleger entre seus membros um responsável pela Coordenação da Rede Local estabelecendo a forma e o período de rodízio entre os participantes para a função;

II. Planejar e executar coletivamente ações de prevenção e de proteção da criança e do adolescente e sua família em situação de risco para a violência;

III. Realizar o planejamento, a ação e a avaliação dos resultados, bem como a reorientação da própria prática, no modelo de gestão em rede, no âmbito local;

IV. Divulgar constantemente a Rede de Proteção para os profissionais de sua unidade e comunidade atendida;

V. Compreender que as discussões em rede deverão envolver integralmente a família (linha de cuidado) e não envolver apenas o indivíduo notificado;

VI. Estar em contato direto com a comunidade para analisar e avaliar as situações de risco e vulnerabilidade social propondo serviços e ações preventivas;

VII. Elaborar estratégias para acompanhamento das famílias de crianças e adolescentes em acolhimento institucional, incluindo-as nos serviços para garantir a reinserção no âmbito familiar;

VIII. Zelar pela manutenção dos princípios éticos e postura profissional no cumprimento das atribuições;

IX. Manter o sigilo das situações notificadas, preservando a criança, o adolescente, a família e os profissionais envolvidos no caso.

6.2. DINÂMICA DAS REUNIÕES DE REDE LOCAL

- I. Iniciar no horário combinado, independente da presença do Coordenador Regional;
- II. Acolher os participantes, certificando-se de que são representantes dos equipamentos e ressaltar a importância do sigilo das questões tratadas na reunião;
- III. Dividir funções como: registro de ata, registro na Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02) para casos em que o equipamento notificador não pertencer à Rede Local;
- IV. Repassar informações e combinados quanto à participação em cursos, atividades educativas, relatos de cursos participados, informes da reunião municipal, orientações da dinâmica do trabalho em rede, compartilhamento de ações de prevenção, retomada ao protocolo e documentação norteadora da rede, entre outros;
- V. Repassar ao Coordenador Regional as informações dos encaminhamentos e acompanhamento, registrados na Ficha de Acompanhamento Individual dos casos em que os equipamentos notificadores não pertençam ao território da Rede Local, a fim de informar o equipamento notificador, mantendo uma contrarreferência de comunicação;
- VI. Assinar a frequência na reunião;
- VII. Acordar datas e fluxos para envio de informações, transferências ou relatórios à Coordenação Regional, quando necessário, que procederá com encaminhamentos definidos em rede;
- VIII. Organizar o planejamento de estratégias de atendimento às famílias, em casos de crianças e adolescentes acolhidos. Todas as políticas envolvidas com interface de atendimento realizarão o acompanhamento do caso, porém, caberá à FAS o registro e o acompanhamento da ação em Rede, tendo em vista a competência técnica.

6.2.1. PASSO A PASSO DAS DISCUSSÕES NAS REUNIÕES DE REDE LOCAL

- 1º. **CASOS NOVOS:** discussões e encaminhamentos do público notificado de crianças e adolescentes e seus familiares, que será preferencialmente apresentado pelo equipamento notificador, com o relato das primeiras ações já realizadas. Na ausência do representante do equipamento notificador, a Coordenação Regional ou o Coordenador Local devem garantir o atendimento da situação;
- 2º. **CASOS REINCIDENTES:** retomada e reavaliação do planejamento das intervenções, e se necessário, definição de casos para o Fórum de Estudo de Casos Graves (ANEXO 10) com Conselho Tutelar;
- 3º. **ADULTOS:** discussão e encaminhamentos de casos de adultos que também tenham na composição familiar crianças e adolescentes (ex: tentativas de suicídio, mulheres vítimas de violência, pessoas idosas);
- 4º. **DEVOLUTIVAS:** informações atualizadas referentes aos encaminhamentos e atendimentos dos casos que já foram discutidos, lembrando que estes deverão ocorrer para ciência, acompanhamento e avaliação dos mesmos e análise da necessidade de novas estratégias da Rede;
- 5º. **OUTROS PÚBLICOS:** discussão de casos de adultos acima de 18 anos (mulheres, pessoas ido-

sas, pessoas com deficiência) e de outros públicos de notificação compulsória. Registrar na Ficha de Acompanhamento Individual (ANEXO 02) os encaminhamentos acordados em Rede, e após a reunião, os encaminhamentos mais relevantes em registros oficiais, quais sejam: prontuário eletrônico, documentos de registro da política de assistência social, entre outros.

6.3. COMPETÊNCIA TÉCNICA DAS INSTITUIÇÕES QUE INTEGRAM A REDE DE PROTEÇÃO

6.3.1. SAÚDE

6.3.1.1. UNIDADE DE SAÚDE

- I.** Identificar as situações de violência e acolher as vítimas, realizando os procedimentos necessários.
- II.** Conhecer os fatores de risco e sinais de alerta para a violência doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar, institucional, autoprovocada e violência fetal.
- III.** Estabelecer os encaminhamentos para os atendimentos situações de saúde identificadas, por exemplo: avaliações médicas, psicológicas ou outras especialidades.
- IV.** Realizar acolhimento da Revelação Espontânea de situações de violência de crianças e adolescentes, de acordo com a Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas de violência e transcrevê-la no relato da Notificação Obrigatória.
- V.** Estabelecer vínculo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes, sempre que possível, visando à proteção e garantia de direitos dos mesmos, realizando encaminhamentos na rede de saúde, de acordo com a avaliação de risco.
- VI.** Acolher e respeitar o direito do adolescente de ser atendido no âmbito da saúde, desacompanhado dos pais ou responsáveis, conforme Nota Técnica nº 4 do Ministério da Saúde, de 03 de abril de 2017. Na sequência do acompanhamento, para efeitos de proteção, envolver os responsáveis.
- VII.** Conhecer e executar os procedimentos definidos no Protocolo da Rede de Proteção.
- VIII.** Seguir o fluxograma de atendimento e encaminhamentos para os casos de violência sexual (ANEXO 12).
- IX.** Informar e encaminhar para atendimento socioassistencial e jurídico, conforme avaliação de necessidade.
- X.** Agendar retorno para atendimento e/ou visita domiciliar.
- XI.** Preencher a Ficha de Notificação Obrigatória (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”), acrescentando o relato das ações já realizadas e encaminhá-la de acordo com o fluxograma apresentado, quando houver suspeita ou confirmação de violência.

XII. Preencher a Ficha de Investigação de Acidentes de Trabalho, da Política Nacional da Saúde do Trabalhador, no caso de crianças e adolescentes com agravos decorrentes de atividades de trabalho infantil.

XIII. Preencher a Ficha de Intoxicação Exógena, nos casos decorrentes de Violência Autoprovocada, onde o meio utilizado tenha sido envenenamento/intoxicação.

XIV. Registrar em prontuário do usuário as informações pertinentes ao atendimento seguindo o Protocolo Operacional Padrão (POP).

XV. Indicar um profissional da unidade para o acompanhamento sistemático e continuado das reuniões e ações de Rede Regional e Local e outras que sejam necessárias, incluindo audiências. O profissional deve estar sempre munido de informações dos atendimentos prestados a criança, ao adolescente e suas famílias pela política de saúde, observando seus princípios éticos e de sigilo e os próprios das categorias profissionais.

XVI. Participar de reuniões e ações da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente dos Fóruns do Conselho Tutelar e de outras reuniões propostas pelo SGD.

XVII. Monitorar e organizar o acompanhamento dos casos notificados através das reuniões de Rede Local, registrando as informações no prontuário do paciente segundo o POP e na Ficha de Acompanhamento Individual.

XVIII. Subsidiar as discussões internas com a equipe da US, com informações atualizadas e de relevância para a construção de intervenções resolutivas, com vistas à superação das situações de violação de direitos e fortalecimento da função protetiva das famílias.

XIX. Sensibilizar e alertar os agentes comunitários de saúde para as situações de violência e para a participação de ações preventivas, embora estes não participem da discussão dos casos em acompanhamento e monitoramento da Rede Local.

6.3.1.2. UNIDADE HOSPITALAR, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) e CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL (CAPS)

I. Identificar as situações de violência e acolher as vítimas.

II. Conhecer os fatores de risco e sinais de alerta para a violência doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar, institucional, autoprovocada e violência fetal.

III. Realizar acolhimento da Revelação Espontânea de situações de violência de crianças e adolescentes, de acordo com a Lei nº13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas de violência.

IV. Estabelecer vínculo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes visando a proteção e ga-

rantia de direitos dos mesmos, sempre que possível.

V. Acolher e respeitar o direito do adolescente de ser atendido no âmbito da saúde, desacompanhado dos pais ou responsáveis, conforme Nota Técnica nº 4 do Ministério da Saúde, de 03/04/2017.

VI. Conhecer e executar o Protocolo da Rede de Proteção.

VII. Estabelecer os encaminhamentos para as situações de urgência ou emergência identificadas.

VIII. Seguir o fluxograma de atendimento e encaminhamentos para os casos de violência sexual (ANEXO 12).

IX. Registrar em prontuário do usuário as informações pertinentes ao atendimento.

X. Preencher a Ficha de Notificação Obrigatória (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”) e com relato das ações já realizadas e encaminhá-la obedecendo ao fluxograma apresentado, quando suspeita ou confirmação de violência.

XI. Preencher a Ficha de Investigação de Acidentes de Trabalho, da Política Nacional da Saúde do Trabalhador, no caso de crianças e adolescentes com agravos decorrentes de atividades de trabalho infantil, anexa.

XII. Preencher a Ficha de Intoxicação Exógena, nos casos decorrentes de Violência Autoprovocada, onde o meio utilizado tenha sido envenenamento/intoxicação.

XIII. Encaminhar o paciente para acompanhamento na unidade de saúde da sua área de residência.

XIV. Encaminhar, conforme a necessidade, para atendimento socioassistencial e jurídico.

6.3.2. ASSISTÊNCIA SOCIAL

I. Identificar fatores de risco e sinais de alerta para violência doméstica/intrafamiliar, extrafamiliar e institucional, em crianças, adolescentes e suas famílias.

II. Prestar atendimento às crianças, adolescentes e famílias em situação de risco para a violência nos programas, ações e serviços da assistência social.

III. Realizar acolhimento da Revelação Espontânea de situações de violência de crianças e adolescentes, de acordo com a Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas de violência e transcrevê-la no relato da Notificação Obrigatória.

IV. Sempre que possível, estabelecer vínculo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes visando a proteção e garantia de direitos dos mesmos.

V. Conhecer e executar o Protocolo da Rede de Proteção.

VI. Preencher a Ficha de Notificação Obrigatória (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”) e com relato das ações já realizadas e encaminhá-la obedecendo ao fluxograma apresentado, quando se suspeita ou confirmação de violência.

VII. Prestar atendimento conforme os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e demais orientações técnicas para os serviços socioassistenciais.

VIII. Realizar ações de Proteção Social Básica, visando à prevenção das situações de vulnerabilidade e risco social, incluindo crianças, adolescentes e suas famílias nos serviços, programas e projetos quando for identificada demanda para essa proteção, após avaliação da equipe.

IX. Promover ações de Proteção Social Especial quando identificada situação de ameaça ou violação de direitos em decorrência de violência, vivência de trabalho infantil e situação de rua e/ou mendicância, incluindo em serviços, programas e projetos as crianças, adolescentes e suas famílias mediante identificação de demanda para essa proteção, após avaliação da equipe.

X. Realizar os encaminhamentos necessários às crianças, adolescentes e suas famílias acompanhadas pelo CRAS ou CREAS, de acordo com a avaliação da equipe e com o que foi pactuado no Plano de Intervenção/ Ação Familiar ou Individual.

XI. Planejar estratégias com a família, em casos de crianças e adolescentes acolhidos com vistas à possibilidade do retorno familiar. Todas as políticas envolvidas no atendimento realizarão o acompanhamento, e caberá a política da assistência o registro e o acompanhamento da ação em Rede.

XII. Encaminhar às demais políticas públicas, Organizações da Sociedade Civil e/ou outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos os casos de suspeita ou confirmação de violência.

XIII. Planejar, articular e promover ações de sensibilização e prevenção para o enfrentamento às diversas formas de violência contra crianças e adolescentes, junto à comunidade, Organizações da Sociedade Civil, poder público e demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

XIV. Efetivar a vigilância socioassistencial no território, produzindo e organizando dados e informações que contribuam para a promoção do caráter preventivo e protetivo da política de assistência social, assim como para a restauração da violação de direitos socioassistenciais, fortalecendo a função de proteção social do SUAS.

XV. Indicar um profissional para o acompanhamento sistemático e continuado das reuniões e ações de Rede Regional e Local e outras que sejam necessárias, incluindo audiências. O profissional deve estar sempre munido de informações dos atendimentos prestados à criança, ao adolescente e suas

famílias no referente à política de assistência social, observando seus princípios éticos e de sigilo e os próprios das categorias profissionais.

XVI. Participar de reuniões e ações da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e dos Fóruns do Conselho Tutelar.

XVII. Elaborar relatório em conjunto (FAS, SMS e SME), pertinente a situações de crianças, adolescentes e famílias que demandem de intervenção do Poder Judiciário e/ou Ministério Público, mas que ainda não tenha sido judicializado, seguindo fluxo documental da FAS.

XVIII. Monitorar e organizar os documentos da Rede de Proteção junto às unidades da assistência social, atualizando e acompanhando através da gestão documental dos casos notificados, discutidos em reuniões locais.

XIX. Subsidiar as discussões de caso da Rede de Proteção, com informações atualizadas e de relevância para a construção de intervenções resolutivas com vistas à superação das situações de violação de direitos e fortalecimento da função protetiva das famílias, bem como a elaboração do Plano de Intervenção Familiar.

6.3.3. EDUCAÇÃO

I. Garantir matrícula e permanência nas unidades educacionais, com qualidade na educação.

II. Identificar fatores de risco e sinais de alerta para a violência doméstica/ intrafamiliar, extrafamiliar e institucional, em crianças, adolescentes e suas famílias matriculadas nas unidades educacionais.

III. Realizar formação continuada dos profissionais das unidades educacionais e ações de prevenção para educandos, famílias e comunidade escolar referente a sinais de alerta à violência e onde procurar ajuda nos casos de suspeita ou confirmação da violação de direitos.

IV. Acolher a criança e o adolescente em suas demandas, atuando com responsabilidade e resolutividade, de acordo com a situação apresentada.

V. Realizar atividades transversais de prevenção e empoderamento dos educandos.

VI. Realizar acolhimento da Revelação Espontânea de situações de violência de crianças e adolescentes, de acordo com a Lei nº13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas de violência e transcrevê-la no relato da Notificação Obrigatória.

VII. Sempre que possível, estabelecer vínculo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes visando à proteção e garantia de direitos dos mesmos.

VIII. Conhecer e executar o Protocolo da Rede de Proteção.

IX. Preencher a Ficha de Notificação Obrigatória (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”) e com relato das ações já realizadas e encaminhá-la obedecendo ao fluxograma apresentado, quando suspeita ou confirmação de violência.

X. Participar e promover formações continuadas com a abordagem de temas referentes a Rede de Proteção.

XI. Participar de forma continuada e ativa das reuniões de Rede Local, com informações atualizadas e de relevância para a construção de intervenções resolutivas com vistas à superação das situações de violação de direitos e fortalecimento da função protetiva das famílias.

XII. Manter a ética e o sigilo sobre as questões de Rede de Proteção.

XIII. Participar de reuniões e ações da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e dos Fóruns do Conselho Tutelar.

XIV. Indicar um profissional para o acompanhamento sistemático e continuado das reuniões de Rede Regional e Local e outras que sejam necessárias, incluindo audiências, munido de informações dos atendimentos prestados a criança, ao adolescente e suas famílias pela política de educação, observando seus princípios éticos e de sigilo e os próprios das categorias profissionais.

XV. Monitorar e organizar os documentos da Rede de Proteção com as unidades educacionais, atualizando e acompanhando através da gestão documental dos casos notificados, discutidos em reuniões locais.

XVI. Acompanhar e monitorar crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional que frequentam as unidades educacionais.

6.3.4. CONSELHO TUTELAR

I. Primar pela ética e o sigilo, não expondo os profissionais parceiros ou as unidades notificadoras, quando do atendimento às famílias.

II. Cumprir as exigências legais concernentes ao Conselho Tutelar, como o órgão que deve receber todas as notificações de violência suspeita ou confirmada contra crianças e adolescentes.

III. Alimentar o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – SIPIA, sempre que receber notificações usando os dados notificados.

IV. Diligenciar imediatamente os casos de urgência usando meios que possam efetivar o atendimento de acordo com as atribuições legais.

V. Atender as famílias por meio de convocação ou visita domiciliar.

VI. Informar o serviço notificador integrante da Rede de Proteção Local, dos encaminhamentos e das medidas realizadas pelo referido órgão, sempre que solicitado, para que este possa manter o acompanhamento do caso.

VII. Ter ciência de todos os casos acompanhados pelas Redes Locais e não apenas dos casos graves discutidos nas reuniões de fórum.

VIII. Realizar acolhimento da Revelação Espontânea de situações de violência de crianças e adolescentes, bem como participar da Escuta Especializada organizada pelo município de Curitiba, de acordo com a Lei nº13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, vítimas ou testemunhas de violência.

IX. Estabelecer vínculo com os responsáveis pelas crianças e adolescentes na proteção e garantia de direitos dos mesmos.

X. Participar de reuniões de Rede Local sempre que possível ou quando solicitado por profissionais de equipamentos ou parceiros.

XI. Manter articulação com a Coordenação Regional do território (FAS, SMS, SME e Setor Educação Estadual).

XII. Participar assiduamente das reuniões de Fóruns da Rede de Proteção, munido de relatórios de atendimentos prestados, conhecimento do caso a ser discutido. Deve cumprir e fazer cumprir as diretrizes para organização dos fóruns regionalizados.

XIII. Participar da elaboração e efetivação do Plano de Intervenção Familiar, em conjunto com as políticas públicas envolvidas, para crianças ou adolescentes que estejam em acolhimento institucional.

XIV. Preencher a Ficha de Notificação Obrigatória (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”) e encaminhá-la obedecendo ao fluxograma apresentado, quando suspeita ou confirmação de violência, quando a situação chegar primeiro ao seu conhecimento.

XV. Preencher Ficha de Notificação Obrigatória, obedecendo ao fluxograma apresentado, sempre que tiver conhecimento de violência institucional prestando o atendimento de modo a assegurar o sigilo sobre a situação e quanto a instituição.

XVI. Representar o Conselho Tutelar de Curitiba, por meio da indicação de Colegiado de Conselheiros, nas reuniões da Coordenação Executiva Municipal e nas reuniões da Coordenação Executiva Municipal com as Coordenações Regionais. Esses representantes devem responsabilizar-se por transmitir para os demais Conselhos Tutelares as informações e diretrizes adotadas pela Rede de Proteção.

XVII. Participar de forma efetiva e continuada nas ações de prevenção da Rede de Proteção.

7 Sinais de Alerta para a Violência Contra Crianças e Adolescentes

Para enfrentar a violência contra a criança e ao adolescente, é preciso conhecer as suas diferentes formas de expressão e identificá-la nas situações cotidianas. Na maior parte das vezes, a violência permanece oculta e só pode ser identificada a partir de sinais de alerta, com os quais os profissionais precisam estar atentos e familiarizados.

“Ser capaz de compreender os sinais de alerta é de extrema relevância para organizar os encaminhamentos e fluxos de atendimento de cada caso e estruturar estratégias de prevenção” (SEDS, 2018, pg. 30).

Conceitua-se como sinais de alerta o conjunto de indicadores que contribuem para a identificação e compreensão das violências. É imprescindível fazer a identificação destes sinais com vistas à proteção da criança e do adolescente, já que identificar a violência de forma clara e objetiva não é uma tarefa fácil. Assim, todo conhecimento disponível, somada a utilização de ferramentas de trabalho deve ser empreendido em busca do melhor atendimento à criança e ao adolescente, tendo a clareza de que o cuidado destes é dever de todos: família, Estado e sociedade, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Diante disso, a Rede de Proteção, por meio do trabalho parceiro e intersetorial, torna-se como caminho mais indicado para análise e atendimento dos casos (SEDS, 2018).

Os profissionais da Rede de Proteção devem ter conhecimento de que as crianças e os adolescentes podem demonstrar de maneiras diferentes que estão sofrendo alguma violência. Na identificação de um ou mais sinais de alerta, inicia-se o procedimento de inclusão da criança ou do adolescente na Rede de Proteção. A partir desse momento, é necessário discutir o caso com os demais profissionais da equipe e com os profissionais que compõem a Rede Local.

7.1. ANÁLISE DO CENÁRIO

Em um primeiro momento, deve ser realizada a análise do cenário, a qual leva o profissional a manter-se atento aos diversos fatores que envolvem as crianças e os adolescentes. Devem ser observados também alguns padrões e características que se repetem quando ocorre a violência, os quais são descritos por estudiosos, somados a uma avaliação cuidadosa do histórico levantado com a criança, o adolescente, com a sua família e/ou cuidadores. Nos casos em que a partir dessas observações fique evidenciada situação de risco para a violência, suspeita ou confirmada, fundamenta-se o preenchimento da Notificação Obrigatória conforme o **Instrutivo - Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada (Curitiba, 2016)**, com relato das ações já realizadas encaminhando-a obedecendo ao fluxograma orientado sobre o atendimento a qualquer situação de suspeita ou confirmação de violência (Capítulo 9).

7.2. CRIANÇA OU ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

As crianças e os adolescentes que sofrem violência podem demonstrar sinais de ansiedade, compor-

tamento obsessivo, tiques, manias. Também podem ficar mais sonolentas, letárgicas, muito introspectivas ou então extremamente agitadas, irritadas. Alguns demonstram ter a sua autoestima diminuída, timidez, apatia, medo de tudo e de todos. Outros apresentam comportamentos agressivos, contra terceiros ou contra si mesmo.

Em alguns casos, principalmente na idade escolar e na adolescência, podem desenvolver comportamentos de autoagressão, comportamentos de risco ou sinais de desenvolvimento sexual precoce, reproduzindo com os colegas e amigos a violência sofrida.

Há condições predisponentes para relações hostis entre pais ou responsáveis e as crianças ou os adolescentes:

- Crianças não desejadas, não planejadas e que não foram aceitas durante a gravidez ou após o nascimento;
- Crianças com sexo diferente do esperado ou com características físicas muito diferentes dos pais;
- Crianças prematuras ou doentes que necessitam de hospitalização por longos períodos, prejudicando o vínculo mãe e filho;
- Crianças adotadas ou sob guarda por imposição ou circunstâncias alheias à vontade dos responsáveis;
- Filhos afastados dos pais, criados por outras pessoas, ou que passam a maior parte do dia com outra família, perdendo assim o vínculo com os seus pais;
- Filhos de outros relacionamentos;
- Crianças ou adolescentes muito ativos, com dificuldades de reconhecer limites;
- Crianças ou adolescentes hiperativos ou com transtorno de conduta;
- Crianças ou adolescentes com capacidade intelectual muito diferente dos responsáveis e adolescentes com perspectivas de vida muito diferentes dos pais ou responsáveis;
- Crianças ou adolescentes que apresentem questões de identidade de gênero e/ou orientação sexual;
- Crianças ou adolescentes com doença crônica ou deficiência;
- Crianças ou adolescentes com sinais de autoagressão, desejo de morte e tentativa de suicídio;
- Situações de trabalho infantil, tais como: crianças ou adolescentes que contribuem com a renda familiar por meio de exploração do trabalho nas suas diversas formas, incluindo a exploração sexual. Destacam-se ainda as Piores Formas de Trabalho Infantil, no documento “Instrutivo de Notificação/ Curitiba” (ANEXO 01).

7.3. FAMÍLIA QUE PERMITE A VIOLÊNCIA

Muitas famílias aceitam a violência como forma de resolver os conflitos e se apresentam altamente permissivas à adoção de padrões de comportamento agressivo. Em outras famílias, a violência é uma questão de manutenção do poder, do controle e manipulação do maior contra o menor, do mais forte sobre o mais fraco, ainda que esse tipo de comportamento se justifique por boas intenções, como amor e como meio de educação.

Algumas características da família da criança ou do adolescente podem significar sinais de alerta para a possibilidade de que as relações familiares estejam permeadas por violência:

- Família que não aceita o contato e a ajuda de profissionais;
- Família que demonstra pouco ou nenhum vínculo afetivo;
- Família que apresenta desinteresse pela saúde e/ou pelo desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Alienação parental;
- Família com critérios educacionais, morais, ou religiosos rígidos;
- Família com histórico de violência contra a mulher e contra o idoso;
- Família que apresenta dificuldades econômicas, cujas necessidades básicas não são atendidas;
- Família conivente ou impotente frente ao comportamento violento dos responsáveis, vizinhos, parentes ou outras pessoas contra as crianças e adolescentes;
- Família que sempre considera a violência como um fator isolado, esquecendo os eventos anteriores que não deixaram sequelas físicas;
- Família que explora o trabalho infantil, naturaliza a atividade ou delega a responsabilidade doméstica para a criança ou adolescente;
- Famílias que reproduzem um padrão cultural do trabalho infantil, instituído por meio de gerações e reforçado e aceito socialmente.

7.4. ADULTO QUE PRÁTICA A VIOLÊNCIA

Vários estudos apontam para características comuns entre adultos que praticam a violência contra crianças e adolescentes que se encontram sob a sua responsabilidade. Essas características são consideradas sinais de alerta para os profissionais que atendem crianças e adolescentes:

- Adultos com pouca idade, imaturos e com baixa tolerância à frustração;
- Adultos que provêm de famílias com história de violência, muitas vezes maltratados na infância ou que foram vítimas de violência sexual;
- Adultos autoritários e pouco flexíveis e com comportamento agressivo velado ou aparente para com os outros familiares;
- Adultos pouco tolerantes aos comportamentos e às ações de cada faixa etária, tanto da criança como do adolescente;
- Adultos que alegam problemas como desemprego, dificuldades no trabalho, uso de álcool ou de outras drogas para justificar o comportamento agressivo;
- Adultos com transtornos mentais ou mães com depressão pós-parto.

7.5. UMA CRISE PRECIPITADORA

Muitas vezes, a família mantém-se estável e a violência contra a criança ou o adolescente pode ser deflagrada por uma crise precipitadora, conforme:

- Separação e novo casamento;
- Perda de um dos familiares, considerando suporte da estrutura familiar;
- Desemprego do pai ou da mãe;
- Doença física ou mental grave do pai ou da mãe;
- Situações críticas relativas a emprego e renda.

7.6. FATORES SOCIOLÓGICOS

Os sinais da violência contra a criança e ao adolescente nem sempre são fáceis de serem reconheci-

dos nos primeiros estágios. Muitas vezes, os autores da violência usam inicialmente táticas coercitivas e formas de violência psicológica para controlar sua vítima e mantê-la em silêncio. Infelizmente, a necessidade do agressor em controlar a vítima pela violência é crescente, desencadeando um episódio agudo e intenso, com o uso de violência física.

Outros fatores também devem ser considerados como sinais de alerta:

- Situações sociais adversas, como pobreza extrema, que podem aumentar as tensões nas relações familiares;
- Uso de castigos físicos, humilhações, depreciações e a recusa de alimentos e agasalhos como métodos para a educação de filhos, por aceitação cultural e/ou religiosa;
- Situações de isolamento social, com afastamento dos laços comunitários.

Ainda nessa fase, o agressor pode demonstrar arrependimento, prometendo que não mais usará da força física, deixando a vítima ainda mais confusa e com sentimento de culpa. Muitas famílias não denunciam a violência cometida contra crianças e adolescentes por vezes por naturalizar a violência ou por não acreditar no relato deles; por medo de ameaças do agressor ou ainda dependência, seja emocional ou financeira. Dessa forma, a família se torna dependente do agressor, incapacitada de reagir ou de procurar ajuda, desencadeando episódios de violência mais frequentes e intensos.

Os profissionais que atendem crianças e adolescentes e suas famílias devem estar sensíveis e atentos aos sinais de alerta para iniciar medidas de prevenção e de proteção precocemente.

Anexo a este protocolo, encontra-se documento orientador intitulado **Evidências Médicas e Odontológicas da Violência Contra Crianças e Adolescentes**, como também o documento intitulado **Atendimento Clínico às Vítimas de Violência Sexual**.

7.7. GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A Notificação Obrigatória para a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência possibilita dar visibilidade e monitoramento para a questão da gravidez precoce, bem como daquelas em decorrência de situações de violência, de forma a viabilizar ações intersetoriais de cuidado em saúde, educação e assistência social.

TODAS as adolescentes gestantes, com **10 à 14 anos incompletos**, deverão ser notificadas para a Rede de Proteção, por meio da NO.

Adolescentes gestantes, na faixa etária de **14 à 18 anos incompletos**, serão acolhidas e avaliados seus fatores de risco social, familiar e de saúde. Caso identificado algum fator de risco, deverão ser notificadas. Nos casos em que, após avaliação global, não se identifique nenhum dos fatores de risco descritos abaixo, a adolescente deverá ser acompanhada pelas políticas de proteção.

FATORES DE RISCO

SOCIAL: gravidez indesejada, segunda ou mais gestações, baixa frequência ou evasão escolar; em situação de vulnerabilidade e risco social; suspeita de violência sexual; trabalho infantil;

SAÚDE: faltosa nas consultas clínicas e de exames laboratoriais; não adere ao pré-natal; suspeita e/ou uso de SPA, sem tratamento adequado a ISTs; violência autoprovocada; algum tipo de deficiência/transtorno; histórico de abortos;

FAMILIAR: rejeição familiar; idade do “pai” do bebê; risco de violência doméstica.

Há obrigatoriedade de registrar, no relato da N.O. de todas as gestantes adolescentes que forem notificadas, os fatores de risco identificados a partir da avaliação global realizada para cada caso de gestação na adolescência, independentemente da idade da adolescente.

A N.O. não deverá ser preenchida apenas com a informação da gestante adolescente, mas sim com informações complementares de acordo com os fatores de risco.

7.8. DENÚNCIA DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA

As situações de denúncia de violação de direitos contra crianças e adolescentes podem chegar nos serviços públicos, nos parceiros institucionais, nos parceiros da sociedade civil através de terceiros e/ou de pessoas conhecidas com ou sem vínculo familiar, não desejando que suas identidades sejam mencionadas. Podem, também, chegar pelos canais de denúncia: 156 (Central de Atendimento da Prefeitura de Curitiba), 181 (Disque Denúncia Estadual) e 100 (Disque Denúncia Nacional). Ao tomar conhecimento da denúncia é de responsabilidade de quem a recebeu em primeira instância dar seguimento para verificação do fato, se necessário, contatar os parceiros da Rede de Proteção Local para organizar estratégias de verificação da situação.

7.8.1. COMO PROCEDER NAS SITUAÇÕES DE DENÚNCIA

1º passo: verificar nos documentos oficiais (prontuário eletrônico, registros administrativos, entre outros, informações sobre a pessoa denunciada).

2º passo: verificar junto aos parceiros se têm informações sobre a pessoa denunciada;

3º passo: de posse das informações, realizar visita domiciliar e/ou entrar em contato com a família ou responsável para agendamento de atendimento familiar na unidade;

4º passo: promover os encaminhamentos necessários conforme a gravidade da situação identificada (por exemplo: informar ao Conselho Tutelar, às Varas da Infância, deslocar-se a um hospital de referência, entre outras);

5º passo: planejar com os parceiros da regional o plano de intervenção, para o caso denunciado;

6º passo: se confirmada a denúncia ou se permanecer a suspeita de violência preencher “Ficha de Notificação” com todas as informações e orientações realizadas e encaminhar a notificação conforme estabelecido no Capítulo 6 desse protocolo.

7.9. PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL

Objetivando realizar o atendimento integral da criança e do adolescente, apresenta-se um conjunto de procedimentos, os quais devem ser observados pelas equipes que compõem as unidades notificadoras da Rede de Proteção, os quais estão dispostos a seguir:

PROCEDIMENTOS:

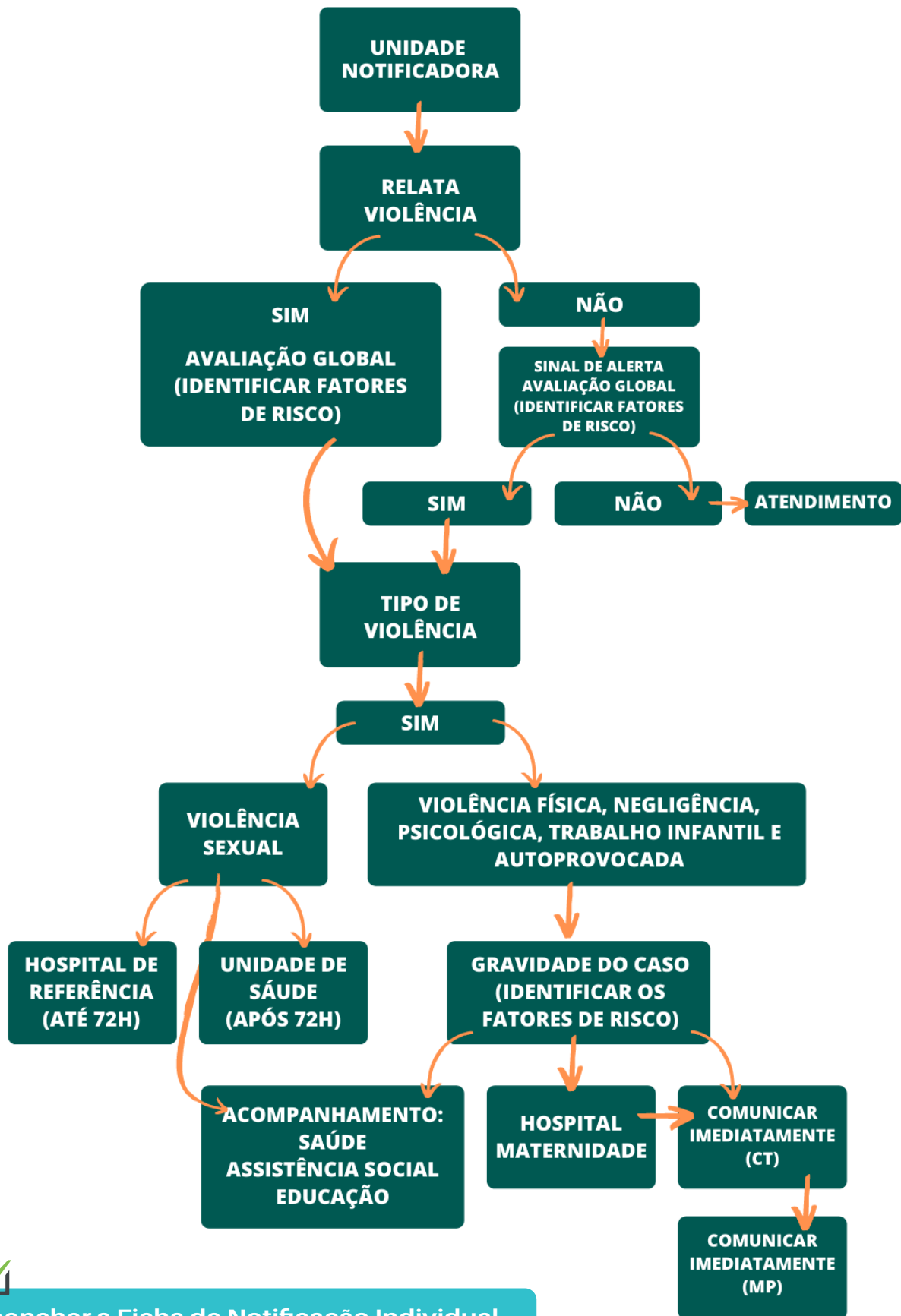
- ➔ Realizar o acolhimento da criança ou do adolescente.
- ➔ Avaliar o contexto familiar, utilizando para tal de subsídios: consulta à documentação existente, informações dos serviços integrantes da Rede Local e outras ações.
- ➔ Realizar orientações aos familiares/responsáveis, conforme análise da situação, e registrá-las.
- ➔ Realizar orientações para os profissionais envolvidos com o atendimento ou acompanhamento do caso evidenciado e registrá-las nos documentos oficiais (ex: e-saúde, atas e registros administrativos).
- ➔ Realizar, se necessário, a inserção da criança ou do adolescente e sua família em espaços de atendimento no âmbito de serviços e programas (da saúde, da educação, da assistência social, entre outros).
- ➔ Avaliar de forma global o contexto da violência, para manter ou afastar a suspeita.
- ➔ Garantir atendimento imediato em situações de emergência, casos de suspeita de violência sexual ou violação de direitos fundamentais como: violência física, abandono, risco de vida, entre outros, que coloquem em risco a proteção da criança ou do adolescente. Para tal procedimento, realizar articulação com a referência regional de sua política pública, visando a adoção de encaminhamentos pertinentes.

Se necessário, contatar imediatamente o Conselho Tutelar e este, se avaliar pertinente, acionará, por sua vez, o Ministério Público.

Nos casos de violência sexual ocorridas até 72 horas as crianças ou os adolescentes devem ser encaminhados para um dos hospitais de referência, caso a violência tenha ocorrido a mais de 72 horas as mesmas devem ser encaminhadas e acompanhadas pelas US. Consultar o documento anexo: “Atendimento Clínico às Vítimas de Violência Sexual” (ANEXO 12).

Será apresentado a seguir, o fluxograma para atendimento a qualquer situação de confirmação ou suspeita de violência, uma vez que a denúncia pode chegar das mais diversas formas e fontes, canais ou instituições.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A QUALQUER SITUAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO OU SUSPEITA DE VIOLÊNCIA



Preencher a Ficha de Notificação Individual -
Violência Interpessoal/Autoprovocada

8 Acolhimento

Quando alguém sofre um ato de violência, experimenta, por vezes, uma profusão de sentimentos que podem abranger desde o desamparo até a falta de controle da situação. O acolhimento é uma das dimensões mais importantes do cuidado e, por ser o primeiro contato com o profissional, deve ser entendido como o momento singular que antecede o atendimento e, ao mesmo tempo, um passo dado para a continuidade desse atendimento nas dimensões seguintes (BRASIL, 2011).

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (BRASIL, 2010b, p.06).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2010a, p. 10). Entender o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços (BRASIL, 2010a, p. 8).

8.1. ACOLHIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

As situações de violência convocam os profissionais da Rede de Proteção à construção de alianças éticas com a produção da vida, no sentido da promoção, prevenção, proteção, defesa e reparação de direitos, que implicam um processo que estimula a co-responsabilização, por meio do compartilhamento e construções coletivas de autonomia.

A formação de vínculo afetivo é fundamental para que a criança ou o adolescente sintam segurança e proteção, de modo a diminuir a ansiedade ao relatar a violência sofrida. A forma de tratamento, com respeito e sem julgamentos, faz toda a diferença para o sucesso da intervenção subsequente. O acolhimento deve ocorrer num ambiente apropriado: tranquilo e seguro, que preserve a privacidade da criança ou do adolescente.

É preciso ouvi-los sem a presença da família, evitando interrupções que possam fragmentar ou intimidar a narrativa, sem julgamentos e opiniões sobre a situação.

A forma como ocorre o acolhimento é de fundamental importância, pois dele depende todo o encaminhamento dado ao caso. Ele pode ter caráter:

- **Emergencial** – quando há sinais de risco de vida do ponto de vista médico, exigindo atendimento imediato e encaminhamento para um hospital, ou quando há risco de vida do ponto de vista social, demandando um acolhimento institucional imediato.
- **Contínuo e gradual** – quando ocorre em diferentes momentos, com enfoques variados: escuta, formação de vínculos, reflexões, encaminhamentos, entre outros.

8.2. ACOLHIMENTO A FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS

Acolher os familiares ou responsáveis é muito importante e pode contribuir para que a família possa desempenhar sua função protetora. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais:

- Tenham atitudes que demonstrem empatia e respeito ao interlocutor.
- Saibam ouvir, tendo uma escuta ativa e acolhedora, sem julgamentos.
- Que a família possa ser escutada e orientada a partir do próprio ponto de vista/realidade e não dos julgamentos, olhares e cultura dos profissionais que estão a atendendo.
- Estabeleçam um diálogo aberto e honesto com os responsáveis sem julgá-los, objetivando a reflexão sobre suas ações e padrões culturais.
- Utilizem entrevistas como espaços de decisão para reconhecimento, negociação, esclarecimento e resolução de conflitos, bem como expressão de sentimentos, ideias e propostas, considerando o contexto das relações intra e extrafamiliares.
- Procurem construir com a família, independentemente do tempo desse processo, as alternativas de mudança e de promoção de direitos e deveres, para que ela possa encontrar reais possibilidades de introduzir novas formas de relacionamento e educação.
- Indiquem, dependendo do caso, possibilidades de acesso a serviços e programas de instituições e órgãos parceiros: Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (SMSAN), Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude (SMELJ), Fundação Cultural de Curitiba (FCC) e outros.
- Expliquem, na medida do possível, que é dever legal do profissional comunicar os casos de violência suspeita ou confirmada contra crianças ou adolescentes. É um procedimento que visa não só a proteção desses cidadãos como também ajudar pais e responsáveis que estão com dificuldades de proteger seus filhos.

8.3. ACOLHIMENTO E ESCUTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como visto anteriormente, a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017 - regulamentada pelo Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018 - normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, cria mecanismos para prevenir e coibir a violência, e estabelece medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência.

Em especial, determina a forma como a escuta de crianças e adolescentes deve ser feita, evitando-se as repetições e, assim, diminuindo a **revitimização**. Tem como objetivo dar credibilidade e legitimar as situações de violência a que são submetidos. Para tanto, na Rede de Proteção, crianças e adolescentes serão ouvidos em duas modalidades, a saber:

Revelação Espontânea e Escuta Especializada, descritas a seguir.

Um grupo de operadores do direito, indignados com um caso de violência sexual judicializado e tendo

o desejo de que o ciclo de violência instalado fosse rompido, sentiu a necessidade em debater com a sociedade civil e com as políticas públicas de atendimento o tema, a fim de sensibilizar e pensar um projeto de ação intersetorial.

Após vários encontros com a sociedade civil representada e as políticas públicas de saúde, educação e assistência social, nasce o Plano Regional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes - LIGA BOQUEIRÃO, organizado em eixos de ação. O eixo 03 – Atenção e Pesquisa, trata sobre a atuação intersetorial, “Núcleo de Gerenciamento de Casos”, representada pelos operadores da lei, Fórum Descentralizado Boqueirão e representantes da Coordenação Regional da Rede de Proteção e outros profissionais, com o objetivo de dar encaminhamento aos casos notificados de violência sexual da área territorial do Boqueirão, e apresentada como experiência (ANEXO 13).

8.3.1. REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

A revelação de uma situação de violência é um momento crucial para quem a faz. Envolve não apenas o fato em si, as lembranças e sentimentos revividos, mas diversas expectativas quanto às consequências da revelação, que vão desde o acolhimento de quem recebe a notícia, a credibilidade que lhe atribui e as medidas protetivas que serão tomadas na sequência. Aquele que é escolhido pela criança ou adolescente como seu confidente, pode tanto minimizar quanto potencializar os danos da violência sofrida e suas implicações.

Para compreender melhor a situação de violência contra crianças e adolescentes, é preciso diferenciar dois momentos: a revelação e a Notificação Obrigatória.

A revelação é o primeiro e decisivo passo, quando a vítima ou testemunha de violência rompe com o silêncio e resolve contar a alguém, principalmente a quem lhe inspire confiança, a situação a que foi exposta, sofrida ou que vem sofrendo. Tal pessoa pode ser alguém da própria família ou de alguma instituição (escolas pública ou privada, equipamentos da saúde ou da assistência social, entre outros).

IMPORTANTE

Feita a Revelação Espontânea, deve-se evitar a condução da criança ou adolescente para que outros profissionais da mesma ou de outras instituições interroguem novamente a criança ou adolescente sobre o fato. Isso caracteriza revitimização e induz a vítima a pensar que os adultos não estão acreditando em seu relato.

Algumas perguntas que podem ser feitas no momento da Revelação Espontânea, **sem que pareça um interrogatório**:

- Quantas vezes isso aconteceu?
- Qual o local em que isso aconteceu?
- Quando foi a última vez?
- Você já contou isso para alguém? Mais alguém sabe dessa história?
- Tem alguém que você confie na sua casa ou na família que você possa contar?

Durante o acolhimento da Revelação Espontânea é importante:

- Possibilitar, por meio de gestos ou palavras suaves, que a criança ou o adolescente se sinta confiante para expor a violência sofrida. Fazendo uma escuta ativa, respeitosa, atenta ao relato, acreditando na veracidade dos fatos.
- É importante confirmar se está de fato compreendendo o que está sendo verbalizado, sem desconsiderar os sentimentos do interlocutor, com frases valorativas como: “Isso não foi nada”, “Chorar não adianta”.
- No caso de dúvidas sobre o que está sendo relatado, usar palavras simples para saná-las.
- As perguntas devem ser abertas e favorecer também respostas abertas, e não indutivas, para que se evite o SIM ou NÃO como resposta.
- Evitar perguntas que possam reforçar o sentimento de culpa, ou que estimulem o detalhamento desnecessário da violência sofrida. Sobretudo, não forçar a repetição da narrativa para não aumentar o sofrimento.
- Para obter uma estimativa de quantas vezes ocorreu a violência com crianças de até 8 anos, em função de sua construção da noção de tempo, utilizar indicadores que evoquem memória afetiva, como eventos comemorativos: Natal, Páscoa, férias, aniversários, evitando-se termos específicos como: todo mês, toda semana, todo dia.
- Vocabulário adequado é fator decisivo para uma comunicação eficiente.
- Usar uma linguagem simples e clara é importante para que a criança ou o adolescente entendam o que está sendo dito. Favorecer para que eles se expressem com suas próprias palavras.
- Não prometer à criança ou ao adolescente o que não se poderá cumprir, como, por exemplo, “não contar a ninguém sobre o ocorrido”.
- Falar claramente que não devem culpabilizar-se ou envergonhar-se pela situação vivenciada.
- Muito cuidado para que as perguntas realizadas não induzam à determinadas respostas.

Diante de uma Revelação Espontânea da criança ou adolescente sobre atos de violência, o profissional a quem for dirigida a revelação, independentemente de que órgão fizer parte, deverá acolher, escutá-la sem interrupções, efetuando o mínimo possível de perguntas. Caberá ao profissional que ouviu a revelação em primeira mão, reproduzir os acontecimentos, para os profissionais e órgãos que irão atuar na sua proteção, bem como a transcrição do relato da forma mais fidedigna possível para o preenchimento da Notificação Obrigatória.

**Em caso de dúvida, NOTIFIQUE,
como garantia de proteção.**

Para a Notificação Obrigatória, o registro deve ser feito da forma mais fiel e rápida possível, incluindo nele como foi o comportamento da criança ou do adolescente: se houve choro, gritos, se relutaram muito ao falar, etc., pois poderá ser utilizado em procedimentos posteriores.

“Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público” (BRASIL, 2017, Lei nº 13.431, Art. 13).

Anterior ao preenchimento da N.O., outros registros devem ser consultados, como o cadastro com dados atualizados (endereço, telefone). Deve-se verificar também a situação legal e atualizada da criança ou do adolescente referente aos pais ou responsáveis (separações, mudança do termo de guarda, viagem prolongada de um deles...).

Após a consulta, conforme a situação em estudo, é possível preencher diretamente a Ficha de Notificação Obrigatória.

Após a Revelação Espontânea da violência, a criança ou adolescente poderá ser chamado para confirmar os fatos somente quando estritamente necessário e por meio de Escuta Especializada e Depoimento Especial, conforme especifica o § 1º, Art. 4º, da Lei nº 13.431/2017.

8.3.2. ESCUTA ESPECIALIZADA

De acordo com o Art. 7º da Lei nº 13.431/2017, a escuta especializada pode ser conceituada como: “**o procedimento de entrevista sobre a situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da Rede de Proteção**, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade”.

O objetivo da escuta especializada é de assegurar o acompanhamento da criança ou adolescente em suas demandas, na perspectiva de superação das consequências da violação sofrida, inclusive no âmbito familiar.

Em conformidade com o Art. 10º da Lei nº 13.431/2017, o município **deverá providenciar um local apropriado e acolhedor**, com infraestrutura e espaço físico que garantam a privacidade da criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência, a fim de que seja **realizada sua escuta especializada**.

No município de Curitiba a organização para a realização da Escuta Especializada se dará sob a responsabilidade da saúde e deve estar em acordo com as orientações descritas acima.

8.3.2.1. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos em que a Revelação Espontânea dos mais diversos tipos de violências às crianças e ado-

lescentes, ocorreu em um dos equipamentos da Rede de Proteção de Curitiba, quais sejam: Serviços da Educação (Centro de Educação Infantil municipais e conveniados, Escola Municipal e Estadual), Serviços da Assistência Social (Acolhimentos Institucionais, CRAS, CREAS), Serviços da Saúde (CAPSi, US, UPA), Conselho Tutelar e Organizações da Sociedade Civil que prestam atendimento à crianças e adolescentes;

- Casos em que o relato da violência sofrida pela criança ou adolescente seja realizado por familiares ou conhecidos;
- Casos em que haja suspeita de violência;
- Todos os casos deverão ter Notificação Obrigatória.

8.3.2.2. REGULAÇÃO

A regulação será feita pelo Coordenador Regional da Saúde da Rede de Proteção (profissional de referência distrital), que pode contar com o apoio do nível central da Rede de Proteção da SMS e com o (a) psicólogo (a) de referência para a Escuta Especializada. Tal triagem seguirá os critérios enunciados acima, com a obrigatoriedade da Notificação.

8.3.2.3. REGISTRO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE (PRONTUÁRIO ELETRÔNICO)

A atividade de Escuta Especializada será registrada em prontuário eletrônico da criança ou adolescente com a seguinte informação: ATENDIMENTO DE ESCUTA ESPECIALIZADA A PARTIR DE REGULAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO.

8.3.2.4. RELATÓRIO

Os fatos narrados durante a escuta especializada da criança ou adolescente, seus familiares e/ou de seus responsáveis legais, quando houver, serão transcritos em relatório, observando-se para isso o caráter confidencial das informações. O documento será assinado pelo profissional responsável pela Escuta Especializada e encaminhado por ele para a Coordenação Regional da Rede de Proteção, que solicitou tal procedimento.

A Coordenação Regional, de forma intersetorial, avaliará quais serão os encaminhamentos necessários para cada caso, tanto no âmbito da proteção integral, quanto da responsabilização.

9 Fluxo de Encaminhamento da Notificação Obrigatória

Quando as situações de violência forem confirmadas e/ou as suspeitas de violências se mantiverem, é o momento de incluir a criança ou o adolescente na Rede de Proteção, **preenchendo a Ficha de Notificação Individual - Violência Interpessoal/Autoprovocada. Este formulário é composto por duas folhas, 1 e 2, sendo folhas carbonadas em três vias: via branca, amarela e verde. Para preenchimento da ficha, deverá ser seguido o Instrutivo - Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (Curitiba, 2016).** A Ficha de Notificação de Violência encontra-se no ANEXO 01, dentro do Instrutivo de Notificação (Curitiba, 2016).

Os fluxos de encaminhamento da N.O. têm por finalidade a comunicação entre os profissionais que atuam na garantia dos direitos de crianças e adolescentes. A N.O. tem também o objetivo de retratar o perfil epidemiológico das situações de violência do município e fundamentar a necessidade de políticas públicas, justificando sua implantação, implementação e execução de serviços, bem como diagnóstico dos territórios para ações preventivas e protetivas, com foco no indivíduo, na família e na

Em situações de urgência o atendimento do Conselho Tutelar não deve estar vinculado ao preenchimento imediato da Notificação Obrigatória garantindo o previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

FLUXO DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS DOS CASOS EM QUE O NOTIFICADO RESIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE NOTIFICADORA

Ao preencher a N.O., a unidade notificadora local envia as vias branca e amarela para a Coordenação Regional de sua secretaria (Núcleo Regional da FAS, Núcleo Regional da Educação e Distrito Sanitário Saúde), arquivando a terceira via (verde) na própria unidade. Caberá a cada Coordenação Regional qualificar a N.O. recebida conforme "Instrutivo de Notificação/Curitiba" (ANEXO 01), vide fluxo 1.1 - Vigilância da Violência, registrando na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente as notificações oriundas de seus serviços e de parceiros e na sequência encaminhar a via branca ao Conselho Tutelar.

A via amarela, quando originária dos serviços da assistência social e educação municipal deverão seguir para o profissional responsável pela Rede de Proteção do Distrito Sanitário, sendo enviada pelo Coordenador Regional da FAS e SME.

As Escolas Estaduais encaminharão as vias branca e amarela da N.O., dentro de um envelope, endereçado ao profissional de referência da Rede de Proteção na Unidade de Saúde mais próxima de seu território, que as encaminhará ao seu Distrito Sanitário. A terceira via (verde) arquivar na própria unidade educacional.

O profissional de referência da saúde para a Rede de Proteção, ao receber a via amarela, verificará

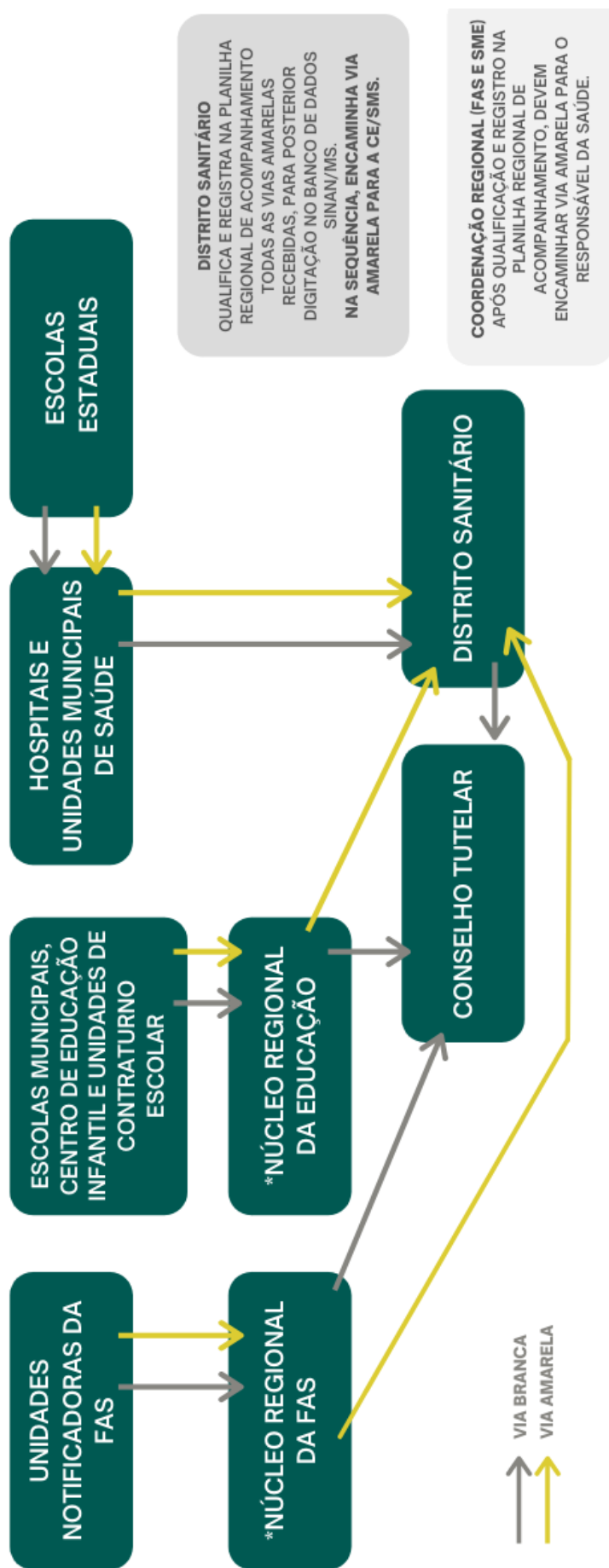
a consistência da N.O. (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”), pesquisará no prontuário eletrônico e ao consolidar as informações, registrará o caso na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente e na sequência digitará no Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN. Após a digitação, a via amarela deverá ser encaminhada para o Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, para análise, informação e arquivo.

A. O Distrito Sanitário é responsável por qualificar e digitar no SINAN todas as N.O.s dos residentes de sua área de abrangência.

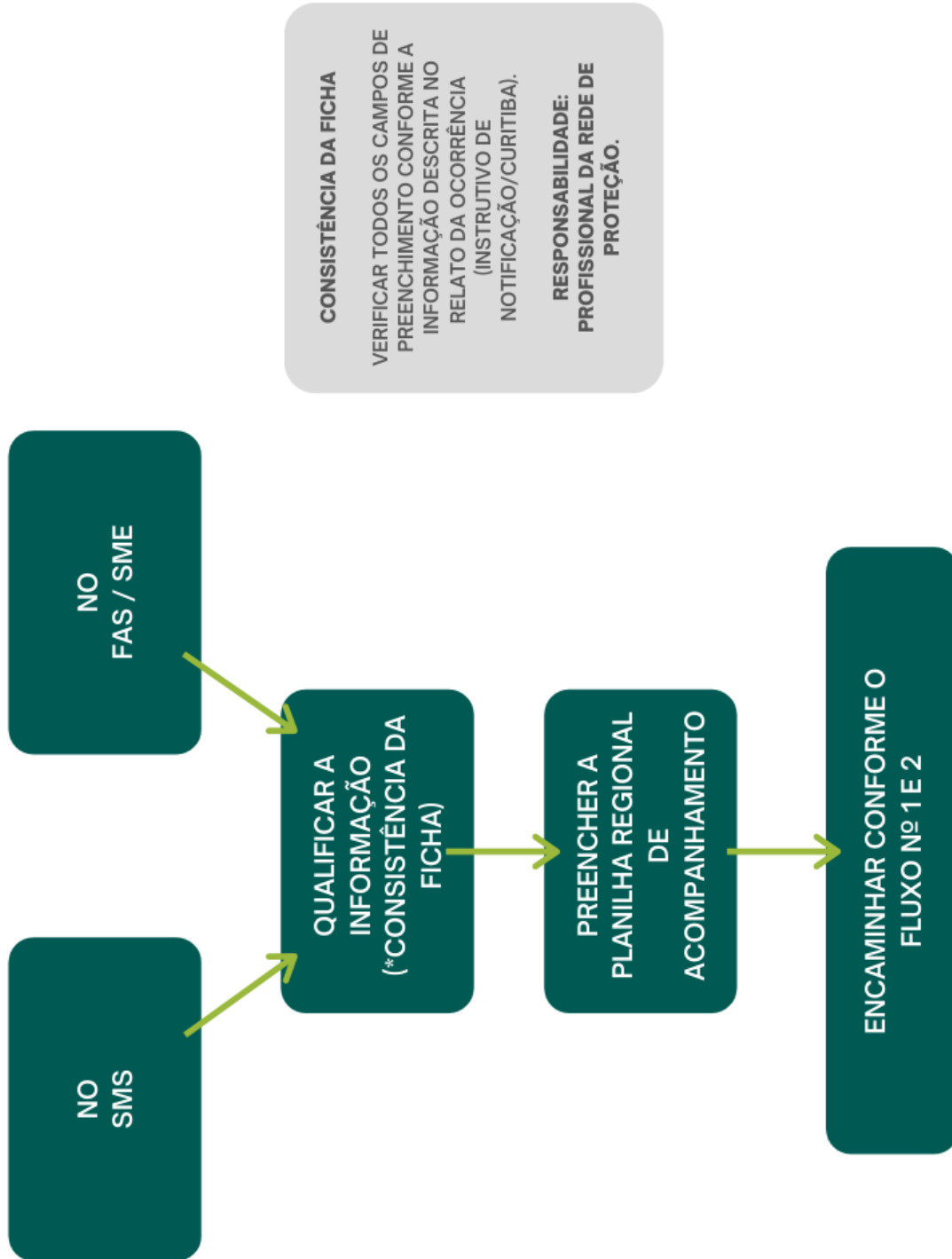
B. O Distrito Sanitário é responsável por qualificar e digitar no SINAN os notificados de outro município ou outro estado que foram atendidos em serviços de sua área de abrangência.

1. FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS DOS CASOS EM QUE O NOTIFICADO RESIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE NOTIFICADORA

• TODAS AS UNIDADES NOTIFICADORAS DEVEM ARQUIVAR A VIA VERDE:



1.1. VIGILÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA - (N.O.)



FLUXO DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS DOS CASOS QUE O NOTIFICADO NÃO RESIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE NOTIFICADORA

Orientações para os casos em que a localização da residência da criança ou do adolescente que sofreu a violência, não seja na área de abrangência da unidade notificadora:

Caso residam em outro município: as vias branca e amarela deverão ser encaminhadas para Coordenação Regional de sua secretaria (Núcleo Regional da FAS, Núcleo Regional da Educação e Distrito Sanitário - Saúde), arquivando a terceira via (verde) na própria unidade. Caberá a cada Coordenação Regional qualificar conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”; vide- fluxo 1.1. (Vigilância da Violência), registrando na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente e na sequência encaminhar a via branca e amarela para o responsável no Distrito de Saúde. O profissional de referência da saúde para a Rede de Proteção, ao receber as vias branca e amarela, fará requalificação da ficha de notificação (conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba” – Anexo 01).

Na sequência, registrará as informações na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente, certificando-se que a informação está adequada, digitará no Sistema Nacional de Agravos de Notificação/ SINAN/MS. Após a digitação, as vias branca e amarela deverão ser encaminhadas para o Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, para análise, consistência e habilitação da informação para o município de residência e será arquivada a via amarela. A via branca é encaminhada para a Sede da FAS/Diretoria de Proteção Social Especial, que a direciona para o Conselho Tutelar do município de residência e uma cópia desta para o Juiz da Comarca, seguindo fluxos documentais da FAS.

Caso residam em outra regional: a unidade notificadora local envia as vias branca e amarela da N.O. para a Coordenação Regional de sua secretaria (Núcleo Regional da FAS, Núcleo Regional da Educação e Distrito Sanitário - Saúde), arquivando a terceira via (verde) na própria unidade. Caberá a cada Coordenação Regional qualificar a N.O. conforme “Instrutivo de Notificação/Curitiba”; vide fluxo 1.1. (Vigilância da Violência). Registra na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente e na sequência encaminhar a via branca e amarela para a Coordenação Regional de sua secretaria de referência da área de residência do notificado.

O representante da Rede de Proteção na Escola Estadual, **após preencher a N.O.** (Fluxograma 1), alimentará o “Formulário de Referência e Contrarreferência (ANEXO 05)” e encaminhará via e-mail ao Chefe de Setor da Educação Estadual do território de residência do notificado.

O Chefe de Setor da Educação Estadual, ao receber o formulário via e-mail, encaminhará com cópia para a Coordenação Regional da Rede de Proteção (FAS, SMS e SME) para que se identifique qual a Rede Local pertence o notificado.

O acompanhamento é de competência da Rede Local de residência. O Coordenador Regional responsável pela Rede Local de residência do notificado, acompanhará e apoiará o Coordenador Local nos registros em “Ficha de Acompanhamento Individual” e na sequência o Coordenador Regional irá alimentar o “Formulário de Referência e Contrarreferência” e retornará via e-mail para o Chefe do Setor

da Educação Estadual, que segue com as informações atualizadas e vice versa.

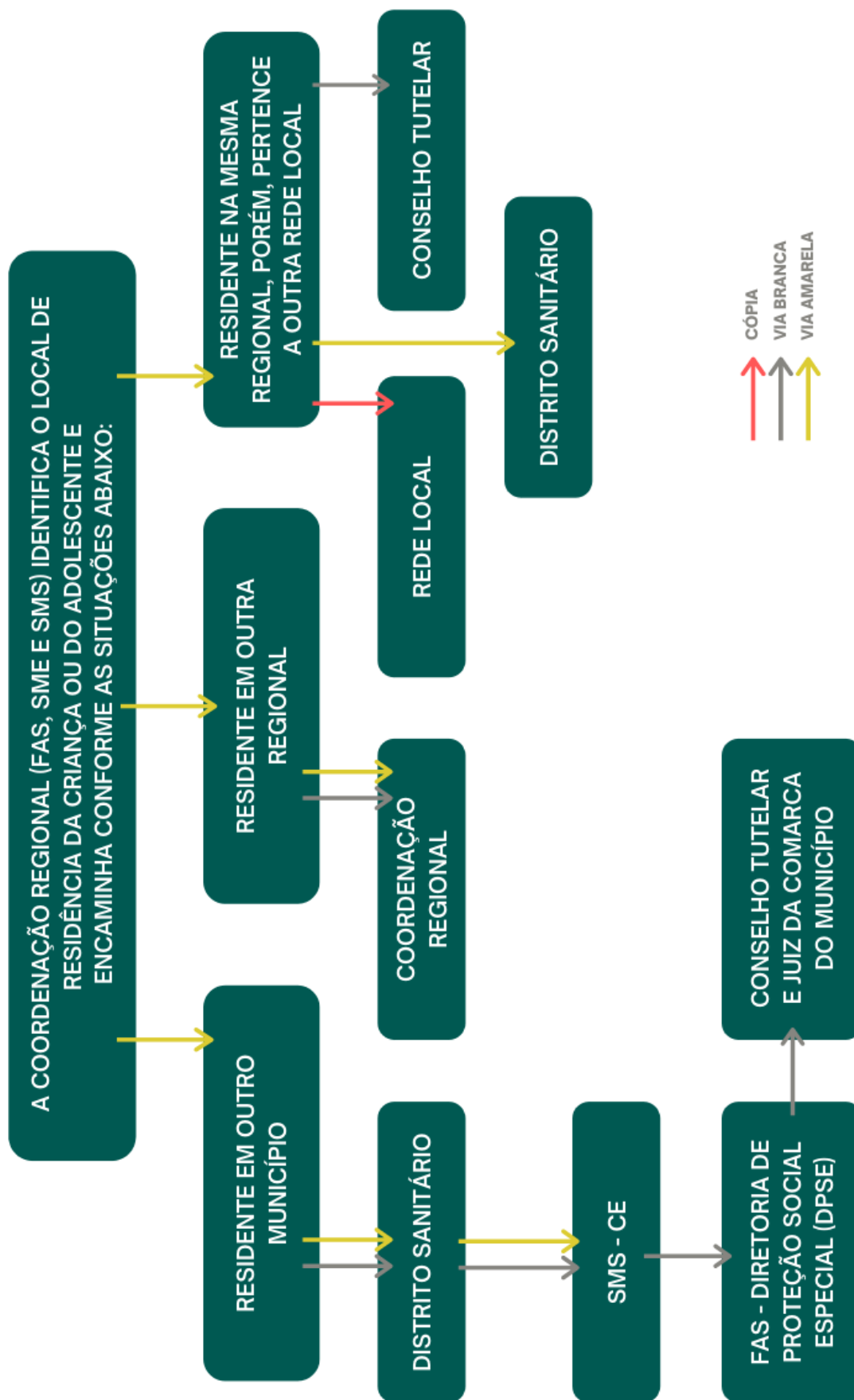
Estes registros devem ser organizados numa pasta específica da Rede de Proteção, sendo de responsabilidade de todos os envolvidos. Este fluxo e contra fluxo de informação é restrito aos moradores de Curitiba.

- ➔ Crianças ou adolescentes que estudam em unidade educacional municipal e/ou estadual em outra regional, devem ser acompanhados pela Coordenação Regional e Rede Local de residência.
- ➔ Crianças ou adolescentes que não residam no município de Curitiba, o notificador deverá entrar em contato com o município de residência para articular a linha de cuidado e de responsabilização.

Caso residam na mesma regional, porém é acompanhado por outra Rede Local: caso notificado por serviço da mesma área territorial, mas a criança ou o adolescente não mora naquele território de abrangência da Rede Local. Caberá a cada Coordenação Regional identificar tal situação, qualificar a N.O. conforme "Instrutivo de Notificação/Curitiba"; vide - fluxo 1.1. (Vigilância da Violência), registrar em sua Planilha Regional de Acompanhamento Permanente e na sequência encaminhará cópia para o Coordenador Regional responsável pela Rede Local de residência do notificado, na sequência encaminhará via branca ao Conselho Tutelar e via amarela ao profissional da saúde/distrital.

2. FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS DOS CASOS QUE O NOTIFICADO NÃO RESIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE NOTIFICADORA

- TODAS AS UNIDADES NOTIFICADORAS DEVEM ARQUIVAR A VIA VERDE:

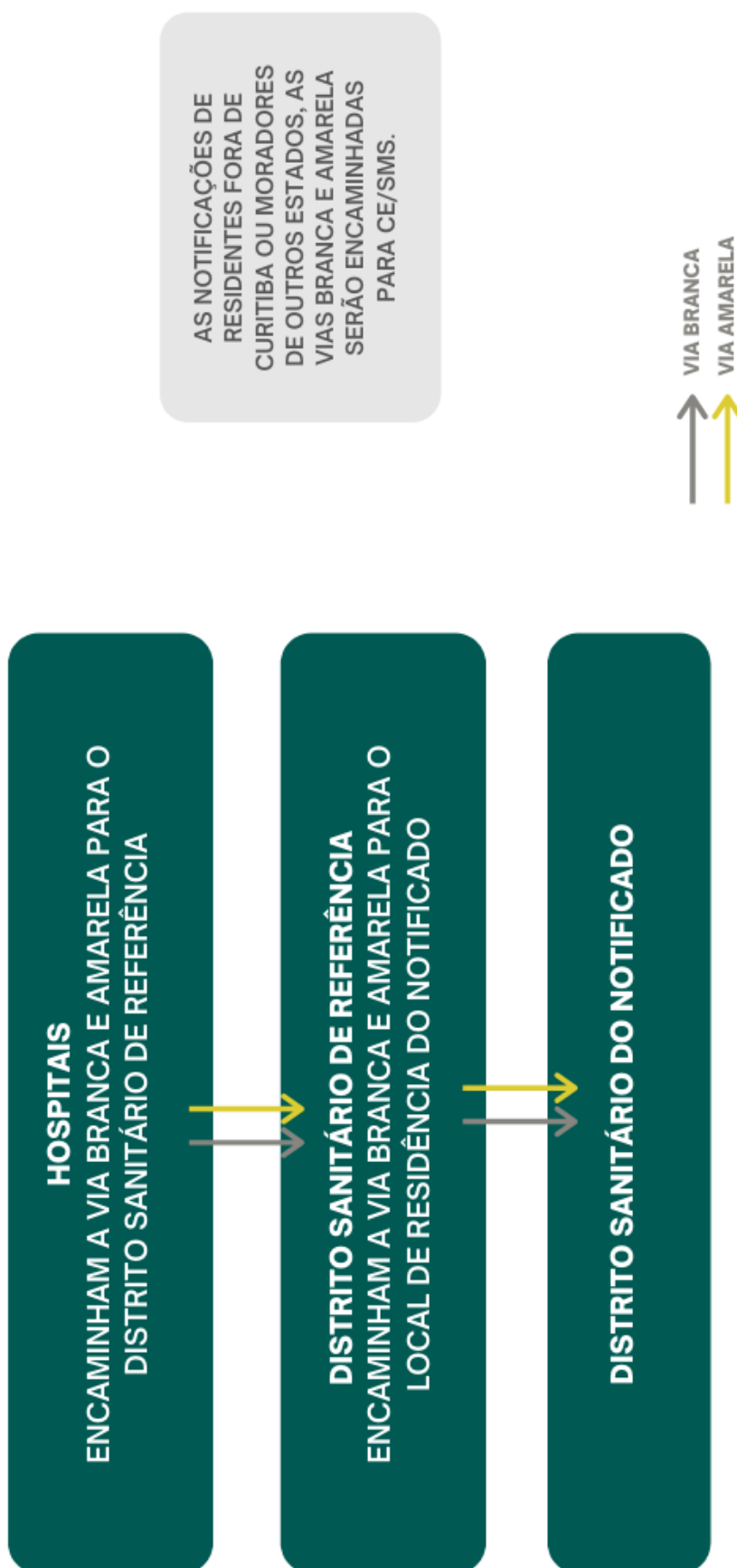


FLUXO DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS PREENCHIDAS PELOS HOSPITAIS QUE POSSUEM NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

O hospital encaminhará a via branca e amarela ao Distrito Sanitário de sua referência. O profissional responsável registrará na Planilha Regional de Acompanhamento Permanente a notificação, verificará o endereço do notificado e encaminhará ao Distrito Sanitário do território de residência as vias branca e amarela, se morador de Curitiba. Nos casos em que o notificado residir em município da região metropolitana ou outro município do estado, este encaminhará as vias branca e amarela para o CE/SMS para seguir fluxo de comunicação, já descrito no fluxograma 2. Quando o notificado residir em outro estado, as vias branca e amarela deverão seguir para o CE/SMS.

Este fluxo é referente aos hospitais que possuem Núcleo de Vigilância Epidemiológica e já realizam a digitação da informação no banco de dados/SINAN. São eles: Complexo Hospitalar de Clínicas, Hospital Universitário Cajuru, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Complexo Hospitalar do Trabalhador e Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns. Os demais hospitais seguem o fluxograma 1.

3. FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES OBRIGATORIAS PREENCHIDAS PELOS HOSPITAIS QUE POSSUEM NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.



9.1. FLUXOS COMPLEMENTARES

A realização de eventos e megaeventos em Curitiba mobiliza a Rede de Proteção a pensar em estratégias de prevenção e proteção às mais diversas violências, com destaque para abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, trabalho infantil e ato infracional, devido ao aumento do contingente de pessoas participando nestes eventos.

Para tanto, busca-se por meio de ações socioeducativas a sensibilização e mobilização da sociedade civil para o enfrentamento desta problemática, bem como a realização de abordagens sociais, com orientações e encaminhamentos necessários para o atendimento da criança/adolescente e sua família.

Os fluxos das situações acima descritas encontram-se no ANEXO 09 – Fluxos Complementares, neste documento.

9.2. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

A “Gestão do Caso” da criança ou adolescente notificado é realizada por diferentes profissionais da educação, assistência social e saúde. O profissional de referência do serviço que notificou, participante da Rede Local, é o responsável pelo acompanhamento. Portanto, este deve ter as informações atualizadas necessárias sobre a situação da criança, do adolescente e de sua família no que é de competência de sua área de atuação. De posse dessas informações, esse profissional irá reunir-se com os outros profissionais de referência, para que, na discussão do caso, complementem as informações, planejem e articulem as intervenções necessárias.

Após a emissão da N.O., os profissionais devem proporcionar o atendimento necessário para a criança ou o adolescente e sua família, acompanhando o caso até constatarem que se encontra estabilizado, que não ocorreram outros episódios de violência e que a família está correspondendo às orientações realizadas.

O acompanhamento deve ser constante por no mínimo um ano (doze meses a partir da N.O.). O que deve se dar por meio de visitas, reuniões, atendimentos e encaminhamentos. Este procedimento envolve todas as situações notificadas que ainda não estão estabilizadas, as reincidências e os casos migrados recentemente de outras regionais.

Após 12 meses, os casos devem ser reavaliados e quando possível, estabilizados. Caso ocorra uma nova situação de violência neste período de acompanhamento, o prazo de 12 meses será contado a partir da data da nova N.O..

O **monitoramento** da criança ou adolescente é feito para os casos considerados estabilizados, ou seja, o caso em que a família está correspondendo às orientações realizadas e que não há ocorrência de nenhuma outra situação de violência. Por exemplo: nos serviços de saúde - comparecer às consultas e atendimentos agendados ou de rotina, não reincidência de gestação na adolescência; nos serviços da educação - a frequência escolar, a aprendizagem tanto na escola como na educação infantil; e nos programas específicos da assistência social e seguir as orientações recomendadas. O acompanhamento e monitoramento são essenciais para a garantia da não-revitimização da criança ou do adolescente, proporcionando indicadores e avaliação das ações da Rede de Proteção.

As informações e todas as ações de acompanhamento devem estar registradas na Ficha de Acompanhamento Individual e nos registros institucionais. As informações de relevância, devem estar contidas também em prontuário eletrônico, atas, entre outros.

9.3. GESTÃO DO BANCO DE DADOS

A Gestão do Banco de Dados da Rede de Proteção está sob a responsabilidade do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, alimentado pela Ficha de Notificação Individual - Violência Interpessoal/Autoprovocada.

Cada formulário de notificação é analisado individualmente, portanto deverá ser preenchido de forma legível e completa, evitando deixar campos em branco. As informações estão inseridas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN/MS).

Após consistência da informação, a partir dos dados coletados, são organizados relatórios (quantitativo quadrimestral e semestral, e qualitativo anual) que permitem construir o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes em Curitiba. Subsidiarão assim, o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais para oferecer à vítima e ao provável autor da violência e suas famílias, os atendimentos necessários.



10 Postura Profissional: Ética e Sigilo

Segundo Adolfo Sanchez Vazquez (2003, p.23) a ética nos indica um tipo de comportamento propriamente humano que não é natural, mas é “adquirido ou conquistado por hábito”.

O **sigilo profissional** é referente a uma informação a ser protegida, que impõe uma relação entre privacidade e publicidade, onde o dever profissional se atém ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho. Guardar o anonimato do profissional e da unidade notificadora, bem como das informações sobre a criança, o adolescente e seus familiares é dever de todos os integrantes da Rede de Proteção.

O trabalho dos profissionais na Rede de Proteção, requer a emancipação no reconhecimento de sua capacidade de refletir e agir. A análise do sigilo profissional, a partir da ética, diante de algo complexo, não deve se limitar a um preceito legal e sim a proteção integral de crianças e adolescentes. As políticas públicas devem trocar informações entre si, a fim de articularem estratégias de ações, com um mesmo objetivo: reduzir o índice de vulnerabilidade e risco para violências. O sigilo deve existir, entre os envolvidos na discussão de casos garantindo a segurança entre as partes e o possível agressor.

Os profissionais instituídos na Rede de Proteção, têm “justa causa” para trocar informações sigilosas entre si, a fim de colaborar com a dignidade humana. Porém, é importante colocar em ressalva, o que rege a Legislação vigente.

Art. 154 do Código Penal - Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção de 3 meses a um ano ou multa.

A legislação brasileira regulamenta a matéria através de vários dispositivos:

Constituição Federal:

Art. 5.º

I - ninguém será obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

(...)

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Código Penal:

Art. 325 - Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação:

Pena - detenção de seis meses a dois anos, ou multa, se o fato não constitui crime mais grave.

(...)

§ 2.º Se da ação ou omissão resulta dano à Administração Pública ou a outrem: (Incluído pela Lei n.º 9.983, de 2000).

Pena - reclusão de 2(dois) a 6(seis) anos, e multa. (Incluído pela Lei n.º 9.983, de 2000).

Código de Processo Penal: Art. 207.

Código Civil: Art. 229.

Código de Processo Civil: Art. 347 - Art. 363 - Art. - 406.

Código de Ética Médica: Art. 11

Resolução CFM n.º 999 de 23 de maio de 1980

Código Penal: Art. 269

Lei das Contravenções Penais: Art. 66

Lei n.º 8.069, de 13/07/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente: Art. 13. - Art. 56 - Art. 245.

Lei n.º 1656, de 21/08/58 - Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba: Art. 207

Resolução CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) n.º 273/1993 de 13/03/93: Art. 15 - Art. 16 - Art. 17 - Art. 18.

Lei n.º 1656, de 21/08/58 - Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba: Art. 208:

Ao funcionário é proibido:

(...)

III - deixar de representar sobre ato ilegal que chegue a seu conhecimento em virtude de suas funções, sob pena de se tornar solidário ao infrator;

Lei n.º 11.831, de 29/06/06 - Estrutura e funcionamento dos Conselhos Tutelares no Município de Curitiba: Art.43.

“Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público” (BRASIL, 2017, Lei 13.431, art. 13).

Tais regramentos deverão ser de conhecimento e aplicação por todos os profissionais que atuem conjunta ou isoladamente com comunidades e famílias, em especial crianças e adolescentes, parcela da população que, conforme declara a própria Lei Maior, terão prioridade absoluta na defesa e promoção de seus direitos, observadas as exigências do bem comum.

11 Ações Preventivas à Violência Contra Crianças e Adolescentes

A prevenção é uma estratégia para combater as violências, pois contribui para a redução dos fatores de risco e o aumento da proteção. De acordo com HOUAISS, (2001, p. 2296) prevenção “é a ação ou resultado de prevenir, é dispor com antecipação, é preparar-se, é chegar antes que algo aconteça, é adiantar-se ou antecipar-se a algo. É impedir que se realize ou que algo aconteça”.

Prevenir significa potencializar todas as condições individuais, familiares e sociais que protegem crianças e adolescentes. Para ser eficaz, a prevenção deve acontecer em um contexto familiar, escolar, no âmbito da saúde e social em que todos os responsáveis sejam capazes de escutar esses sujeitos e de atender às suas necessidades nas diferentes etapas de seu desenvolvimento.

Para construir alternativas para a prevenção, o enfrentamento da violência e o estabelecimento de uma cultura de paz, é preciso o esforço individual e coletivo de pessoas para superar adversidades, criando um clima harmônico em seus relacionamentos e fortalecendo sentimentos de união, compaixão e solidariedade. Refletir sobre a prevenção das violências é muito complexo na medida em que envolve fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos.

A Rede de Proteção tem um papel fundamental na construção de uma política de prevenção contra a violência, sensibilizando e capacitando todos os atores envolvidos, pois as situações de violência não podem mais passar despercebidas. Somente uma ação conjunta, com profissionais de várias áreas poderá evitar que as violências sejam mantidas, em um ciclo vicioso, que passa de geração a geração.

Muitos fatores, individuais e sociais, tornam a pessoa mais vulnerável à violência. Para prevenir este comportamento é fundamental atuar no fortalecimento dos fatores de proteção, que contrabalançam os fatores de risco, podendo promover habilidades de enfrentamento e resolução de conflitos de uma forma pacífica. Ações preventivas exigem atuação em rede, promovendo atividades educativas e sociais, que orientem as crianças, os adolescentes, a família e a comunidade, minimizando as situações de risco para a violência ou as que contribuem para a reincidência das violações.

O objetivo das ações preventivas deve ser o empoderamento das famílias, a fim de que se tornem competentes e capazes, em vez de criarem a dependência de profissionais e de sistemas de ajuda. O empoderamento acontece quando os integrantes do sistema familiar são tratados com respeito, dignidade e confiança e quando são usadas técnicas de escuta empática e reflexiva como formas de compreender e apoiar as famílias. Intervenções efetivas são aquelas positivas e proativas, voltadas não só para a identificação de pontos de vulnerabilidade, mas também para os recursos disponíveis.

Uma das estratégias é capacitar os profissionais para tratar da temática da prevenção às violências. Para isso, é necessário inserir o tema “Violência contra crianças e adolescentes” nos programas e nos projetos de formação continuada. O segundo é realizar um trabalho preventivo com as próprias crian-

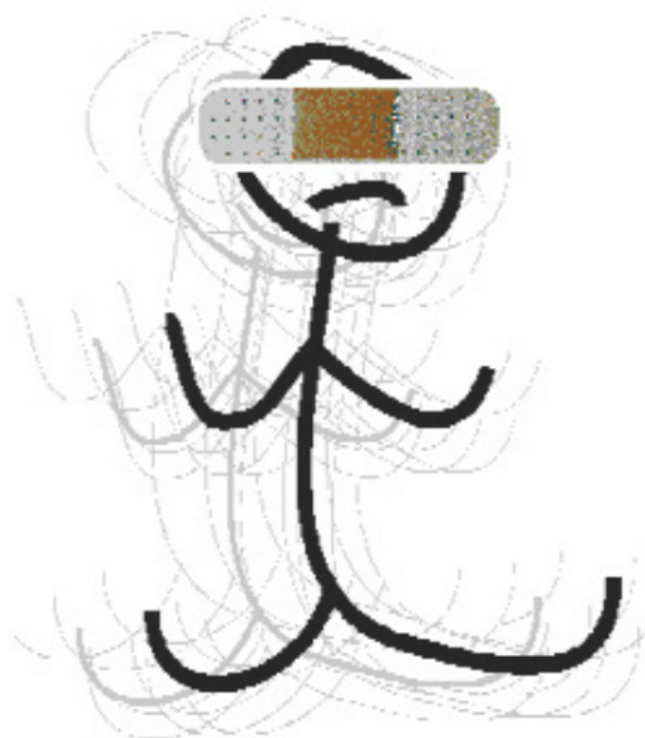
ças e adolescentes em diversos ambientes os quais eles estão inseridos. O terceiro é trabalhar a temática com a família/responsáveis, com a comunidade, incluindo as várias organizações que compõem a sociedade civil.

A Rede de Proteção tem como uma de suas atribuições, descritas no capítulo 06 deste documento, organizar processo de formação continuada que venha ao encontro da prática cotidiana no enfrentamento às violências. Para lidar com a violência é necessário ter uma abordagem multifocal, com acesso à informações de temas importantes configurando-se como estratégia de defesa à vida, ao respeito mútuo e à proteção ao direitos humanos. Mais do que dar acesso as informações é desenvolver atividades criativas, onde todos profissionais e cidadãos sejam responsáveis por ajudar grupos à reorganizar ideias sobre a diferentes formas de violência. Para afetivamente adequar sua sensibilidade e sua capacidade de escutar, realizar intervenções e os encaminhamentos necessários para cada caso.

O planejamento de ações preventivas deve também ser organizado com base no diagnóstico territorial, no número de Notificações Obrigatórias das diversas violências, prevendo ações de prevenção pontual.

É importante destacar que ao fortalecer vínculos de afeto e responsabilidade no contexto familiar e social, oportuniza-se a criança e ao adolescente ter subsídios suficientes específicos para que sejam capazes de reconhecer as situações ou comportamentos de risco.

A Prefeitura Municipal de Curitiba, por meio da Rede de Proteção, potencializa anualmente campanhas de prevenção às violências, para sensibilização da sociedade e dos profissionais que prestam atendimento à crianças, adolescentes e suas famílias.



12 Referências

AMARAL, C. G. C. **Família às Avessas: Gênero nas Relações Familiares de Adolescentes**. Fortaleza: UFC, 2001.

ANDION, C. **Os Desafios na Gestão de Redes para Produção do Interesse Geral**. Apresentado no Seminário Gestão e Estruturação em Rede. Curitiba, 2004.

ARAÚJO, M. F. **Violência e Abuso Sexual na Família**. Revista Brasileira de Estudos Psicológicos, Maringá, v. 07 n. 02, 2002.

ARIÈS, Phillippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; DESLANDES, S. F. et al. **Livro das Famílias: Conversando Sobre a Vida e Sobre Os Filhos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005.

ASSIS, S. **Encarando os Desafios da Vida**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CNPq, 2005.

ASSIS, S. **Resiliência: A Ênfase nos Fatores Positivos**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília, 2004. p. 257.

BACKES, D. da L. **Indicadores de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes para Uso na Prática de Enfermagem**. Porto Alegre, 1999. Disponível em: www.pericia-forense.com.br/indic.htm. Acesso: 25 jun. 2007.

BAPTISTA, M. V. **Planejamento Social: Intencionalidade e Instrumentação**. São Paulo: Veras, 2003. p.115.

BELO HORIZONTE. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Comissão de Políticas de Proteção Especial. **Violência Doméstica e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Belo Horizonte: CMDCA, 2000.

BLOCK et al. **Failure to Thrive as a Manifestation of Child Neglect**. Pediatrics, Estados Unidos da América, v.116 n. 5, 2005.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL (1940). **Código Penal Brasileiro**, Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.ºs 1/92 a 67/2010, pelo Decreto n.º 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.º 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subse-

cretaria de Edições Técnicas, 2011.

BRASIL (1990). Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL (2001). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/ GM no 737 de 16/05/01, publicada no DOU n.º 96 Secção 1. ed., de 18/05/01.

BRASIL (2002a). **Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: Um Passo a Mais na Cidadania em Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL (2002b). **Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço**. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

BRASIL (2003). **Projeto SB Brasil: Manual do Examinador**. Brasília, 2003.

BRASIL (2004a). Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

BRASIL (2004b). **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL (2005a). **Impacto da Violência na Saúde do Brasileiro**. Brasília, 2005.

BRASIL (2005b). **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, 2005.

BRASIL (2005c). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando à Violência contra A Mulher: Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as)**. Brasília, 2005.

BRASIL (2006). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social: Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília, 2006.

BRASIL (2007a). **Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV**. Brasília, 2007.

BRASIL (2007b). Presidência da República. **Subchefia para Assuntos Jurídicos** – Casa Civil. Lei n.º 10.764, de 12 de novembro de 2003. Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil. Acesso em: set., 2007.

BRASIL (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humani-

zação da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5ª reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e Famílias em Situação de Violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 92 p. : il.

BRASIL (2017). **Lei Federal nº 13.431**, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL (2018). **Decreto nº 9.603**, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União, Brasília, 2018.

CAMARGO, C. **Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes**. Salvador: Ultra Graph, 1998.

CAMBOIM, et al. **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência**. In: CARLEIAL, L. M. da F.; OPUSKA, P.R.; KANUFRE, R. A. M. (Orgs.). **Políticas e Ações Deliberativas em Curitiba - Diálogo - Confiança - Mediação**. Curitiba: Instituto Municipal de administração Pública, 2016. p.303-329.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAVALCANTI, A. L. **Revista APCD**, São Paulo, jul. ago. 2002.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1994.

CRESS. Conselho Regional de Serviço Social – 11.º Região. **Código de Ética Profissional do Assistente Social: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**. Edição especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Curitiba, 2003.

CURITIBA (2003a). Prefeitura Municipal. **Manual de Atendimento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. v. 1. 2003.

CURITIBA (2003b). **Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação Obrigatória**. v. 3. 2003.

CURITIBA (2003c). **Modelo Colaborativo: Experiências e Aprendizados do Desenvolvimento Comunitário em Curitiba**. GETS – Grupo de estudo do terceiro setor; United Way of Canadá. IMAP. 2. ed. Curitiba, 2003.

CURITIBA (2004). **Manual de Atenção à Mulher Vítima de Violência**. Curitiba, 2004.

CURITIBA (2006). **Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente**. Curitiba, 2006.

CURITIBA (2008a). **Protocolo da Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

CURITIBA (2008b). **Atenção à Mulher em Situação de Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

CURITIBA (2012). **Protocolo da Rede de Atenção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

CURITIBA (2020). **Perfil das notificações de violência interpessoal/autoprovoada no município de Curitiba em 2019**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2020.

CURY; GARRIDO; MAÇURA. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado**. 2. ed., Revista dos Tribunais, São Paulo, p. 17, 1999.

DALKA, C. A. F.; TEREZA, C. C. V. **O Fim do Silêncio na Violência Familiar: Teoria e Prática**. São Paulo: Ágora, 2002.

DALLARI, D. de A. A ética. **Transcrição de Palestra Proferida aos Funcionários da Abrinq em 2005**.

DESLANDES, S. F. **Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 177-187, 1994.

FERREIRA, A. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2. ed., ver. e aum. Rio de Janeiro:

Nova Fronteira, 1986. p. 1.373.

FERREIRA, A. L. **Acompanhamento de Crianças Vítimas de Violência: Desafios para o Pediatra.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, 2005.

FRANTZ, J. M. **Abuso Físico: Diagnósticos Diferenciais em Dermatopediatria.** Jornal Paranaense de Pediatria, Curitiba, v.1 n. 2, 2004.

FLEURY, S. **Redes de Políticas: Novos Desafios para a Gestão Pública.** Revista Administração em Diálogo, São Paulo, n. 7, p. 77-89, 2005.

GUARÁ, I. M. F. R. et. al. **Gestão Municipal dos Serviços de Atenção à Criança e ao Adolescente.** São Paulo: IEE/PUC SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

GOMES, M. A. **Filhos de Ninguém? Um estudo das Representações Sociais sobre Famílias de Adolescentes em Situação de Rua.** Fortaleza, 2003. Dissertação (Mestrado em 200?). Universidade Estadual do Ceará.

GOMES, R.; JUNGER, W. L.; JUNQUEIRA, M. F. P. S. et al. **A Abordagem dos Maus-Tratos contra a Criança e o Adolescente em uma Unidade Pública de Saúde: Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2002.

GROTBERG, E. **Caminhos da Prevenção da Violência Doméstica e Escolar: Construindo a Paz.** Adolescência latino-americana, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 6, 1998.

GUERRA, V. N. A. **Violência de Pais contra Filhos: Procuram-se Vítimas.** São Paulo: Cortez, 1985.

GUERRA, V. N. A; LEME, B. **Um Tema Controvertido: A Negligência.** In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e Violência Doméstica.** São Paulo: Telelaci - Telecurso / LACRI - USP, 1995. (Apostilas 97).

HAYECK, C. M. **Refletindo Sobre a Violência.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBH-CS, São Leopoldo, ano 1, n. 1, jul. 2009.

HIRSCHHEIMER, M. R. **Atendimento Inicial.** In: CAMPOS, J. (Org.) **Manual de Segurança da Criança e do Adolescente.** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, [200?].

HOFFMANN, C. de F. M.; BOURGUIGNON, J.; TOLEDO, S.; HOFFMANN, T. **Reflexões Sobre Rede de Atendimento à Criança e ao Adolescente.** Núcleo de estudos sobre a questão da criança e do adolescente. Ponta Grossa, PR: UEPG, 2000.

HOUAISS. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ILANUD. Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente. **Um Retrato Atual do Sistema de Garantia de Direitos**. 2005.

INOJOSA, R. M. **Redes de Compromisso Social**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 115-141, set./out. 1999.

JACOMINO, D. **Você é Um Profissional Ético?** São Paulo: Você S.A., 2000.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

JUNQUEIRA, L. A. P. **A Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.1, p. 25-36, jan./abr. 2004 .

KELLOG, N. et al. **The Evaluation of Sexual Abuse in Children**. Pediatrics, Estados Unidos da América, v.116 n. 2, 2005.

KOSHIMA, K. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Danos Secundários**. Campina Grande, PB, 2004. p.14. Disponível em: www.caminhos.ufms.br. Acesso em: agosto, 2007.

LAKS, J.; MAIA, D. **Diagnóstico de Pedofilia: Aspectos Médicos Forenses**. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. **A Violência Silenciosa do Incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2004. p. 105.

LAVORATTI, C. **Tecendo a Rede de Proteção: Desafios do Enfrentamento Intersetorial à Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes no Município de Curitiba**. Tese de Doutorado (Sociologia). UFPR, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. **As Estruturas Elementares do Parentesco**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

LYNCH, M. **Child Abuse and Neglect**. In: LIPPI, J. (Org.). **Psiquiatria Infantil: Estudo Multidisciplinar**. Belo Horizonte: Abenepi, 1987. p. 163-172.

MALMEGRIN, Maria L. **Redes Públicas de Cooperação Local**. Florianópolis: UFSC/CAPES:UAB, 2010.

MILANI, F. **Adolescentes: de Vítimas da Violência a Protagonistas da Paz**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Faz Mal à Saúde**. Brasília, 2004. p. 267.

MINAYO, M. C. S. **O Significado Social para a Saúde da Violência contra Crianças e Adolescentes**. In: WESTPHAL, N. S. (Org.) **Violência e Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Violência um Problema para a Saúde dos Brasileiros**. In: BRASIL. Ministério da

Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**, Brasília, 2005. p. 9-42.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Educação: Impactos e Tendências**. Revista Pedagógica, Chapecó, v.15, n.31, p. 249-264, jul./dez. 2013.

NEEDLEMAN, H. L. A. **A Criança Maltratada e Abandonada**. In: MCDONALD, R. E; AVERY, D. R. **Odonopediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991. p.16-23.

NETO, Wanderlino Nogueira. **Garantia de Direitos, Controle Social e Políticas de Atendimento Integral da Criança e do Adolescente**. In: **A Escuta de Crianças e Adolescentes Envolvidos em Situação de Violência e a Rede de Proteção**. Brasília: CFP/CRP, 2010, p.38-57.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2002) **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Brasília. OMS/ OPAS, 2002.

PAIXÃO, A. S. **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente**. Transcrição de palestra para a escola Superior da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, 2002.

PARANÁ (2003). Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná. **Violência contra Criança e o Adolescente: Subsídios Técnicos para Interpretação dos Conceitos**. 2003.

PAULA, P. A. G. Direito da criança e do adolescente e tutela jurisdicional diferenciada. **Revista dos Tribunais**, 3. ed. São Paulo, p. 23, 2002.

RICHTER, H. E. **A Família como Paciente**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ROCHA, T. **Da Violência à Denúncia: A Violência Sexual e os Recursos Médico-Assistenciais**. In: PIZÁ, G.; BARBOSA, G. **A Violência Silenciosa do Incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2004. p. 92.

SANCHEZ VAZQUEZ, Adolfo. **Objeto da Ética**. In: Adolfo Sanchez Vazquez. **Ética**. Rio de Janeiro: Civ. Brasileira, 2003.

SANTA CATARINA (2016). Estado de. **Oficina de Formação para Apoiadores da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Florianópolis (SC) 09 a 12 de agosto de 2016.

SCHNEIDER, V. **Redes de Políticas Públicas e a Condução de Sociedades Complexas**. Tradução de Hermílio Santos. Civitas, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 29-58, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. (SEDS, 2018). **Responsabilidade Compartilhada: Caderno Orientativo para o Trabalho Intersectorial no Enfrentamento**

das Violências contra Crianças e Adolescentes. Coordenação da Política da Criança e do Adolescente: Curitiba, 2018.

SILVA, H. O.; SILVA, J. S. **Análise da Violência contra a Criança e o Adolescente Segundo o Ciclo de Vida no Brasil.** São Paulo: Global; Brasília: Unicef, 2005.

SOUZA, A. I. J, et al. **Construindo Movimentos para o Fortalecimento da Família.** Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, Sistema Eletrônico de Revista, Curitiba, UFPR, v. 8, p.265-272, 2006.

SOUZA, E. R. **Impactos da Violência na Saúde.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA e SILVA, J. **Violência Comunitária.** In: **Relatório Sobre Violência contra Criança e Adolescente.** UNICEF, 2005.

SPOSATO, K. B. **O Direito Penal Juvenil no Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo: USP. Originalmente apresentado como tese de dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2003. p. 34.

TOLEDO, Luciano Medeiros de, SABROZA, Paulo Chagas Telles (Organizadores) **VIOLÊNCIA: Orientações para Profissionais de Atenção Básica de Saúde,** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

UNICEF; CLAVES. **Famílias: Parceiras ou Usuárias Eventuais?** Brasília, 2004.

UNICEF. **Direitos Negados: A Violência contra a Criança e o Adolescente no Brasil.** Brasília: Athalaia, 2005.

WASELFISZ, J. **Mapa da Violência contra Os Jovens do Brasil.** Rio de Janeiro: Garamond, 1998. p. 09.

WALDEMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública.** v. 7. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

WINNICOT, D. W. **A Família e o Desenvolvimento Individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WOLLMANN et all. **A Proteção em Rede: Possibilidades de Intervenções no Contexto da Violência.** Revista Instituto Municipal de Administração Pública. Curitiba, 2018.

13 Anexos

ANEXO 01 - INSTRUTIVO DE NOTIFICAÇÃO

INSTRUTIVO

**PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADA**

SINAN

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

Considera-se como **violência, para fins de notificação**, “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). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

A OMS estabelece uma tipologia de **três grandes grupos** segundo quem **comete o ato violento**: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

■ **Violência Autoprovocada / Auto Infligida**

A violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio.

■ **Violência Doméstica / Intrafamiliar**

Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (Minayo, 2005). É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro pessoa da família.

Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (Brasil, 2002).

■ **Violência Extrafamiliar / Comunitária**

A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público e poder Judiciário. Além disso, a OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/ abandono; trabalho infantil; intervenção legal.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

A elaboração deste instrutivo responde ao desafio de uniformizar os conceitos, facilitar o entendimento dos campos e respectivas categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados. A estrutura dos itens desse instrutivo acompanha a sequência em que aparecem os blocos e campos presentes na ficha de coleta.

ATENÇÃO: Se um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual.

IDENTIFICAÇÃO DE CASO DE VIOLÊNCIA NOTIFICÁVEL

A definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar / comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Sendo assim, a notificação de violência é compulsória para:

- **Violência contra criança:** ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência;

- **Violência contra adolescente:** ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência;

A faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes é a faixa definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos. No caso de violência contra crianças e adolescentes é obrigatório a comunicação do caso ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

- **Violência contra a mulher:** mulheres de todas as idades, independentemente do tipo ou natureza da violência, de acordo com a Lei nº 10.778/2003;

- **Violência contra a pessoa idosa:** pessoas com 60 anos de idade ou mais e de ambos os sexos, independentemente do tipo ou natureza da violência;

- **Violência contra indígenas:** ambos os sexos e em todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência. Populações indígenas encontram-se em situação de vulnerabilidade em função das mudanças culturais e relacionais provindas do contato com a sociedade envolvente e da assimetria nas relações de poder entre indígenas e não indígenas. Deve-se levar em consideração as perspectivas indígenas sobre esses eventos. (A Convenção nº 169/1996 da OIT

traz orientações quanto às especificidades dos povos indígenas e a proteção de seus direitos). Os casos de violência praticados contra indígenas devem ser comunicados à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

■ **Violência contra pessoas com deficiência:** ambos os sexos e em todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência, em função da marcante assimetria nas relações de poder entre as pessoas com e sem deficiência.

■ **Violência contra população LGBT:** ambos os sexos e em todas as idades, em função da vulnerabilidade deste grupo social às violências, e de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria nº 2.836 de 01/12/2011).

Resumindo, a notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória nos casos cujas vítimas são crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes incluiu também os(as) indígenas, as pessoas com deficiência e a população LGBT, considerando a maior vulnerabilidade desses grupos.

Atenção! Esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e através do componente do VIVA Sentinela (inquérito).

A figura a seguir, resume de forma esquemática os casos de notificação.

Objeto de Notificação

Casos suspeitos ou confirmados.

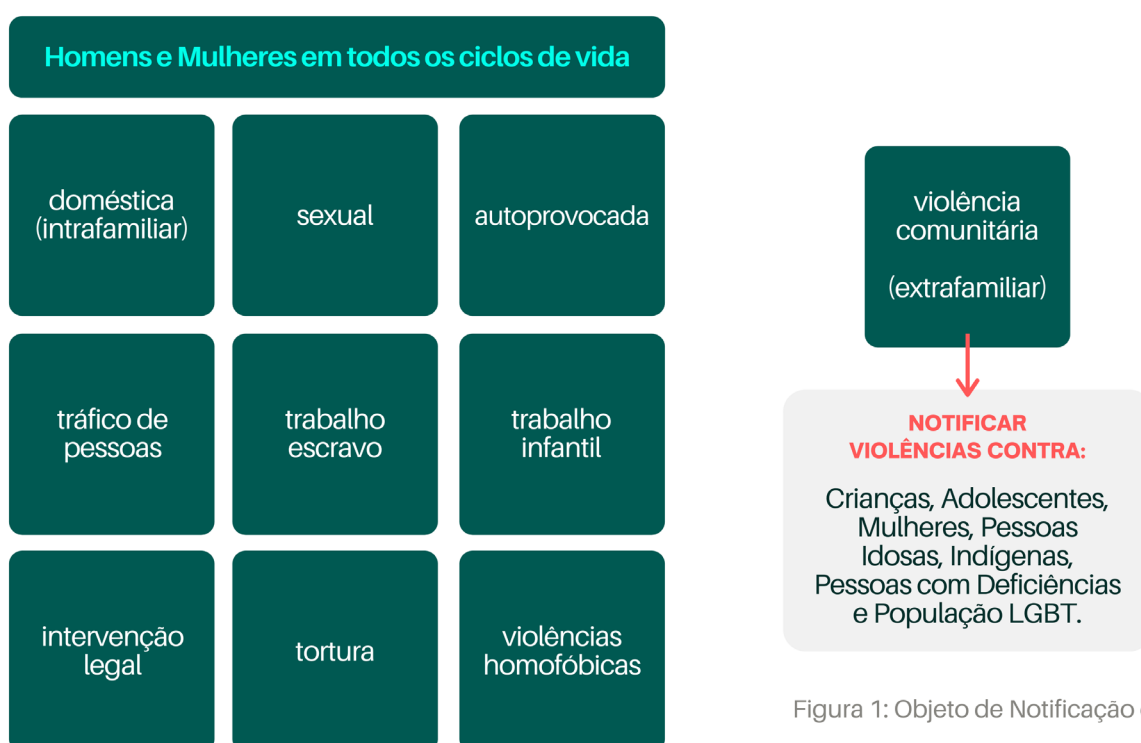


Figura 1: Objeto de Notificação do VIVA / SINAN.

DADOS GERAIS:

Nº da ficha: não preencher.

3. Data da Notificação: Campo obrigatório. Preencher os campos destinados ao dia, mês e ano da notificação (atendimento).

A. Hora do Atendimento: Campo obrigatório, preencher com a hora do atendimento, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).

4. UF: Campo obrigatório, já está preenchido com a sigla da Unidade Federativa (PR).

5. Município de Notificação: Campo obrigatório. Já está preenchido com o nome do município de notificação (Curitiba).

6. Unidade Notificadora (UN): Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código da unidade notificadora, dentre as seguintes opções:

1. **Unidade de Saúde**
2. **Unidade de Assistência Social**
3. **Estabelecimento de Ensino**
4. **Conselho Tutelar**
5. **Unidade de Saúde Indígena**
6. **Centro Especializado de Atendimento à Mulher**
7. **Outros**

7. Nome e Código da UN: Campo obrigatório. Anotar o código numérico da Unidade Notificadora, de acordo com a numeração já estabelecida pela Coordenação Municipal, sempre com 7 (sete) dígitos.

8. Unidade de Saúde: não preencher.

Código do CNES: Campo obrigatório. Preencher o número do CNES da Unidade de Saúde. Caso o serviço notificador não seja da saúde, preencher com o número do CNES da Unidade de Saúde mais próxima de seu equipamento. É responsabilidade do DS, o preenchimento do número do CNES, com exceção dos hospitais, que utilizarão seu número de CNES.

9. Data da Ocorrência da Violência: Campo obrigatório. Preencher com a data da ocorrência da violência. Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com a data da última ocorrência. Caso não consiga precisar a data da ocorrência da violência, informar uma data aproximada.

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL:

A notificação é individual, se houver mais de uma pessoa envolvida, utilizar uma ficha para cada uma.

10. Nome: Campo obrigatório. Preencher com o nome completo, preferencialmente conforme registrado no documento de identificação, sem abreviaturas.

Atenção! Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual registrar o “nome social” no **campo 33**.

11. Data de Nascimento: Campo obrigatório. Preencher com a data de nascimento, de forma completa dia/mês/ano.

12. Idade: Campo obrigatório. Registrar a idade que a pessoa atendida/vítima tinha na ocasião da ocorrência da violência. Especificar, no quadrículo, o código referente: se a idade for em horas preencher com “1”; se a idade for em dias preencher com “2”; se for em meses preencher com “3”, se a idade

for em anos preencher com "4".

Exemplos:

Criança com 18 horas de vida = preencher 18 [1]

Criança com 20 dias de vida = preencher 20 [2]

Criança com 7 meses = preencher 07 [3]

Adulto(a) com 26 anos = preencher 26 [4]

Atenção! Se não for possível obter a informação da idade da pessoa atendida/vítima, preencher os campos com a idade aparente. Quando este for o caso, anotar no campo Observações Complementares: "idade estimada".

13. Sexo: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo conforme código. (M - Masculino, F - Feminino e I - Ignorado). Atenção: Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual, e se houve mudança de sexo registrar no campo 37.

14. Gestante: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código correspondente se a pessoa atendida estiver gestante, conforme a idade gestacional, por trimestre.

Atenção:

- Quando a pessoa atendida for do sexo feminino e não estiver gestante, preencher o quadrículo com o código 5 - Não.

- Se a pessoa atendida for do sexo masculino ou com idade incompatível com gravidez, preencher com o código 6 - Não se aplica.

- Se não dispuser de informações sobre esta variável preencher com o código 9 - Ignorado.

15. Raça / Cor: Preencher o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia, declarada pela pessoa adulta atendida/vítima (IBGE).

Nos casos de atendimento à criança ou pessoas com deficiência, considerar a informação da família, responsável ou acompanhante.

1. **Branca:** Pele branca, cabelos lisos e/ou ondulados, de louro a negro, nariz estreito e proeminente, lábios finos ou de espessura mediana;

2. **Preta:** Pele castanho-escuro ou negra, olhos escuros, cabelos encarapinhados ou anelados e geralmente escuros, nariz largo e/ou achatado;

3. **Amarela:** Pele branco-amarela, olhos oblíquos e/ou repuxados, cabelos negros e lisos;

4. **Parda:** Pele de coloração entre branca e negra, traços evidenciando miscigenação, impossibilitando a inclusão do indivíduo nas categorias branco, negro ou amarelo. Inclui-se nessa categoria o mulato (negro com branco), o mameluco ou o caboclo (índio com branco), o cafuzo (negro com índio), ou o mestiço de negro com pessoa de outra cor ou raça;

5. **Indígena:** Origem indígena ou índia;

9. **Ignorado:** Quando a pessoa se encontrar inconsciente ou se a pessoa não souber informar.

16. **Escolaridade:** Preencher conforme código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima. A classificação é obtida em função da série/grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. Diante das modificações na nomenclatura dos níveis de ensino adotados no Brasil, sugere-se consultar o Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino.

0. Analfabeto: Pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a seis anos, que não frequentou a escola (não sabe ler ou escrever o próprio nome);

- 1. 1ª a 4ª série incompleta:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola, porém não concluiu a 4ª série (três anos de estudo concluídos);
- 2. 4ª série completa:** Pessoa conclui com aprovação a 4ª série (quatro anos de estudo concluídos);
- 3. 5ª a 8ª série incompleta:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola sem ter concluído a 8ª série (de cinco a sete anos de estudo concluídos);
- 4. Ensino fundamental completo:** Pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação a última série do EF, (oito anos de estudos concluídos);
- 5. Ensino médio incompleto:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola sem ter concluído a última série do ensino médio (de oito a onze anos de estudo concluídos);
- 6. Ensino médio completo:** Pessoa que frequentou a escola até ter concluído a última série do ensino médio com aprovação (doze anos de estudo concluídos);
- 7. Educação superior incompleta:** Pessoa frequentando ou que frequentou a universidade sem ter concluído o 3º grau;
- 8. Educação superior completa:** Pessoa que frequentou a universidade até concluir, com aprovação o 3º grau;
- 9. Ignorado:** A pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente);
- 10. Não se aplica:** Pessoa com idade igual ou inferior a cinco anos e pessoa com comprometimento mental severo (ex.: paralisia cerebral moderada ou grave).

Atenção! A idade igual ou superior cinco anos se tornou obrigatória em 2016, com a entrada em vigor da Emenda Constitucional n.º 59/09.

17. Número do Cartão US: Não preencher.

18. Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe da pessoa atendida/vítima de acordo com o registrado no documento de identificação (não abreviar o nome). Caso não tenha o documento, anotar o nome informado.

B. Nome do Pai: Preencher com nome completo do pai, sem abreviaturas.

DADOS DE RESIDÊNCIA:

19. UF: Campo obrigatório. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da pessoa atendida/vítima.

Atenção! Se a pessoa atendida/vítima for pessoa em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Socioassistencial do território conforme preconiza o Cadúnico, ou quando não for possível adotar endereço do local de maior permanência da pessoa atendida/vítima e registrar que se trata de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações.

20. Município de Residência: Campo obrigatório. Anotar o nome do município da residência da pessoa atendida/vítima.

21. Distrito / Regional: Preencher o nome do Distrito / Regional de residência da pessoa atendida / vítima. (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local).

22 a 25: Preencher os dados da residência conforme o solicitado.

Atenção:

No campo **23. Logradouro** anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se a pessoa/vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome dos mesmos.

No campo **25. Complemento** anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

C. Vila: Anotar o nome da vila da residência da pessoa atendida/vítima.

26 e 27. Geo.: Não devem ser preenchidos.

28. Ponto de Referência: Preencher com o ponto de referência para localização da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: perto da padaria do João, Garimpo tal, Km 6, Córrego tal, Lagoa tal, etc.). (Informação importante para o acompanhamento da vítima/família).

29 a 30. CEP e FONE: Preencher com os dados solicitados.

31. Zona: Preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de ocorrência do evento.

1. Urbana: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e "cidades satélites", com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer;

2. Rural: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agro produção (ex. fazenda, "roça", chácara, sítio, assentamentos do INCRA, aldeias, etc.);

3. Periurbana: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos se assemelham com as rurais, não se distinguindo por vezes o campo e a cidade;

9. Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).

32. País: Preencher o nome do país de residência, quando a pessoa atendida/vítima residir em outro país. Neste caso o campo é obrigatório.

DADOS DA PESSOA ATENDIDA:

33. Nome Social: Anotar o nome social da pessoa atendida/vítima quando informado. Nome social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados (as) por sua comunidade e em seu meio social.

Atenção! O uso do nome social em prontuários e atendimentos é uma das estratégias de humanização preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009; é também um direito dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde (conforme Portaria MS/GM Nº 1.820, de 13/08/2009, Art. 4, I). Não considerar e respeitar o nome social de travestis ou transexuais constitui uma forma de violência institucional contra essas pessoas.

Atenção! Para o preenchimento deste campo, os estabelecimentos escolares podem orientar-se pelo parecer 02/2014 do Ministério Público do Paraná referente ao Procedimento Administrativo MPPR 0046.13.01971-4 de 02 de junho de 2014.

Esse campo é preenchido somente na ficha de notificação individual. A informação não é di-

gitada no sistema. Caso seja necessário, sugere-se a digitação dessa informação no campo observações.

34. Ocupação: Anotar a ocupação, função desenvolvida pelo(a) trabalhador(a) de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e não a profissão. A ocupação se refere à atividade que é exercida. Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de crianças/adolescentes menores de 16 anos, deve-se escrever “não se aplica”, salvo a partir de 14 anos, se na condição aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com esta informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.

35. Situação Conjugal / Estado Civil: Preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência.

Atenção: Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de 0 a 9 anos), preencher com a opção “8. Não se aplica”.

36. Orientação Sexual: Preencher o quadrículo com o código correspondente à orientação sexual declarada pela pessoa atendida.

1. **Heterossexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
2. **Homossexual** (gays/lésbicas): pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
3. **Bissexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.
8. **Não se aplica:** para crianças de 0 a 9 anos.
9. **Ignorado:** quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.

Obs.: As questões 36 e 37 exigem um cuidado especial quando a vítima é uma criança ou adolescente, pois nessa fase eles (as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e identidade de gênero, nesse sentido não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se vítima maior ou igual a 10 anos.**

Atenção! Não é raro o sentimento de inibição ou constrangimento ao se tentar preencher este quesito. Como recurso para superar essa dificuldade, recomenda-se introduzir esta pergunta com um breve esclarecimento sobre a relevância que, para as políticas de saúde pública, tem o conhecimento baseado em pesquisa (e não em preconceitos) sobre as práticas sexuais da população brasileira e perguntar se a pessoa deseja informar a sua orientação sexual. Sugestão de abordagem: reconhecendo que a orientação sexual diz respeito à atração afetivo sexual que a pessoa sente em relação a outra pessoa. No seu caso, qual a sua orientação sexual?

37. Identidade de Gênero: Campo de preenchimento obrigatório se vítima maior ou igual a 10 anos.

Preencher o quadrículo com o código correspondente à identidade de gênero declarada pela pessoa atendida. A identidade de gênero se refere ao gênero (masculino e feminino) com o qual a pessoa se identifica. O conceito de gênero remete aos significados sociais,

culturais e históricos associados aos sexos feminino e masculino.

1. **Travesti**: pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino através de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo;

2. **Mulher transexual (de homem para mulher)**: pessoa que nasceu com sexo masculino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo;

3. **Homem transexual (de mulher para homem)**: pessoa que nasceu com sexo feminino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo. São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e histerectomia (retirada do útero).

8. **Não se aplica**: preencher quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico (campo 13). Exemplo: Sexo biológico feminino e identidade de gênero feminina (mulher), ou seja a pessoa apresenta a identidade de gênero igual ao sexo biológico.

9. **Ignorado**: quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero.

Atenção! A identidade de gênero não deve ser confundida com orientação sexual. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada à como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.

38. Possui algum tipo de deficiência, transtorno: Preencher se a pessoa atendida/vítima tem algum tipo de deficiência/transtorno mental ou comportamental de acordo com os seguintes códigos: 1. Sim, 2. Não, 9. Ignorado (quando não for possível obter tal informação).

Atenção! Caso se assinale o código “2. Não” ou “9. Ignorado”, todos os quadrículos do item 39 deverão ser preenchidos com “8. Não se aplica”.

39. Se sim, qual o tipo de deficiência, transtorno: Caso o item 38 seja preenchido com 1. Sim, preencher o(s) quadrículo(s) relativo(s) ao(s) tipo(s) de deficiência(s)/transtorno(s) mental(is) ou comportamental(ais) que a pessoa atendida/vítima apresenta, com o código correspondente: 1. Sim, 2. Não, 8. Não se aplica, 9. Ignorado. Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de deficiência/transtorno. Todos os quadrículos devem ser preenchidos. Observar as seguintes definições:

Atenção! Para registrar esse dado é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.

■ **Deficiência física**: alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob uma das seguintes formas: paraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores); paraparesia (perda parcial de funções motoras dos membros inferiores); monoplegia (perda total da função motora de um só membro seja inferior ou superior); monoparesia (perda parcial da função motora de um só membro inferior ou superior); tetra-

plegia (perda total das funções motoras dos quatro membros); tetraparesia (perda parcial das funções motoras dos quatro membros); triplegia (perda total das funções motoras de três membros), triparesia (perda parcial das funções motoras de três membros); hemiplegia (perda total das funções motoras de um dos lados do corpo); hemiparesia (perda parcial das funções motoras de um lado do corpo); nanismo (deficiência acentuada no crescimento); amputação (remoção de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente); paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva (lesão em uma ou mais partes do cérebro, tendo como consequência alterações psicomotoras, cognitivas e de comunicação, podendo ou não causar deficiência intelectual); membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformações estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

■ **Deficiência intelectual:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, autocuidado em saúde e segurança, habilidades acadêmicas, de lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade. Também conhecida como deficiência cognitiva.

■ **Deficiência visual:** caracteriza-se por perda de visão incorrigível. Isto significa que, mesmo usando óculos ou lente de contato, o indivíduo não tem a visão corrigida e, ainda assim, é incapaz de, por exemplo, reconhecer alguém que passe por ele na rua ou ler um jornal. Compreende a cegueira e a baixa visão. Pessoa cega: é aquela que possui perda total ou visão residual mínima nos dois olhos (não tem nenhuma espécie de visão ou unicamente percebe luz sem projeção de imagem), necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita e/ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino-aprendizagem. Pessoa com baixa visão: é aquela que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato ou implantes de lentes intraoculares, não consegue ter uma visão nítida. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade.

■ **Deficiência auditiva:** perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, (aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz). A perda auditiva pode ser leve, moderada, severa ou profunda. Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores serão os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral e também das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, uma vez que, o principal sinal de deficiência auditiva são alterações de linguagem. Compreende a perda de audição ou diminuição na capacidade de escutar os sons, mesmo com o aumento da intensidade da fonte sonora.

■ **Transtorno mental:** Compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas. A informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.

■ **Transtorno de comportamento:** Compreende, entre outros, os distúrbios emocionais

(como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.). A informação correspondente deve ser dada pelo (a) responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.

■ **Outras:** qualquer outro tipo de deficiência, síndrome ou transtorno que não as contempladas nas categorias acima: **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICÁ-LAS** (Ex.: Síndrome de Wilson, Síndrome de Down, Síndrome de West, osteogênese imperfeita e outras).

Atenção! A dependência “crônica” de álcool e outras drogas é considerada nesses casos como transtorno mental decorrente do uso de substância psicoativa.

DADOS DA PESSOA ATENDIDA:

40 a 46. Endereço da ocorrência: Preencher dados da ocorrência conforme o solicitado.

Atenção:

- Campos **40 a 41** são obrigatórios.
- No campo **44.** Logradouro anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se a pessoa/vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome dos mesmos.
- No campo **46. Complemento** anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

D. Vila: Anotar o nome da vila da residência da pessoa atendida/vítima.

47 e 48. Geo.: Não devem ser preenchidos.

49. Ponto de Referência: Anotar o ponto de referência do endereço da ocorrência.

50. Zona: Preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de ocorrência do evento (ver orientação do campo 31) .

51. Hora da Ocorrência: Preencher com a hora aproximada da ocorrência, declarada ou provável, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).

52. Local de Ocorrência: Campo obrigatório, preencher os quadrículos com o código correspondente ao local de ocorrência, segundo a relação abaixo:

01. Residência: lugar utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima. Inclui a própria residência da pessoa atendida/vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor(a) da agressão(a) etc. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer);

02. Habitação coletiva: inclui acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para idosos, casa de repouso, casa de estudantes (“república”), caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), instituição de acolhimento (abrigo), penitenciária, hospitais colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue;

03. Escola: inclui campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim da infância), e outros espaços de educação;

04. Local de prática esportiva: inclui campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos;

05. Bar ou similar: inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, outros;

06. Via pública: inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros;

07. Comércio/serviços: inclui aeroporto, armazém, banco, boutique, shopping center, edifício de escritórios, estação ferroviária/rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde (hospital);

08. Indústrias/construção: inclui central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás, etc.;

09. Outro: qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beira-mar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pague, chácaras, matagal, praia, parque de diversões inclusive os públicos e outros locais.

É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.

99. Ignorado: quando o local de ocorrência não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.

53. Ocorreu outras vezes? Este campo deve ser preenchido considerando-se a história da pessoa atendida/vítima. O profissional que está notificando deve procurar obter neste momento o maior número de informações relevantes da história anterior e atual da violência, identificando se o fato observado foi o primeiro e único ou se já ocorreu anteriormente. Preencher o quadrículo com o código correspondente: 1- Sim 2- Não e 9 - Ignorado.

54. A lesão foi autoprovocada? Preencher o quadrículo com o código correspondente, se a lesão foi autoprovocada. Ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio.

Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.

Quando esta variável for preenchida com “1-Sim”, preencher o campo 56 com “1- Sim” no quadrículo “Outros” e especificar se autoagressão ou tentativa de suicídio. Preencher o campo 57 com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA:

55. Essa violência foi motivada por: Campo obrigatório. Preencher os quadrículos com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação abaixo. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência.

01- Sexismo: é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas, e reforçadas culturalmente — cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contra as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer através de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública, etc.

02- Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia: é a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou identidade de gênero presumida da vítima podendo a mesma ser membro da população LGBT ou não.

A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação sexual diferente da heterossexual, e que se relacionam homoafetivamente com outras mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Dentre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho e outras.

03- Racismo: a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizar-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei nº 12.288/2010. No Brasil o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra a população negra, indígena e quilombola.

04- Intolerância religiosa: é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.

05- Xenofobia: a xenofobia é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se através da humilhação, constrangimento, agressão física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as), contudo não está

estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são consideradas crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país - provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades - deve ser registrada nessa categoria.

06- Conflito geracional: é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.

07- Situação de rua: considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).

08- Deficiência: quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.

09- Outros: qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias acima. Especificar a motivação.

88- Não se aplica: permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas evitar utilizar esse campo.

99- Ignorado: quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.

56. Tipo de Violência: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) do tipo de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência.

Entretanto, para fins de registro no SINAN deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência.

Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registrar esta informação no campo observações adicionais.

Preencher conforme a conceituação:

- **Violência Física:** (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

Atenção! Nos casos declarados como “bala perdida”, anotar essa informação em “INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES”.

- **Violência Psicológica / Moral:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência

moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.

1- **Injúria:** ofender, mesmo que não seja na frente de outras pessoas; atribuir qualidade negativa que ofenda a dignidade ou decoro (verbal, por escrito ou fisicamente);

2- **Difamação:** Falar contra a honra, a reputação, na presença de uma ou mais pessoas (desacreditar, sem acusar de crime);

3- **Calúnia:** acusar alguém de um crime que não cometeu (tem que provar);

4- **Tortura:** é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de:

- Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa;
- Provocar ação ou omissão de natureza criminosa;
- Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997).

Atenção! Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

■ **Violência Sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

■ **Tráfico de Seres Humanos:** inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.

■ **Violência Financeira/Econômica:** é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.

■ **Negligência/Abandono:** é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.

■ **Trabalho Infantil:** é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

O art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, com a nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998, assim disciplina o trabalho de menores:

1. Antes de 14 anos é proibido trabalho infantil;
2. De 14 a 16 anos só é permitido na "condição de aprendiz";
3. De 16 a 18 anos é permitido, desde que não seja trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

O Decreto nº 6481 de 12 de 06 de 2008 regulamenta a lista das piores formas de trabalho infantil (anexo 2). Salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos, é proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade. Quando na "condição de aprendiz" a atividade laboral deve estar devidamente registrada em carteira de trabalho e deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social do adolescente.

■ **Violência por Intervenção Legal:** trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

Alerta-se para não se fazer uma interpretação equivocada: no exercício da função policial de prevenção e repressão de crimes, respeitando tanto os direitos fundamentais da pessoa, como a sua integridade física, o agente da lei ou policial, se estritamente necessário, poderá fazer uso de força. No entanto, ao extrapolar essa função, sua ação ultrapassa o marco da legalidade: torna-se ilegal.

■ **Outros:** qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. Importante! Nos casos de tentativa de suicídio e autoagressão, especifiquem-nos neste campo. Especificar o meio utilizado no campo 57.

E. Se negligência: Preencher este campo caso no campo 56 o tipo de violência “negligência” foi marcada com o código “1- Sim”.

No caso de crianças e adolescentes considerar as modalidades de negligência:

- **De proteção:** quando a integridade da criança ou do adolescente for exposta, o que é caracterizado pela ausência ou carência de proteção necessária.

- **De saúde:** quando a criança ou o adolescente não receberem as condições para manutenção de sua saúde. Inclui-se também nessa categoria situações em que os pais ou responsáveis não proporcionam o atendimento e o cuidado com as necessidades básicas, como higiene, alimentação, etc.

- **De educação:** quando os pais ou os responsáveis deixam de efetuar as ações enumeradas abaixo, referentes a crianças e adolescentes sob sua responsabilidade:

1. Matricular o filho na escola.

2. Acompanhar o desenvolvimento escolar de seu(s) filho(s).

3. Atender à solicitação de encaminhamentos da escola ou Centro de Educação Infantil para tratamento terapêutico ou outros afins.

- **Estrutural:** é “aquela que incide sobre a vida das crianças e dos adolescentes como decorrência de questões estruturais, econômicas e sociais resultantes das condições de vida fora do controle de sua família, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento” MINAYO, (2002).

57. Meio de Agressão: Preencher o(s) quadrículo(s) meio de agressão utilizando os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um meio de agressão e que todos os quadrículos devem ser preenchidos.

Considerar os seguintes conceitos e exemplos de meios de agressão:

- **Força corporal/espancamento:** inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros;

- **Enforcamento:** inclui estrangulamento, esganadura, gravata e outros;

- **Objeto contundente:** inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros;

- **Objeto perfuro-cortante:** inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros;

- **Substância/Objeto quente (queimadura):** inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor d’água, ferro e outros objetos quentes, pontas de cigarro, substância química e outras;

- **Envenenamento/Intoxicação:** inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos; etc.

- **Arma de fogo:** inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros;

- **Ameaça:** inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.;

- **Outro:** qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou autoagressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, dentre outros.

F. Natureza: Preencher este campo considerando a seguinte conceituação:

- **Violência Doméstica (Intrafamiliar):** é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito pleno desenvolvimento de outro membro da fa-

mília. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo namorado, ex-namorado, pessoas com função de “cuidador”, ainda que sem laços de consanguinidade, mas em relação de poder.

- **Violência Extrafamiliar:** é toda forma de violência praticada fora do ambiente familiar/ doméstico por pessoas conhecidas ou desconhecidas.

- **Violência auto infligida ou autoagressão:** é toda violência praticada contra si mesmo, caracterizada pelas tentativas de suicídio, ou o suicídio, as ideações de se matar e as automutilações.

- **Institucional:** é aquela exercida nos próprios serviços ou instituições abrangendo abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre usuários e profissionais.

- **Violência Fetal:** é a violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros).

ATENÇÃO: SANTOS (2002) denomina este evento de “maus-tratos ao feto” e lembra que podem ser incluídos nesta categoria não só os atos de agressão deliberados por parte da mãe, mas também outros tipos de conduta que trazem riscos conhecidos para o feto, como o alcoolismo, dependência de drogas, automedicação, ausência de cuidados, etc.

VIOLÊNCIA SEXUAL:

58. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo: Se ocorreu violência sexual preencher o(s) quadrículo(s) de acordo com o tipo de violência, utilizando os códigos correspondentes: 1- Sim, 2- Não, 8- Não se aplica, 9- Ignorado. Pode haver mais de um tipo de violência sexual.

Atenção: Caso o quadrículo “Sexual” do campo 56 (tipo de violência) seja preenchido com os códigos 2- Não ou 9- Ignorado, preencher todos os quadrículos dos campos 58 a 59 com o código 8-Não se aplica. Caso assinala “Outros”, **é obrigatório especificar.**

Considerar os seguintes conceitos e exemplos:

- **Assédio sexual:** é a insistência inoportuna, independente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;

- **Estupro:** “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art. 213, Lei nº 12.015/2009). Dentro desse conceito está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.

- **Pornografia infantil:** é a apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e/ou publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes através de qualquer meio de comunicação;

- **Exploração sexual:** caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, sexo ou identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (strip-tease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas considera-se exploração sexual quando nessas situações não há o consentimen-

to da vítima ou este é obtido com base na força, engano, intimidação ou qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários, (agenciamento direto, indução, facilitação).

■ **Outros:** qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale “Outros”, **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR**.

59. Procedimento realizado: Preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à “Coleta de secreção vaginal”, “Contracepção de emergência” e “Aborto previsto em lei” com a opção “8-Não se aplica”.

Atenção! *Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Neste caso, preencher os quadrículos correspondentes.*

LESÃO:

G. Natureza da Lesão: Este item se aplica aos casos em que a violência praticada afeta a estrutura física da vítima. **Considerar a lesão principal**, isto é, aquele que levou a pessoa a procura pelo serviço de saúde. Quando não se verificar lesão física preencher com o código 88- Não se aplica. Qualquer outro tipo de lesão não contemplado anteriormente **é obrigatório especificar**. Ex.: Equimoses, escoriações.

Se houver mais que uma lesão, além da lesão principal, escrever no campo “breve relato”.

Atenção! *Nos casos em que o meio de agressão assinalado no campo 57 for envenenamento / intoxicação, o quadrículo deverá ser preenchido com o código 09 (intoxicação).*

H. Parte do Corpo Atingida: Preencher o quadrículo com o código correspondente à parte do corpo atingida da lesão principal. Nas situações de violência psicológica ou moral e financeira preencher com o código 88- não se aplica.

Atenção! *Nos casos de envenenamento/intoxicação, o quadrículo deverá ser preenchido com o código 11 (múltiplos órgãos e regiões).*

DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA:

60. Número de envolvidos: Preencher o quadrículo com o código correspondente ao número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência: 1-Um, 2-Dois ou mais, 9-Ignorado.

61. Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) do vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Atenção! Pode haver mais de um provável autor (a) da violência. Nesse caso, preencher os quadriculos correspondentes.

62. Sexo do provável autor da violência: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo do sexo do(a) provável autor(a) da violência com os seguintes códigos: 1-Masculino, 2-Feminino, 3-Ambos os sexos, 9-Ignorado. Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão de sexos diferentes, preencher com "3-Ambos os sexos".

63. Suspeita de uso de álcool: Preencher o quadrículo de suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. A pergunta deverá ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.

I. Suspeita de uso de outra droga: Preencher o quadrículo com o código correspondente. A pergunta deverá ser direcionada a pessoa atendida ou ao seu(s) acompanhante(s). Se a resposta for Sim e sabe-se o tipo de droga consumida, escrever no "qual".

64. Ciclo de vida do provável autor da violência: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código correspondente ao ciclo de vida do(a) provável agressor(a). Procurar obter a idade aproximada. Inserir a informação do(a) principal autor(a) da violência.

1 – Criança: 0 a 9 anos;

2 – Adolescente: 10 a 19 anos;

3 – Jovem: 20 a 24 anos;

4 – Pessoa adulta: 25 a 59 anos;

5 – Pessoa Idosa: a partir de 60 anos;

9 – Ignorada.

ENCAMINHAMENTOS:

65. Encaminhamento: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) com o código correspondente ao tipo de encaminhamento realizado ou orientação de acordo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Considerar os seguintes serviços/instituições:

- **Rede da Saúde:** Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.

- **Rede da Assistência Social:** Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) – Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outras.

O CRAS é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos. O CREAS é um serviço onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.

- **Rede de Educação:** (Centro de Educação Infantil, escola, outras);

- **Rede de atendimento à Mulher:** (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras);

- **Conselho Tutelar:** (Criança/Adolescente);
- **Conselho do Idoso;**
- **Delegacia de Atendimento ao Idoso;**
- **Centro de Referência dos Direitos Humanos;**
- **Ministério Público;**
- **Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente;**
- **Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher;**
- **Outras Delegacias;**
- **Justiça/Vara da Infância e da Juventude;**
- **Defensoria Pública.**

Atenção! Em caso de encaminhamento para mais de um setor, preencher os quadrículos correspondentes. Além dos casos encaminhados formalmente, registrar nesse campo os casos que receberam orientação de encaminhamento.

DADOS FINAIS:

66. Violência Relacionada ao Trabalho: Preencher o quadrículo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Atenção! Está se considerando a ocorrência ou não de violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências), tanto no local de trabalho como no trajeto para o mesmo (ida e volta). Nas situações que envolvem crianças e adolescentes, esta variável não se aplica, pois o trabalho infantil é uma violência e considerado crime no Brasil, à exceção do trabalho de adolescentes com mais de 14 anos nas situações de aprendiz. Nesses casos, não será considerado como um evento relacionado ao trabalho (típico ou de trajeto).

67. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)? Caso o campo 66 for preenchido com 1-Sim, preencher o quadrículo da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Quando o campo 66 for preenchido com 2-Não ou 9-Ignorado, preencher o quadrículo com o código 8- Não se aplica.

Atenção! A CAT também deve ser preenchida no caso de violência relacionada ao trabalho. É obrigatório esse preenchimento no caso de trabalhadores (as) regidos pela consolidação das leis trabalhistas - CLT.

68. Circunstância da lesão: Não preencher.

69. Data do encerramento: Campo obrigatório. Preencher com a data da notificação.

Atenção! Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. No entanto, como o registro não é automático, é preciso escrever/digitar a sua data.

Atenção! Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação.

Campo "Nome do acompanhante": Este campo deve ser preenchido com o nome da pessoa que está acompanhando a vítima no momento em que os dados relativos à violência estão sendo colhidos.

Campos "Vínculo/Grau de parentesco" e "Telefone": Indicar o grau de parentesco ou tipo de afinidade que o responsável tem com a vítima e o telefone para contato.

DADOS IMPORTANTES PARA A REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

MULHERES ACIMA DE 18 ANOS

J. A vítima tem filhos? Nos casos em que a vítima for mulher com 18 anos e mais informar se a mesma tem filhos.

K. O agressor é reincidente? Informar se o agressor é reincidente.

Se o agressor já praticou algum tipo de violência anteriormente com outras vítimas - pai, mãe, irmão(ã), esposa ou companheira(o) anterior e/ou outras pessoas.

Preencher o campo correspondente com o número "1" para Sim - tem histórico de violências com outras pessoas.

Preencher o campo correspondente com "2" para Não - não tem histórico de violências com outras pessoas Preencher o campo correspondente com "9" para Ignorado - quando não for informado se o agressor é reincidente.

L. Decisão de Atenção Compartilhada:

A mulher, considerada capaz, deve ser esclarecida sobre a finalidade das autorizações a seguir. As informações contidas na ficha são sigilosas e a sua disponibilização deve ser autorizada pela mesma de forma expressa, assinalando Sim ou Não e com assinatura.

- Disponibilização das informações para o serviço de saúde próximo à sua residência o que possibilitará, o melhor acompanhamento do caso.
- Disponibilização das informações para o CREAS próximo à sua residência o que possibilitará, o melhor acompanhamento do caso.
- Disponibilização das informações para a Delegacia da Mulher, tendo o objetivo de priorizar as providências cabíveis. A mulher deverá ser esclarecida que a delegacia poderá solicitar a sua presença para esclarecimentos e encaminhamentos.

Testemunha: O registro do nome completo, endereço e documentação de testemunha da violência contra a mulher, evitando abreviações será útil no encaminhamento judicial do caso. A testemunha não precisa estar presente no momento do preenchimento da notificação.

RELATO DA OCORRÊNCIA:

Anotar informações pertinentes ao ocorrido, explicitando os motivos que levaram a suspeita ou confirmação de violência, incluindo-se dados considerados relevantes. Anotar também citações da própria vítima ou acompanhante/responsável. Se o espaço não for suficiente, utilizar uma folha denominada "COMPLEMENTO DE INFORMAÇÃO", na qual deve constar o nome da vítima, a data de nascimento, o nome da mãe e o número do equipamento notificador.



CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	*3 Data da notificação _____		A Hora do atendimento (00:00- 23:59) _____		*4 UF PR	5 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902		
	6 Unidade Notificadora (UN)		1 - Unidade de Saúde		2 - Unidade de Assistência Social		3 - Estabelecimento de Ensino		<input type="checkbox"/>	
	4 - Conselho Tutelar		5 - Unidade de Saúde Indígena		6 - Centro Especializado à Mulher		7 - Outros			
Notificação Individual	*7 Nome e Código da UN			8 Unidade de Saúde		* Código de CNES _____		*9 Data da ocorrência da violência _____		
	*10 Nome				*11 Data de nascimento _____					
	*12 Idade		*13 Sexo		*14 Gestante		*15 Raça/Cor		<input type="checkbox"/>	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
	16 Escolaridade									
0 - Analfabeto										
1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)										
2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)										
3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)										
4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)										
5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)										
6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)										
7 - Educação superior incompleta										
8 - Educação superior completa										
9 - Ignorado										
10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>										
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			B Nome do pai					
Dados de Residência	*19 UF		*20 Município de residência			Código (IBGE)		21 Distrito / Regional		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida...)						Código	
	24 Número		25 Complemento (apto, casa...)			C Vila		26 Geo Campo 1		
	27 Geo Campo 2		28 Ponto de referência				29 CEP _____			
	30 (DDD)Fone _____				31 Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		32 País (se reside fora do Brasil)			
	33 Nome Social (se travesti / transexual)						34 Ocupação			
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal/Estado civil				36 Orientação sexual				3 - Bissexual	
	1 - Solteiro				2 - Casado/união consensual				3 - Não se aplica (criança de 0 a 9 anos)	
	3 - Viúvo				4 - Separado				8 - Não se aplica	
	8 - Não se aplica <input type="checkbox"/>				9 - Ignorado				1 - Heterossexual	
	2 - Homossexual (gay/lésbica)				9 - Ignorado				2 - Não se aplica	
37 Identidade de gênero				38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
1 - Travesti				3 - Homem transexual				8 - Não se aplica <input type="checkbox"/>		
2 - Mulher transexual				8 - Não se aplica				9 - Ignorado		
3 - Não se aplica <input type="checkbox"/>				9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno										
1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado										
<input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____										
<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento										
Dados da Ocorrência	40 UF _____		41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		42 Distrito/Regional		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida...)						Código	
	45 Número		46 Complemento (apto, casa...)			D Vila		47 Geo Campo 3		
	48 Geo Campo 4		49 Ponto de referência				50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) I II I				52 Local de ocorrência					
	01 - Residência				04 - Local de prática esportiva		07 - Comércio/serviço		53 Ocorreu outras vezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
02 - Habitação coletiva				05 - Bar ou similar		08 - Indústria/construção		54 A lesão foi autoprovocada?		
03 - Escola				06 - Via pública		09 - Outro: _____		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
99 - Ignorado <input type="checkbox"/>				55 Essa violência foi motivada por:						
01 - Sexismo				07 - Situação de rua		56 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
02 - Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia				08 - Deficiência		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal				
03 - Racismo				09 - Outros Qual? _____		<input type="checkbox"/> Psicológica / moral <input type="checkbox"/> Financeira / econômica <input type="checkbox"/> Outros _____				
04 - Intolerância religiosa				88 - Não se aplica		<input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência / abandono				
05 - Xenofobia				99 - Ignorado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil				
06 - Conflito geracional				E Se Negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural						
Tipologia da Violência	57 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				F Natureza				<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento				<input type="checkbox"/> Objeto perfuro-cortante		<input type="checkbox"/> Arma de fogo		1 - Doméstica/ Intrafamiliar <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Enforcamento				<input type="checkbox"/> Substância/objeto quente		<input type="checkbox"/> Ameaça		2 - Extrafamiliar 4 - Institucional	
<input type="checkbox"/> Objeto contundente				<input type="checkbox"/> Envenenamento/ intoxicação		<input type="checkbox"/> Outro _____		3 - Autoagressão 5 - Violência fetal		

* Caminho de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

LISTA DAS PIORES FORMAS DE TRABALHO INFANTIL

A Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (TIP) foi uma lista criada pelo decreto nº 6.481 de 12 de junho de 2008 para relacionar as formas de trabalho que são proibidas para menores de 18 anos no Brasil.

A lista também regulamenta no Brasil os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Trabalhos prejudiciais à saúde e à segurança.

Atividade: Agricultura, Pecuária, Silvicultura e Exploração Florestal

- Na direção e operação de tratores, máquinas agrícolas e esmeris, quando motorizados e em movimento.
- No processo produtivo do fumo, algodão, sisal, cana-de-açúcar e abacaxi.
- Na colheita de cítricos, pimenta malagueta e semelhantes.
- No beneficiamento do fumo, sisal, castanha de caju e cana-de-açúcar.
- Na pulverização, manuseio e aplicação de agrotóxicos, adjuvantes, e produtos afins, incluindo limpeza de equipamentos, descontaminação, disposição e retorno de recipientes vazios.
- Em locais de armazenamento ou de beneficiamento em que haja livre desprendimento de poeiras de cereais e de vegetais.
- Em estábulos, cavalariças, currais, estrebarias ou pocilgas, sem condições adequadas de higienização.
- No interior ou junto a silos de estocagem de forragem ou grãos com atmosferas tóxicas, explosivas ou com deficiência de oxigênio.
- Na extração e corte de madeira.
- Em manguezais e lamaçais.
- Carregar pesos em mais de 9 Kg.

Atividade: Pesca

- Na cata de iscas aquáticas.
- Na cata de mariscos.
- Que exijam mergulho, com ou sem equipamento.
- Em condições hiperbáricas. -- 189.70.38.149 (discussão) 19h57min de 19 de março de 2013 (UTC).

Atividade: Indústria Extrativa

- Em cantarias e no preparo de cascalho
- De extração de pedras, areia e argila (retirada, corte e separação de pedras; uso de instrumentos contuso-cortantes, transporte e arrumação de pedras)
- De extração de mármore, granitos, pedras preciosas, semipreciosas e outros minerais
- Em escavações, subterrâneos, pedreiras, garimpos, minas em subsolo e a céu aberto
- Em locais onde haja livre desprendimento de poeiras minerais

- Em salinas
- De lixa nas fábricas de chapéu ou feltro
- De jateamento em geral, exceto em processos enclausurados
- De douração, prateação, niquelação, galvanoplastia, anodização de alumínio, banhos metálicos ou com desprendimento de fumos metálicos
- Na operação industrial de reciclagem de papel, plástico e metal
- No preparo de plumas e crinas
- Na industrialização do fumo
- Na industrialização de cana de açúcar
- Em fundições em geral
- Em tecelagem
- No beneficiamento de mármore, granitos, pedras preciosas, semipreciosas e outros bens minerais
- Na produção de carvão vegetal
- Em contato com resíduos de animais deteriorados, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pêlos ou dejetos de animais
- Na produção, processamento e manuseio de explosivos, inflamáveis líquidos, gasosos ou liquefeitos
- Na fabricação de fogos de artifícios
- De direção e operação de máquinas e equipamentos elétricos de grande porte
- Em curtumes, industrialização de couros e fabricação de peles e peliças
- Em matadouros ou abatedouros em geral
- Em processamento ou empacotamento mecanizado de carnes
- Na fabricação de farinha de mandioca
- Em indústrias cerâmicas
- Em olarias nas áreas de fornos ou com exposição à umidade excessiva
- Na fabricação de botões e outros artefatos de nácar, chifre ou osso
- Na fabricação de cimento ou cal
- Na fabricação de colchões
- Na fabricação de cortiças, cristais, esmaltes, estopas, gesso, louças, vidros ou vernizes
- Na fabricação de porcelanas
- Na fabricação de artefatos de borracha
- Em destilarias de álcool
- Na fabricação de bebidas alcoólicas
- No interior de resfriadores, casas de máquinas, ou junto de aquecedores, fornos ou altos-fornos
- Em serralherias
- Em indústrias de móveis
- No beneficiamento de madeira
- Com exposição a vibrações localizadas ou de corpo inteiro
- De desmonte ou demolição de navios e embarcações em geral

Atividade: Produção e Distribuição de Eletricidade, Gás e Água

- Em sistemas de geração, transmissão e distribuição de energia elétrica.

Atividade: Construção

- Construção civil e pesada, incluindo construção, restauração, reforma e demolição

Atividade: Comércio (Reparação de Veículos Automotores Objetos Pessoais e Domésticos)

- Em borracharias ou locais onde sejam feitos recapeamento ou recauchutagem de pneus

Atividade: Transporte e Armazenagem

- No transporte e armazenagem de álcool, explosivos, inflamáveis líquidos, gasosos e liquefeitos
- Em porão ou convés de navio
- Em transporte de pessoas ou animais de pequeno porte

Atividade: Saúde e Serviços Sociais

- No manuseio ou aplicação de produtos químicos, incluindo limpeza de equipamentos, descontaminação, disposição e retorno de recipientes vazios
- Em contato com animais portadores de doenças infectocontagiosas e em postos de vacinação de animais contra todos os tipos de doenças.
- Em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao cuidado da saúde humana, em que se tenha contato direto com os pacientes ou se manuseie objetos de uso dos pacientes não previamente esterilizados.
- Em laboratórios destinados ao preparo de soro, de vacinas e de outros produtos similares

Atividade: Serviços Coletivos, Sociais, Pessoais e Outros

- Em lavanderias industriais;
- Em tinturarias e estamparias;
- Em esgotos;
- Na coleta, seleção e beneficiamento de lixo;
- Em cemitérios;
- Em serviços externos, que impliquem em manuseio e porte de valores que coloquem em risco a sua segurança (Office-boys, mensageiros, contínuos);
- Em ruas e outros logradouros públicos (comércio ambulante, guardador de carros, guardas mirins, guias turísticos, transporte de pessoas ou animais, entre outros);
- Em artesanato;
- De cuidado e vigilância de crianças, de pessoas idosas ou doentes;

Atividade: Serviço Doméstico

- Domésticos

Atividade: Todas

- De manutenção, limpeza, lavagem ou lubrificação de veículos, tratores, motores, componentes, máquinas ou equipamentos, em que se utilizem solventes orgânicos ou inorgânicos, óleo diesel, desengraxantes ácidos ou básicos ou outros produtos derivados de óleos minerais;
- Com utilização de instrumentos ou ferramentas perfurocontantes, sem proteção adequada capaz de controlar o risco;

- Em câmaras frigoríficas;
- Com levantamento, transporte, carga ou descarga manual de pesos, quando realizados raramente, superiores a 20 quilos, para o gênero masculino e superiores a 15 quilos para o gênero feminino; e superiores a 11 quilos para o gênero masculino e superiores a 7 quilos para o gênero feminino, quando realizados frequentemente;
- Ao ar livre, sem proteção adequada contra exposição à radiação solar, chuva, frio;
- Em alturas superiores a 2,0 (dois) metros;
- Com exposição a ruído contínuo ou intermitente acima do nível previsto na legislação pertinente em vigor, ou a ruído de impacto;
- Com exposição ou manuseio de arsênico e seus compostos, asbestos, benzeno, carvão mineral, fósforo e seus compostos, hidrocarbonetos, outros compostos de carbono, metais pesados (cádmio, chumbo, cromo e mercúrio) e seus compostos, silicatos, ácido oxálico, nítrico, sulfúrico, bromídrico, fosfórico, pícrico, álcalis cáusticos ou substâncias nocivas à saúde conforme classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Em espaços confinados;
- De afiação de ferramentas e instrumentos metálicos em afiadora, rebolo ou esmeril, sem proteção coletiva contra partículas volantes;
- De direção, operação, de veículos, máquinas ou equipamentos, quando motorizados e em movimento (máquinas de laminação, forja e de corte de metais, máquinas de padaria, como misturadores e cilindros de massa, máquinas de fatiar, máquinas em trabalhos com madeira, serras circulares, serras de fita e guilhotinas, esmeris, moinhos, cortadores e misturadores, equipamentos em fábricas de papel, guindastes ou outros similares);
- Com exposição a radiações ionizante e não-ionizantes (micro-ondas, ultravioleta ou laser); De manutenção e reparo de máquinas e equipamentos elétricos, quando energizados;

Trabalhos prejudiciais à moralidade

1. Aqueles prestados de qualquer modo em prostíbulos, boates, bares, cabarés, danceterias, casas de massagem, saunas, motéis, salas ou lugares de espetáculos obscenos, salas de jogos de azar e estabelecimentos análogos;
2. De produção, composição, distribuição, impressão ou comércio de objetos sexuais, livros, revistas, fitas de vídeo ou cinema e cds pornográficos, de escritos, cartazes, desenhos, gravuras, pinturas, emblemas, imagens e quaisquer outros objetos pornográficos que possam prejudicar a formação moral;
3. De venda, a varejo, de bebidas alcoólicas;
4. Com exposição a abusos físicos, psicológicos ou sexuais.

Referências

1. **anexo 1 do decreto nº 6.481** de 12 de junho de 2008 disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2008/Decreto/D6481.htm.KMM

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

ANEXO 02 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL



**REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO À PESSOAS EM
EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA
FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL**

REGIONAL: _____ REDE LOCAL _____
 NOME: _____ D.N: ___/___/___
 MÃE: _____
 PAI: _____
 ENDEREÇO: _____
 U. S. CADASTRADA: _____ Nº SIPIA _____
 DATA DA NOTIFICAÇÃO ___/___/___ UNIDADE NOTIFICADORA: _____
 RELATO DO CASO:

DATA	AÇÕES DESENVOLVIDAS / AÇÕES A REALIZAR	RESPONSÁVEL

ANEXO 05 - FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA



FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

De: _____

Para Chefe do Setor da Educação (do território de residência do notificado):

Nome: _____

D. N. ____ / ____ / ____

Filiação: _____

Endereço: _____

Data da notificação ____ / ____ / ____

Relato do caso: (motivo da notificação e primeiras ações realizadas pelo serviço).

Contrarreferência - Atendimento assistencial

 Atendimento saúde

 Atendimento educação

Outros encaminhamentos Sim (especificar) Não

Outras informações, caso sejam necessárias. (Tanto a Rede Local como a Escola deverão trocar informações relevantes para acompanhar o notificado)

Nome do Profissional /Contato (telefone)

ANEXO 07 - ORIENTAÇÃO PARA REGISTRO DE ATA DAS REUNIÕES DE REDE LOCAIS



REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA ATA DE REUNIÃO DA REDE LOCAL

É o documento que registra, de forma resumida, os casos notificados, a presença dos representantes e encaminhamentos decididos na discussão do caso.

Deve conter informações como:

- Número da ata
- Data e local
- Motivo da reunião
- Nomes dos participantes e das instituições
- Casos novos: nome completo da criança ou adolescente notificado e outros públicos de notificados, data de nascimento, nome da mãe e o equipamento notificador
- Casos antigos: nome completo da criança ou adolescente e outros públicos notificados e data de nascimento
- Os encaminhamentos e acompanhamento dos casos ficam registrados na Ficha de Acompanhamento Individual
- Informes gerais
- Assinatura dos participantes

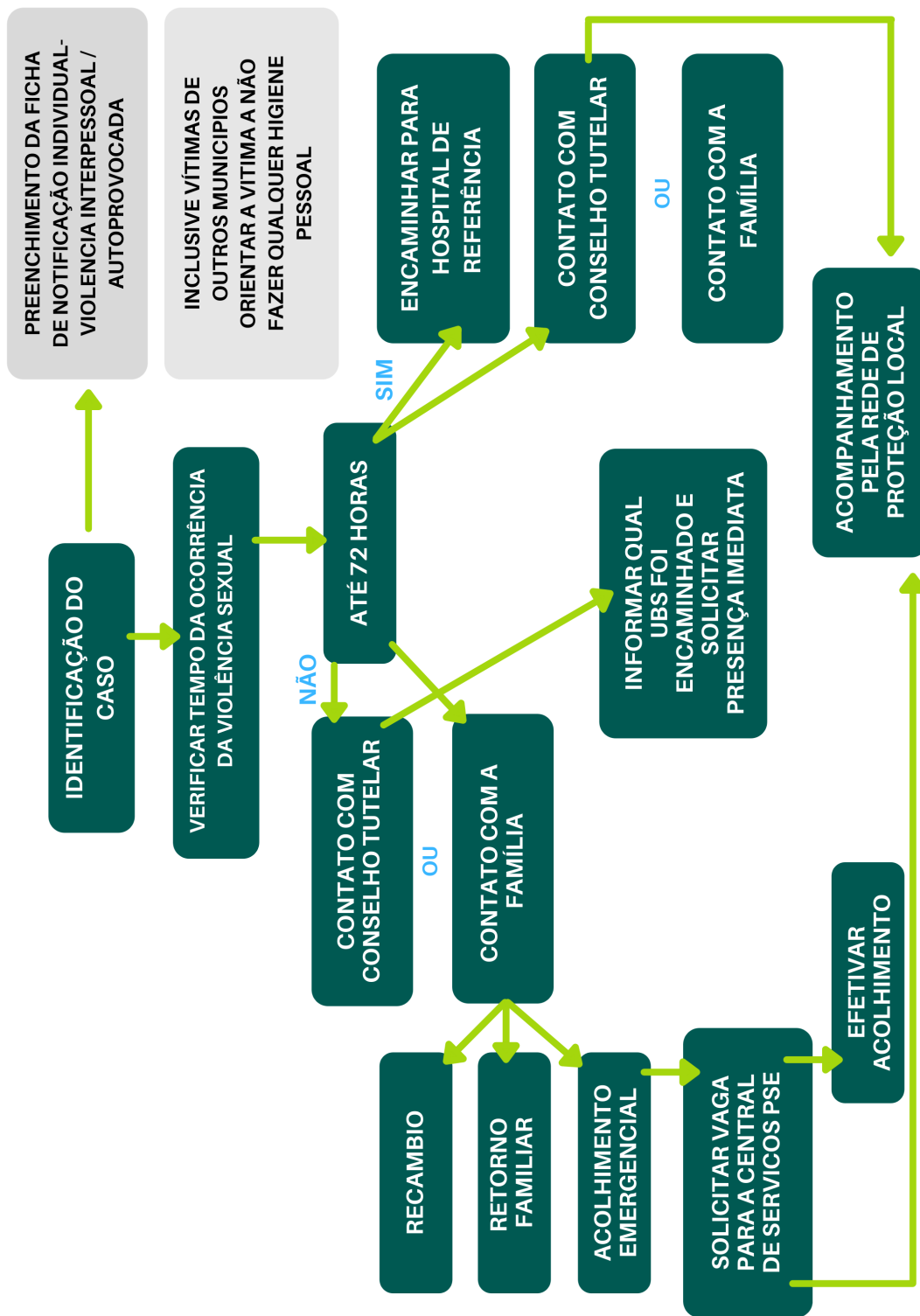
Sugestão

“Ata nº __XX__/20__, da reunião da Rede Local __Margarida__, aos vinte e um dias do mês de março de dois mil e vinte, para discussão dos casos notificados e informes gerais, realizada na sala _____ amarela da Escola Luz__. A reunião contou com a presença da senhora __Ana Lucia Lopes__ (nome completo), representante da US Margarida _____ (instituição). Registramos os casos novos: Adão Souza e Silva, dn 21/06/2009, filho de __Maria e João Silva__, notificado pelo CMEI __Jacarandá____; Eva de Fátima Santos, dn 13/12/1999, filha de __Ana e José Santos__, notificada pela US __Orquídea__. Os casos em acompanhamento discutidos foram: Maria de Fátima Barros, dn 05/08/2000, Cauã José da Silveira, dn 28/01/2010. Os encaminhamentos dos casos estão registrados na Ficha de Acompanhamento Individual, de posse do equipamento notificador. Informada a capacitação regional sobre violência sexual, nos dias 02 e 03 de abril, no Auditório da Rua da Cidadania. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, __Sabrina Lima__, a presente ata assinada por todos os presentes acima nominados e referenciados.”

ANEXO 09 - FLUXOS COMPLEMENTARES

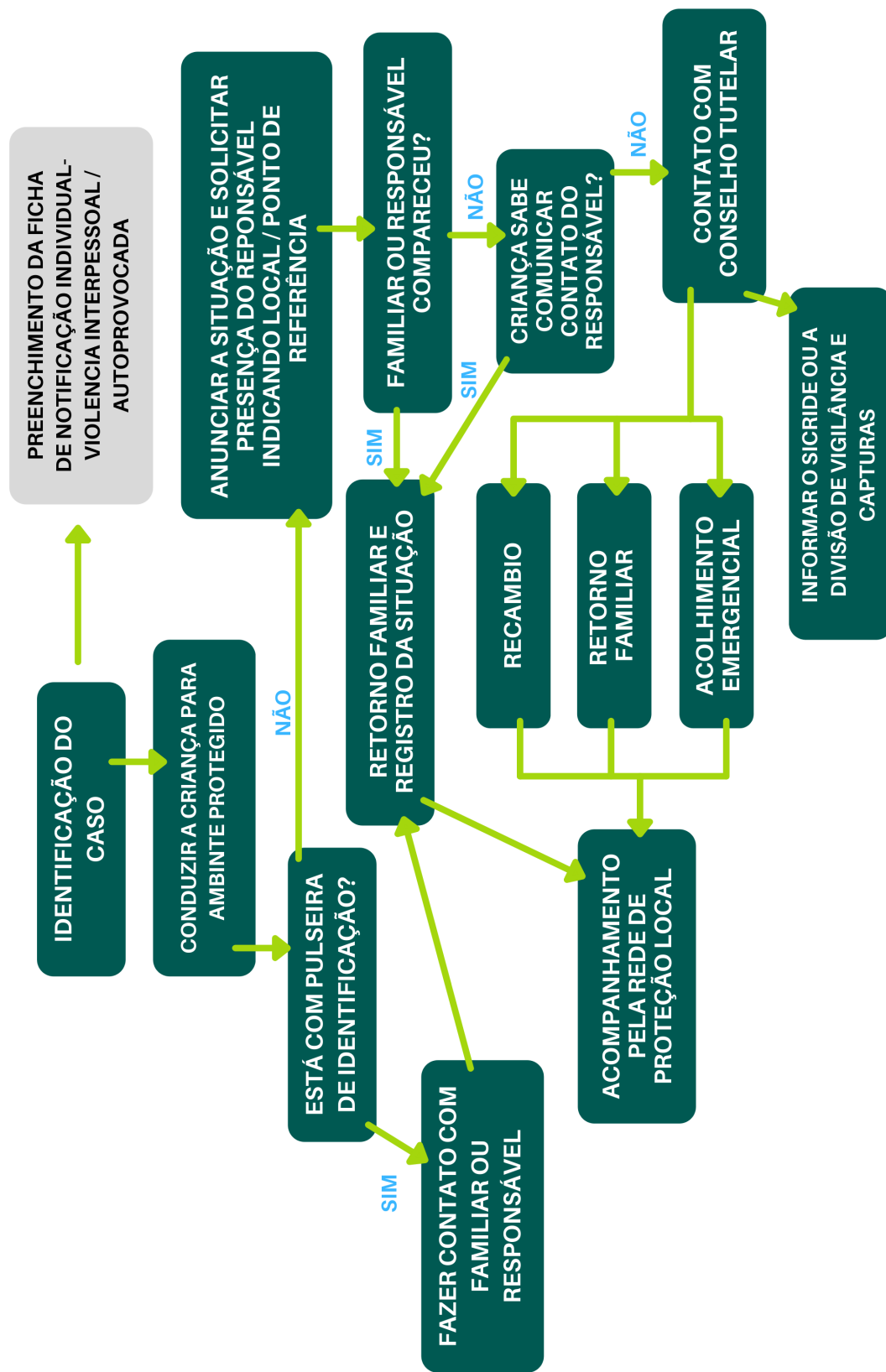
CRIANÇA OU ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL OU EM SITUAÇÃO DE EXPLORAÇÃO SEXUAL

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



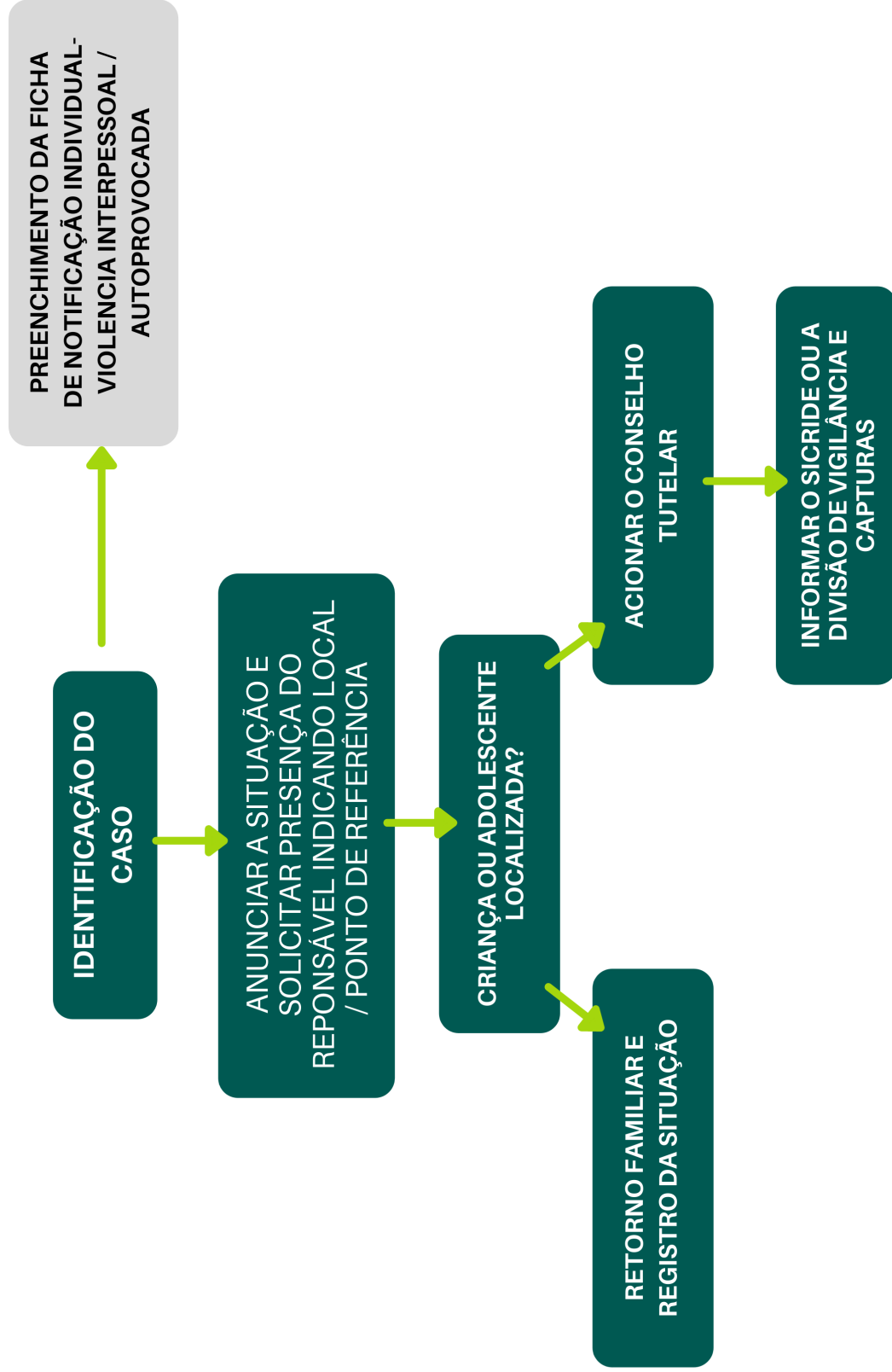
CRIANÇAS OU ADOLESCENTES PERDIDOS

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



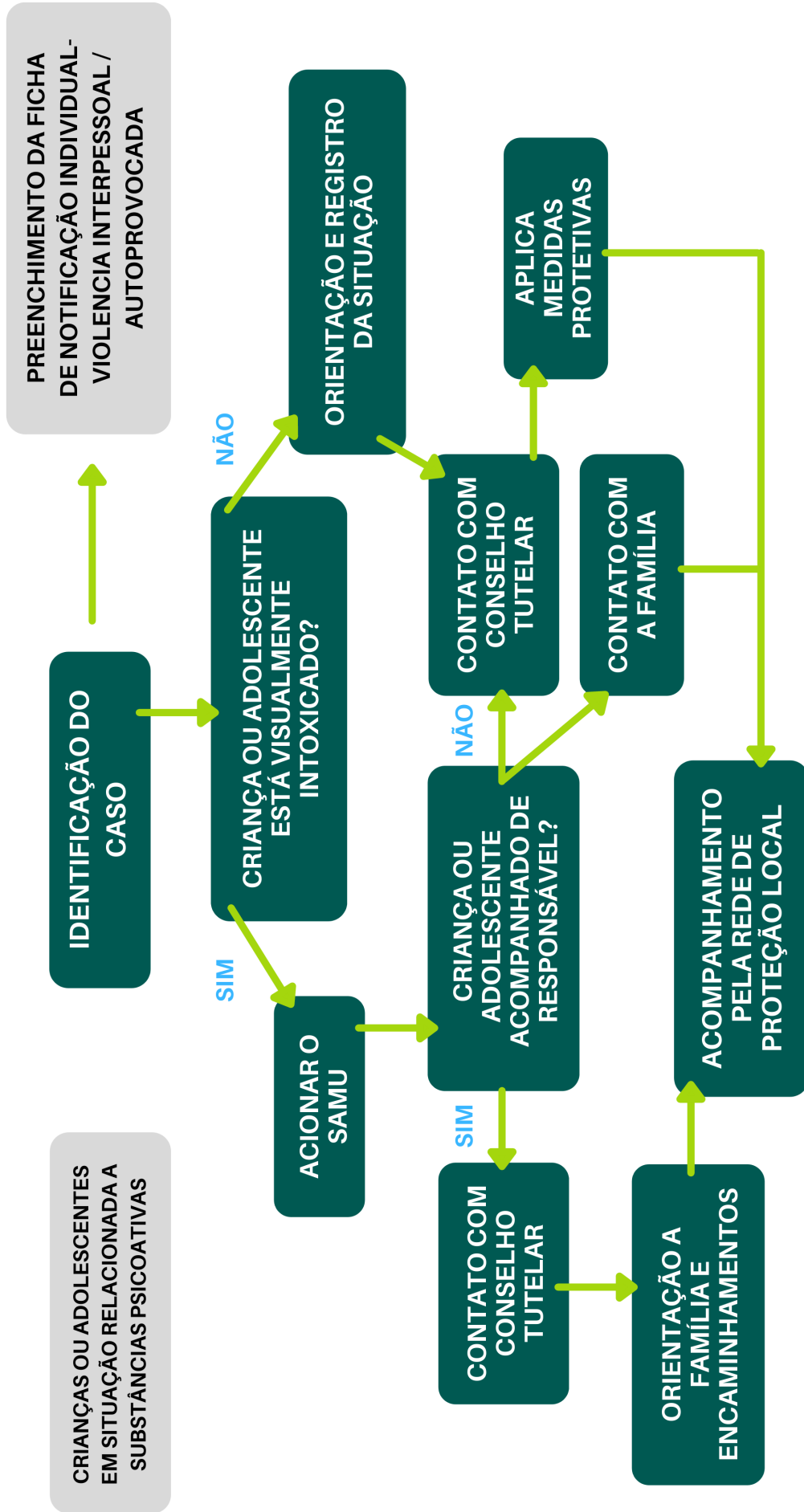
CRIANÇAS OU ADOLESCENTES DESAPARECIDOS

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



CRIANÇAS OU ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO RELACIONADA A SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



CRIANÇAS OU ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO RELACIONADA A SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

IDENTIFICAÇÃO DO CASO

SIM

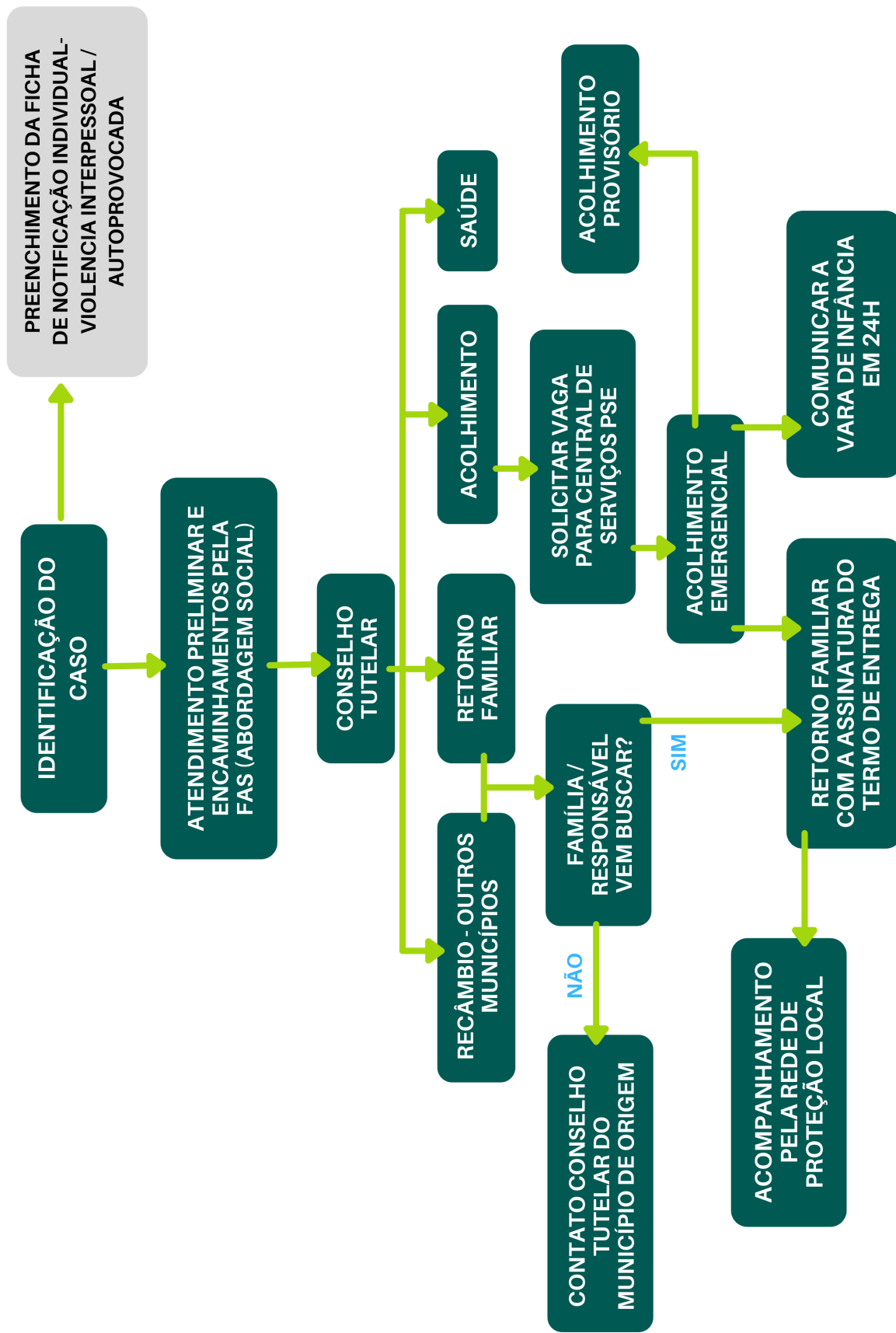
NÃO

SIM

NÃO

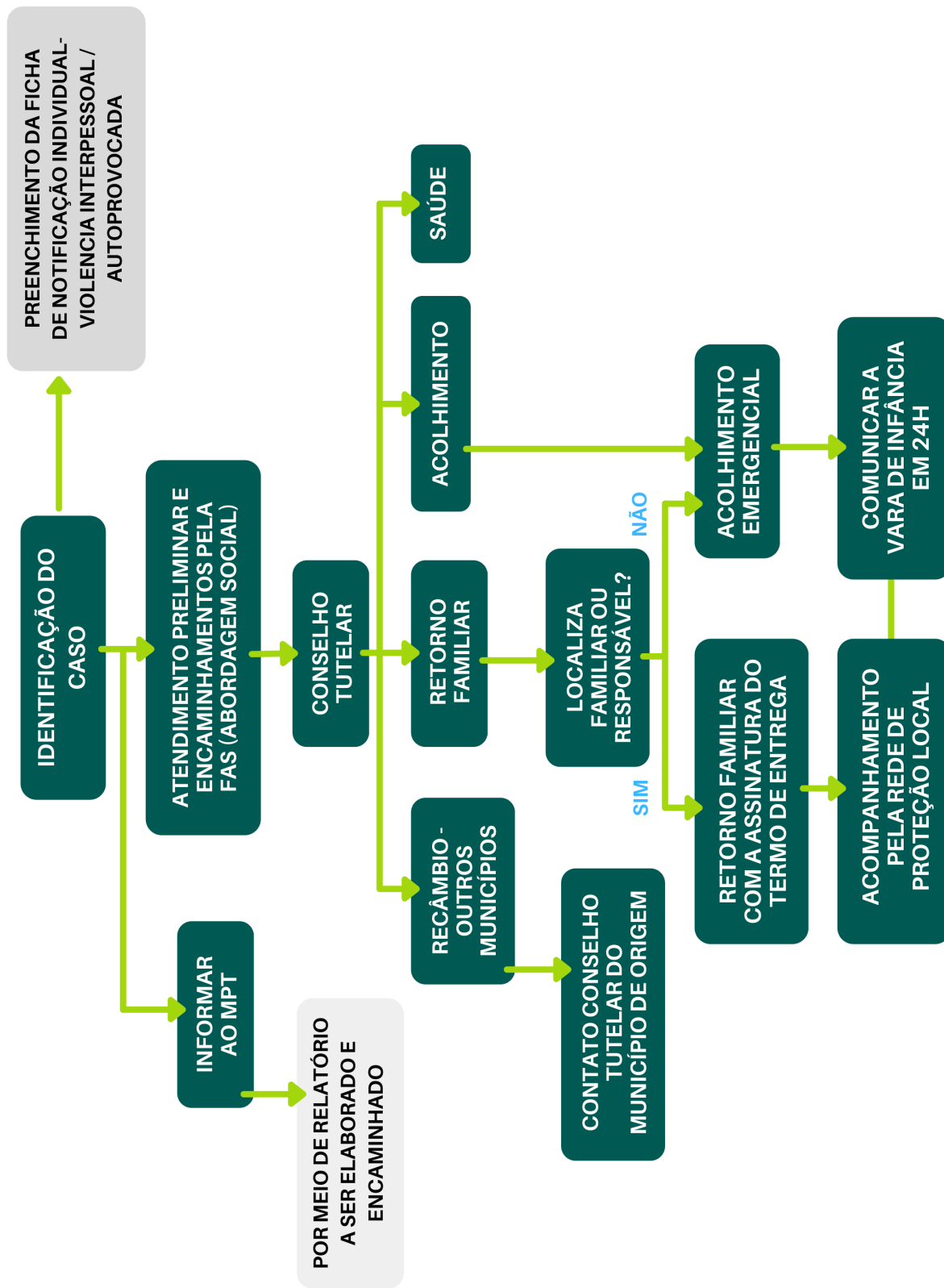
CRIANÇAS OU ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



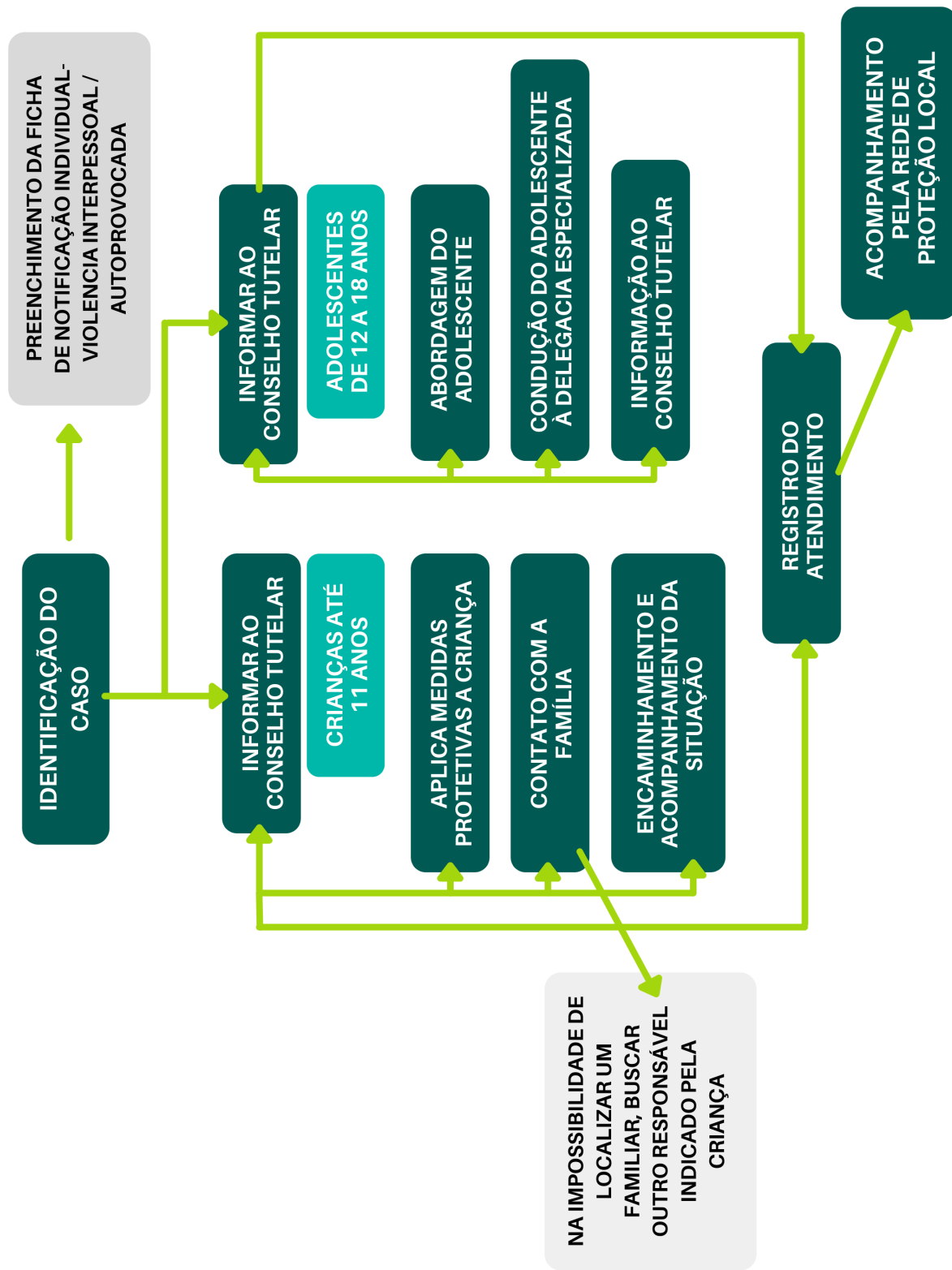
CRIANÇAS OU ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



ATO INFRACIONAL ATRIBUÍDO A CRIANÇA/ADOLESCENTE

FLUXO PARA CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA



ANEXO 10 - DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS FÓRUNS

A finalidade deste documento é traçar diretrizes orientadoras para os procedimentos referentes à organização dos Fóruns regionais que tem como objetivo discutir, encaminhar, acompanhar e monitorar os casos graves e/ou crônicos de crianças e adolescentes vítimas de violência e notificados à Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

Partindo da definição de que fórum⁸ “[...] se constitui em uma reunião ou local de reunião sobre tema específico ou para debate público [...]”, os profissionais que compõem a Rede de Proteção, em conjunto com o Conselho Tutelar, avaliam que a instituição de Fóruns regionais podem se efetivar como estratégia para a discussão e o encaminhamento de casos de violação de direitos e vitimização por violências.

O Fórum se constitui em importante estratégia para o planejamento integrado e intersetorial, para troca de experiências e atuação em regime de colaboração entre parceiros da Rede de Proteção. “O Fórum assegura corresponsabilidades e fortalece os mecanismos de participação e decisão coletivas, elevando a legitimidade das ações apreendidas”⁹. Essa legitimidade é conquistada por meio do conhecimento e da clareza que cada profissional responsável pela proteção de crianças e adolescentes vítimas de violências tem sobre os casos e os encaminhamentos realizados. É importante afirmar que o profissional deve atuar com base na sua formação acadêmica, apoiando-se também nas suas habilidades, competências e na possibilidade de intervenção no âmbito do setor ao qual está inserido na administração pública.

O Fórum tem importância fundamental para agilidade, eficiência, eficácia e efetividade no que se refere ao atendimento, encaminhamento, acompanhamento e monitoramento dos casos. Para tanto, algumas normativas devem ser observadas e realizadas antes, durante e depois da sua realização, com destaque para:

- 1.** Os Fóruns devem ser instituídos em todos os Núcleos Regionais, com o objetivo de discutir casos graves e/ou crônicos.
- 2.** É necessário que o Fórum seja constituído, obrigatoriamente, por representantes dos diferentes setores da administração pública e órgãos ligados a essa administração, como a assistência social, educação, saúde e conselhos tutelares, em especial, pelos conselheiros responsáveis pelos casos discutidos.
- 3.** Em todos os Fóruns, é necessário que a representatividade seja mantida. Para tanto, os diferentes órgãos, entidades ou instituições participantes devem estar representados.
- 4.** Para casos em que seja necessária a participação de outros profissionais/setores para a solução dos casos discutidos, por exemplo: CAPSi, CMAE, apoio de saúde mental, ambulatório infanto-juvenil, CRAS, CREAS entre outros, faz-se necessário que esses profissionais sejam convidados com a devida antecedência e que o(s) caso(s) a ser(em) discutido(s) seja(m) apresentado(s) previamente para co-

8. DICIONÁRIO PRIBERA. Disponível em: http://www.priberam.pt/dipo/definir_resultados.aspx. Acesso em 19 de maio 2014.

9. BRASIL, Conselho escolar e sua organização em fórum/elaboração. CEFISA, Maria Sabino Aguiar... [et. al.]. – Brasília: MEC/SEB, 2009.

nhecimento e estudo.

5. Os Fóruns acontecerão **na última quarta-feira de cada mês**. Cada equipe regional, com a concórdia de seus participantes, estabelecerá o turno de realização (manhã ou tarde).

6. Em cada Fórum serão discutidos **três novos casos**, que devem ser analisados e debatidos com o intuito de propor ações intersetoriais para o encaminhamento.

7. A definição dos casos que serão discutidos deve ser realizada a partir da demanda local, ficando sob a responsabilidade da Coordenação Regional a seleção destes, informando aos demais participantes para que todos possam organizar-se.

8. É imprescindível que os participantes **estudem previamente os casos que serão discutidos**, de forma a garantir maior agilidade na tomada de decisões e definição de encaminhamentos pertinentes.

9. A discussão dos casos deve se pautar pela análise sistêmica e a dinâmica familiar deve ser considerada e, se possível, priorizada, de maneira que possam ser observadas outras situações, as quais servem para a definição de encaminhamentos. Por exemplo: num caso de negligência contra uma criança, ao analisar o contexto familiar amplo, o Fórum pode evidenciar que a “mãe negligente” é vítima de violência física perpetrada pelo companheiro.

10. Levar para o Fórum todos os documentos que compõe a gestão do caso, principalmente os encaminhamentos previamente realizados, de forma que as ações fiquem evidenciadas e que novas possibilidades de ação e intervenção possam ser pensadas e discutidas.

11. Nas reuniões dos Fóruns Regionais os profissionais devem pautar-se no exercício ético e no sigilo, particularmente, pelo sigilo em relação às informações relacionadas aos casos discutidos, cabendo aos seus membros garantir tal cuidado sempre que houver a participação de novos membros.

12. Estabelecer, em conjunto, os encaminhamentos para cada caso, definindo os responsáveis pelas ações que serão realizadas.

13. Registrar em ata as decisões de cada Fórum no que se refere a cada caso discutido.

14. A cada Fórum Regional será instituído um relator para registro da ata e coleta de assinaturas, sendo que a responsabilidade por essa tarefa pode ser feita em caráter alternado.

15. Ao início de cada Fórum, deve ser realizada uma breve avaliação dos encaminhamentos acordados no Fórum anterior, relatando os resultados alcançados. Os casos discutidos nos Fóruns anteriores devem ser monitorados e acompanhados pelos seus integrantes.

Sabemos que existem ainda desafios para que os Fóruns cumpram sua função e colaborem efetivamente na solução de casos graves e/ou crônicos. Acredita-se que, com atuação intersetorial, corres-

ponsabilidade, participação e decisão coletiva, há maiores possibilidades de traçar estratégias para promover a proteção integral de crianças e adolescentes que sofrem violências, mas, principalmente, da percepção que é possível preveni-las.

ANEXO 11 - EVIDÊNCIAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

1. EVIDÊNCIAS MÉDICAS

Muitos dos sinais e sintomas indicativos de violência podem ser inespecíficos, como choro frequente, dificuldade para dormir, queda no rendimento escolar ou outras mudanças de comportamento, de forma que é necessário contextualizar cada caso. O profissional, quando capacitado e sensível, pode suspeitar da violência no decorrer da anamnese e do exame físico. Vale ressaltar que algumas características das lesões podem levar a uma forte suspeita de agressão intencional ou até mesmo à comprovação deste diagnóstico. Diante destas características, é preciso que se afaste a hipótese de outras doenças ou mesmo de acidentes não provocados. Ao mesmo tempo, muitas vezes, o exame físico não apresenta qualquer alteração que evidencie violência, daí as informações coletadas e a observação do comportamento da criança e do acompanhante serem determinantes para a suspeita do diagnóstico de violência: na anamnese, história não compatível com as lesões existentes, relatos discordantes entre os responsáveis ou revelação espontânea da vítima devem sempre merecer credibilidade.

Importante salientar que os profissionais de saúde devem ter conhecimento de que não existe impedimento legal ou ético para o atendimento imediato de vítimas de violência, sendo que a emergência ou a urgência médica devem ser consideradas prioritárias, seguidas pela abordagem das questões policiais e judiciais.

No prontuário devem estar registrados detalhadamente a anamnese, o estado de saúde do paciente e a circunstância do atendimento. A ordem cronológica dos fatos e das condutas demonstrará diligência do profissional e garantirá melhor atendimento.

2. QUANDO SUSPEITAR DE VIOLÊNCIA

Na presença dos sinais e sintomas relatados a seguir, os profissionais da saúde devem aventar a hipótese diagnóstica de violência praticada contra crianças ou adolescentes:

- **Lesões não compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento psicomotor da criança**

Relatos de quedas de bebês abaixo de quatro meses de idade, seja do berço, da cama, do carrinho ou de escadas, são inconsistentes, uma vez que eles ainda não têm capacidade de rolar ou arrastar-se. Da mesma forma, a constatação de fratura de ossos dos membros inferiores em crianças que não andam.

- **Lesões não justificáveis com o acidente relatado**

A constatação de fratura dos ossos da cabeça, bilateralmente, não é condizente com relatos de quedas de berço, cama ou cadeiras altas, pois choque intenso em duas laterais da cabeça ao mesmo tempo é muito raro.

- **Lesões bilaterais ou em várias partes do corpo**

Uma vez que o comportamento humano é definido pela atividade frontal, as quedas provocadas por traumas não intencionais costumam provocar lesões nas áreas de extensão e extremidades - região frontal, mento, cotovelos, palma das mãos, parte anterior de coxas e pernas. A constatação de lesões nos dois lados do corpo, na cabeça e/ou na região posterior do corpo é fortemente indicativa de violência, quando descartadas grandes quedas ou acidentes de trânsito.

- **Lesões que envolvem partes cobertas do corpo (áreas laterais do corpo, dorso, pescoço, região interna da coxa ou área genital)**

Há necessidade de uma boa descrição do mecanismo que provocou a lesão para que se justifique

como “acidente” lesões suspeitas, já que partes cobertas do corpo são naturalmente protegidas por roupa e atingidas em raras situações (exemplos: queda de bicicleta, queda de cavalo e acidentes de trânsito).

- **Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura**

A constatação de escoriações, hematomas ou fraturas em diferentes estágios de cicatrização é altamente indicativa de violências sucessivas e repetitivas.

- **História de tratamentos e hospitalizações repetitivos por “traumas acidentais”**

O histórico de diversos atendimentos por lesões repetitivas, descritas no prontuário como “acidentes”, afastado o diagnóstico de deficiência visual, auditiva ou insensibilidade congênita à dor, levanta a hipótese de violência.

- **Atraso inexplicável entre o “acidente” e a procura de tratamento**

Nos casos de traumas intencionais é comum que os responsáveis pela violência retardem a procura pelo atendimento com medo de serem descobertos. Muitas vezes há procura de atendimento por outras queixas e as lesões ou cicatrizes decorrentes de violência são encontradas no exame físico.

3. EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Registra-se violência contra grupos vulneráveis desde o início da humanidade; o primeiro registro de julgamento por injúria contra menores data de 1864, nos Estados Unidos. Em 1961, a Academia Americana de Pediatria reconheceu a Síndrome da Criança Espancada, identificada por uma série de sinais de violência. Desde então, inúmeras sociedades científicas têm se dedicado a estudar a violência perpetrada contra crianças e adolescentes, promovendo discussões e recomendando ações preventivas e protetivas. No início, a discussão limitava-se apenas às agressões físicas, porém, com o tempo, a violência psicológica, a violência sexual, a negligência, o bullying, o cyberbullying, o suicídio, a autoagressão (cutting) e a alienação parental foram incluídos.

3.1. CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE ACORDO COM TIPOLOGIA E NATUREZA

3.1.1. VIOLÊNCIA FÍSICA

Violência física é conceituada como o conjunto de atos violentos nos quais se faz uso da força de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo.

A. Lesões de pele e mucosas:

A pele, assim como as mucosas, pode ser o local do corpo mais atingido por violência, o que resulta em arranhões, lacerações, cortes, equimoses, hematomas e queimaduras. Cerca de metade das crianças submetidas à violência física apresentam equimoses ou abrasões na região do crânio ou da face. Vale ressaltar que crianças frequentemente podem apresentar tais lesões não resultantes de violência, mas de brincadeiras ou de desatenção durante atividades rotineiras: **o diagnóstico diferencial nestes casos é de grande importância.**

- **Lacerações ou cortes** - são lesões de descontinuidade da pele;
- **Equimoses** - são manchas arroxeadas superficiais na pele ou nas mucosas devido a um pequeno acúmulo de sangue;
- **Hematomas** - são manchas arroxeadas na pele ou na mucosa resultantes do rompimento de vasos sanguíneos, com acúmulo de sangue em maior quantidade sob a pele, tecido subcutâneo

ou mucosa. A coloração pode variar desde o roxo avermelhado até o roxo escuro e, na evolução, vão tornando-se esverdeadas, passando para a cor amarela até desaparecerem, em 7 a 15 dias.

Estas lesões podem apresentar-se de forma característica dependendo do mecanismo da agressão:

- **Lesões circulares decorrentes de sucção e ou mordidas** - mordidas são comuns entre crianças pequenas, sendo proporcionais à arcada dentária de uma criança. Já a constatação de uma ou mais lesões deixadas por marcas de dentes com tamanho da arcada dentária de adulto, equimose ou hematoma central (causados pela força da sucção), sugerem violência. Quando estas lesões são encontradas na região de mamas ou na parte interna de coxas, deve-se suspeitar de violência sexual.
- **Lesões que evidenciam a forma de agressão** - fios elétricos, cintos, fivelas, mãos, nós dos dedos, sola de calçados, garfos, facas, escovas de cabelo e outros objetos são usados, deixando marcas características.
- **Lesões circulares** - em pescoço, mostram indícios de tentativa de enforcamento; em punhos e/ou tornozelos, sugerem que a vítima foi mantida amarrada.
- **Lesões com diferentes colorações, em várias partes do corpo** - a presença de lesões recentes e antigas é forte indicadora de violência crônica.
- **Queimaduras** - lesões causadas por exposição a uma fonte de calor. Na queimadura acidental a pessoa reage imediatamente com o afastamento da parte do corpo afetada da fonte de calor, o que deixa marcas com características irregulares. Deve-se suspeitar de violência quando as marcas sugerem queimadura por imersão ou escaldadura, com contornos definidos:
- **Queimaduras em formato de luva, meia ou que envolvem todo o membro** - queimaduras que se apresentam com limites bem definidos sugerindo que os membros foram mergulhados em líquido quente são características de violência.
- **Queimaduras em região genital e de nádegas** - queimaduras comuns em bebês e crianças que ainda não controlam o esfíncter, usadas como forma de punição.
- **Queimaduras causadas por líquidos quentes** - usualmente, quando um líquido quente cai sobre o corpo, ele causa uma lesão mais intensa no local de primeiro contato e, ao escorrer, a intensidade da queimadura diminui progressivamente. Nas queimaduras intencionais o líquido quente é jogado sobre a pele e provoca lesões de mesma intensidade em diversas áreas.
- **Queimaduras que envolvem áreas de flexão** - dificilmente as queimaduras não intencionais causadas por líquidos quentes atingem as áreas de flexão do corpo, pois a pessoa tenta se proteger. Caso a queimadura atinja dobras do pescoço, das axilas, dos cotovelos, dos joelhos e das regiões inguinais, deve-se pesquisar o mecanismo que a provocou.
- **Queimaduras que evidenciam a forma de agressão** - marcas de ferro de passar roupa, pontas de cigarro, lâminas de faca, fundo de frigideiras/panelas, bulbo de lâmpadas, garfos ou outros metais aquecidos levantam a hipótese de lesões intencionais.

Quadro 01. Lesões de pele e mucosas sugestivas de violência

- Não se justificam pelo mecanismo do trauma relatado;
- Não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento neuropsicomotor da criança;
- Equimoses intraorais, fraturas e lesões intracranianas ou abdominais em criança que ainda não anda;
- Em várias partes do corpo, simétricas ou bilaterais;
- Em múltiplas partes do corpo;
- Múltiplas, em diferentes estágios de evolução e cicatrização;
- Em localizações não usuais, como tronco, orelhas, face, pescoço, dorso das mãos ou parte superior dos membros superiores;
- Que envolvem partes usualmente cobertas ou protegidas do corpo, como laterais, grandes extensões de dorso, pescoço, região interna de coxa, genitália, nádegas;
- Marcas de objetos significativas e inexplicáveis;
- Lesões antigas e cáries sem tentativas de tratamento são evidências de negligência.

Fonte: Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica, Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 2, Setembro de 2018.

A. Lesões musculoesqueléticas

Depois da pele e das mucosas, os tecidos moles e os ossos são os tecidos mais acometidos pela violência física. A presença de luxações, fraturas ou a necessidade de imobilização de membros de forma recorrente podem levantar a suspeita de que exista violência física crônica, o que exige uma avaliação cuidadosa do caso. Algumas lesões musculoesqueléticas podem sugerir que tenham sido provocadas:

Fraturas em diferentes estágios de cura - são evidenciadas em radiografia de corpo inteiro levando à hipótese de violência, sendo este procedimento obrigatório na suspeita de violência contra crianças menores de 2 anos de idade.

Luxação dos dois ombros - ocorre principalmente em crianças menores de 7 anos que sofrem violentas sacudidas quando sustentadas pelos braços.

Fraturas de membros inferiores - diagnosticadas em crianças que não andam e que não podem ser explicadas pela fase de desenvolvimento motor da mesma.

Fraturas de costela ou de coluna vertebral - fraturas encontradas em crianças menores de 2 anos e decorrentes de violenta compressão do tórax ao serem agarradas ou sacudidas. Já em crianças maiores estas fraturas resultam de pancadas diretas sobre o tórax, podendo ser múltiplas e simétricas.

Fraturas bilaterais dos ossos do crânio - fraturas que ocorrem quando um lactente é jogado contra a parede ou é agredido várias vezes e são difíceis de serem explicadas por quedas ou acidentes comuns pois exigem um mecanismo de trauma bilateral.

Fraturas de mandíbula - fraturas provocadas por socos ou tapas violentos na face, acometendo conjuntamente os dentes. Este tipo de ação intencional pode ser confundida com fraturas provocadas de forma não intencional em crianças e adolescentes que praticam esportes sem proteção adequada, sendo necessário um histórico detalhado e consistente do acidente.

Os profissionais devem diferenciar de violência:

- Traumatismos e fraturas em várias regiões do corpo que podem ocorrer em quedas e acidentes de trânsito.
- Fraturas de crânio em lactentes a partir do quinto ou sexto mês de idade, que caíram da cama ou do trocador.

Algumas doenças devem ser lembradas no diagnóstico diferencial após avaliação da história familiar, da história pregressa, dos exames clínicos e dos exames laboratoriais da criança ou do adolescente, afastando a hipótese de violência:

- Equimoses, hematomas: podem ser manifestação de leucoses, distúrbios de coagulação ou doenças vasculares, mesmo aparecendo em regiões não sugestivas de traumas acidentais;
- Outras lesões de pele: podem resultar de impetigo bolhoso, fitofotodermatose, síndrome da pele es-caldada, meningococemia (púrpura);
- Alterações ósseas: podem ser manifestações de osteomielite, osteogênese imperfeita, hiperostose cortical, escorbuto e podem sugerir traumas ósseos;
- Fraturas de costelas: podem ser resultado de reanimação cardiopulmonar;
- Alterações neurológicas: podem ser devidas a trauma de parto, meningites, sepse, intoxicação por monóxido de carbono, erros inatos do metabolismo;
- Manchas mongólicas dos recém-nascidos (manchas de coloração marrom-azulada ou arroxeada, localizadas principalmente na região lombossacra dos bebês, podendo acometer também tronco e extremidades): não confundir com equimoses ou hematomas.

Quadro 02. Fraturas Sugestivas de Violência

- **Múltiplas, bilaterais, em diferentes estágios de consolidação;**
- **Cranianas múltiplas, complexas, occipital ou parietal posterior;**
- **Espiraladas em diáfises, em úmero e fêmur (em crianças que ainda não andam) que, mesmo isoladas, sugerem fortemente maus-tratos e ocorrem por torção e rotação forçada da extremidade;**
- **Metafisárias, pois quando a força do trauma é aplicada nas zonas de inserção ligamentar ocorrem arrancamentos de fragmentos ósseos e fratura transmetafisária;**
- **Epifisárias e metafisárias sugerem violência física por necessitarem de forças extras para serem produzidas, não somente quedas ou impacto direto;**
- **Arcos costais posteriores, múltiplas, bilaterais e próximas das articulações costovertebrais. Ocorrem no primeiro ano de vida, por mecanismo indireto de compressão anteroposterior do tórax e compressão secundária do extremo posterior das costelas contra as respectivas apófises transversas;**
- **Metacarpais e metatarsais em geral são acompanhadas de outras fraturas e ocorrem quando os adultos pisam nas mãos ou nos pés das crianças;**

Fonte: Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica, Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 2, Setembro de 2018.

B. Lesões Encefálicas

Lesões encefálicas decorrentes de violência física, dependendo da área atingida, podem deixar sequelas severas e levar à morte. O diagnóstico destas lesões necessita de cuidadoso exame clínico-laboratorial, associado ao histórico do trauma. Nestes casos, vários profissionais são envolvidos para verificar as condições familiares e a consistência dos relatos.

A Síndrome do Bebê Sacudido (Shaken Baby Syndrome) é uma das mais graves lesões encefálicas, consequente ao ato de sacudir o lactente de forma violenta e intencional.

É provocada por chacoalhamento em crianças abaixo de 3 anos de idade: a vítima típica costuma ter menos de um ano e, usualmente, menos de seis meses de idade, em geral é do sexo masculino e cuidada por apenas uma pessoa no período da agressão. Os sintomas são inespecíficos: diminuição do nível de consciência, sonolência, irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar, vômitos, convulsões, alteração do ritmo respiratório incluindo apneia, coma e postura em opistótono.

Podem ocorrer fraturas em arco posterior de costelas (em até 50% dos casos, reforçam o diagnóstico da síndrome), hemorragia subdural e hemorragias retinianas (não em todos os casos); sequelas oftalmológicas (até cegueira), lesões encefálicas com atraso do desenvolvimento psicomotor, convulsões, lesões de medula espinhal e até morte.

Embora nenhuma lesão seja exclusivamente um sinal próprio e característico de uma doença, a combinação de hemorragias retinianas e subdurais em um lactente ou criança pequena, na ausência de uma adequada justificativa, aumenta o grau de suspeita de violência.

A Academia Americana de Pediatria tem recomendado o termo "Traumatismo Encefálico por Violência", para descrever lesão na cabeça secundária a chacoalhamento, traumatismo de impacto, ou uma combinação de ambos.

C. Lesões oculares

O trauma na região dos olhos é comum em crianças de 2 a 3 anos quando elas se chocam nos cantos de mesas ou de balcões da altura de seus olhos, sendo sempre unilateral.

Hematomas encontrados nas duas regiões orbitais, com ou sem lesão ocular, incluindo o comprometimento de outras regiões da face, ocorrem por grandes traumatismos. As lesões oculares e/ou palpebrais bilaterais provocadas por agressões não incluem traumatismo do nariz.

D. Lesões torácicas e abdominais

As lesões torácicas e abdominais são mais comuns em crianças maiores, decorrentes de socos ou pontapés. Estas agressões podem provocar sangramentos e/ou perfurações de órgãos internos, exigindo intervenções médicas imediatas.

E. Intoxicações

As intoxicações podem ser formas de violência de difícil diagnóstico: para tal são utilizados os mais variados produtos, desde veneno de rato, inseticidas, produtos de limpeza, álcool, drogas, medicamentos e outros. Suspeita-se de intoxicação sempre que se estiver frente à:

- Criança com queixa de intoxicação acidental mas com relato confuso e discordante entre os pais ou levada para atendimento após muito tempo do ocorrido, sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para o tratamento.
- Criança com sintomas complexos de origem obscura, com o comprometimento do sistema nervoso central ou dos mecanismos de coagulação e/ou do sistema digestivo, sem que se possa

enquadrá-los em doença conhecida.

Nestes casos, os exames laboratoriais e toxicológicos auxiliam no diagnóstico com a possibilidade de identificar a negligência ou a intoxicação intencional. As crianças maiores e os adolescentes podem ingerir substâncias na tentativa velada de suicídio.

3.1.2. VIOLÊNCIA SEXUAL

Para esse tema, foi desenvolvido um capítulo intitulado “Atendimento Clínico às Vítimas de Violência Sexual”, anexo nesse protocolo, onde constam os sinais e sintomas desse tipo de violência.

3.1.3. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Como sinais e sintomas mais comuns encontrados em crianças e adolescentes que sofrem violência psicológica, são citados:

- Comportamentos de apatia e isolamento ou agressividade e atitudes de provocação.
- Baixas autoestima e autoconfiança.
- Irritabilidade ou choro sem causa aparente.
- Frequentes lesões de pele sem causa aparente.
- Obesidade ou distúrbios alimentares.
- Enurese ou encoprese.
- Atrasos na aquisição da linguagem e gagueira.
- Vulnerabilidade na constituição e na preservação da saúde física e mental.
- Dificuldade de formar relações interpessoais satisfatórias.
- Descrédito quanto à possibilidade de amar e ser amado.
- Sentimento de culpa e de desamparo.
- Visão pessimista de mundo.
- Comportamentos autodestrutivos, hostis ou antissociais.
- Dependência, sentimentos depressivos, retraimento.
- Sintomas de ansiedade excessiva.
- Desejo de fuga ou fuga consumada.
- Comportamento de risco (fuga de casa, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, etc.).

QUADRO 03: Alterações/sinais de violência

Alterações / Sinais de Violência	Crianças			Adolescentes
	0 a 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 19 anos
Choros sem motivo aparente	✓	✓	✓	✓
Irritabilidade frequente, sem causa aparente	✓	✓	✓	✓
Olhar indiferente e apatia	✓	✓	✓	✓
Tristeza constante		✓	✓	✓
Demonstração 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, e vômitos persistentes	✓	✓	-	-
Distúrbios de alimentação	-	✓	✓	✓
Enurese e Encoprese	-	-	✓	✓
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala	-	✓	✓	-
Distúrbio do sono	✓	✓	✓	✓
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	-	✓	✓	✓
Aumento da incidência de doenças, injustificáveis por causa orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	✓	✓	✓	✓
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	✓	✓	✓	✓
Distúrbios de aprendizagem, levando ao fracasso na escola	-	-	✓	✓
Comportamento extremos de agressividade ou destrutividade	-	✓	✓	✓
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, objetos ou situações	-	✓	✓	✓
Pesadelos constantes, terror noturno	-	✓	✓	✓
Tiques ou manias	-	✓	✓	✓
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas	-	-	✓	✓
Baixa autoestima e autoconfiança	-	-	✓	✓
Automutilações, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio	-	-	✓	✓
Problemas de atenção ou dificuldade de concentração	-	-	✓	✓
Sintomas de hiperatividade	-	✓	✓	✓
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes	-	-	✓	✓
Uso abusivo de álcool e outras drogas	-	-	✓	✓
Doenças sexualmente transmissíveis	✓	✓	✓	✓
Infecção urinária de repetição	✓	✓	✓	✓
Hiperemia ou secreção uretral ou vaginal	✓	✓	✓	✓
Quedas e lesões inexplicáveis	✓	✓	✓	✓
Lesões físicas (manchas roxas, fraturas, queimaduras, feridas), às vezes vários estadiamentos	✓	✓	✓	✓

OBS.: Os espaços pintados indicam a presença do sinal/sintoma sugestivo de violência no respectivo ciclo de vida.

3.1.3.1. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Na síndrome de *Münchausen* por procuração, síndrome de *Münchausen* causada por terceiro ou síndrome de *Münchausen by proxy* o cuidador (geralmente a mãe, mas também pode ser outro familiar ou apenas cuidador) provoca doença na criança sob sua tutela através dos mais diversos meios, mesmo com risco de colocar a vida desta em perigo, num claro ato de violência física e psicológica aliada à negligência, levando à indicação, pelo profissional médico, de exames e tratamentos desnecessários e muitas vezes dolorosos. As vítimas podem crescer doentes e ficar incapazes, à margem das atividades normais de outras crianças, impedidos de frequentar a escola e, muitas vezes, até de brincar.

Manifestações:

- Neurológicas;
- Gastrointestinais;
- Rashs cutâneos ou sintomas alérgicos variados e progressivos;
- Transtornos de comportamento ou outros sintomas psiquiátricos, muitas vezes assumidos pela vítima;
- Referências à febre;
- Sangramentos simulados ou provocados;
- Evento aparentemente fatal, eventos inexplicáveis resolvidos, até síndrome de morte súbita;
- Acréscimo de sintomas ou aumento da frequência de eventos relacionados a uma doença preexistente.

Existem vários relatos de casos fatais. A mortalidade pode chegar a 9%. Crianças submetidas à asfixia (com sacos plásticos, travesseiros, mãos) e intoxicações podem evoluir para encefalopatia crônica e retardo mental.

O diagnóstico da síndrome de Münchausen por procuração é especialmente clínico, pela observação das incoerências entre as queixas do cuidador, os sintomas apresentados e os exames clínicos e laboratoriais. Muitas vezes é necessária a cooperação entre uma equipe interdisciplinar experiente, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para suspeitar e confirmar a suspeita diagnóstica.

Embora relativamente rara nas denúncias de violência, os profissionais da saúde precisam ter um alto índice de suspeita quando confrontados com resultados aparentemente inexplicáveis, falha de tratamento ou crianças nascidas normais em acompanhamento em mais de três especialidades. Além disto, o número de casos deve ser maior pois muitos profissionais evitam notificar casos com pequeno nível de certeza para evitar constrangimentos ou envolvimento em ações judiciais.

3.1.3.2. BULLYING

Bullying é uma forma de agressão física ou psicológica, intencional, feita de maneira repetitiva, de forma individual ou coletiva também por crianças e adolescentes, por um ou mais alunos contra um ou mais colegas, geralmente em escolas, mas pode ocorrer em outros locais, como no trabalho, na família, na comunidade, no esporte, nos centros de detenção, entre outros. A palavra "bullying" tem origem na palavra inglesa "bully", que significa intimidar, amedrontar, tripudiar.

É necessário conhecer bem as características do bullying para adequadamente definir este fenômeno:

- O autor do bullying sabe ou entende que sua ação será desagradável, perturbadora ou poderá machucar o outro, mas faz mesmo assim, sem qualquer motivo (como resultado de uma discussão, briga ou provocação, por exemplo). Para tal é necessário discernimento sobre seus atos, dei-

xando de fora as crianças menores de três anos e parte das pessoas com deficiência intelectual;

- Convencionou-se não considerar bullying os atos isolados, executados eventualmente, mas somente quando tais atos se tornam repetitivos, contando a partir da terceira vez; Característica essencial no bullying é a relação desigual de poder, melhor compreendida pela percepção do alvo ao sentir-se inferior em força física, em desvantagem numérica (quando há mais autores que alvos) ou quando há visível diferença em autoconfiança, autoestima e popularidade no grupo. Mesmo quando esses fatores não são claramente percebidos, há que se considerar a dificuldade do alvo de defender-se;
- Pode incluir violência física, verbal, escrita, material, moral, social ou psicológica, além do cyberbullying;
- Atitudes agressivas como apelidar, debochar, agredir, difamar, ameaçar, pegar ou danificar pertences, excluir de conversas ou atividades são compatíveis com este tipo de violência e visam humilhar e intimidar a vítima.

O papel do profissional de saúde, embora ainda subdimensionado, é de grande importância na detecção do bullying e na participação em estratégias para sua prevenção e controle. Dificilmente uma criança ou um adolescente irá ao pediatra por reconhecer ser alvo ou autor de atos de bullying. Entretanto, este profissional deve estar preparado para lidar com o problema e, ao suspeitar de um caso, saber buscar informações sobre os riscos de origem familiar, escolar e comunitária, já que tanto os alvos quanto os autores têm um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental e problemas sociais ao longo da vida.

Além de uma eventual queda do rendimento escolar, crianças e adolescentes vítimas de bullying podem apresentar doenças físicas e psicossomáticas, piora de condições preexistentes e, em casos extremos, optar por atitudes extremas, como o suicídio. Os resultados do desequilíbrio emocional que passam a viver os tornam inseguros e impedidos de pedir ajuda, chegando a interiorizar os “castigos” recebidos, julgando-se merecedores deles. Às vezes simulam doenças que podem se perpetuar, entram em estado depressivo grave e perdem o prazer de viver. Estudos recentes feitos com estudantes do ensino médio mostram que cerca de 8% dos que sofreram bullying levam armas (facas, revólveres) escondidas na mochila.

**Na maioria das vezes os envolvidos no bullying são dois ou três personagens: O AUTOR (ES), o ALVO (S) e o ESPECTADOR (ES) (LOPES NETO, 2005; OLWEUS, 2013; HYMEL E SWEARER, 2015).
Considera-se que todos os envolvidos precisam de ajuda (SILVA e VINHA, 2011).**

ATENÇÃO:

Muitas vezes o que parece bullying não é! Em outras não parece, mas é!

3.1.3.3. CYBERBULLYING

Violência que inclui a utilização de mídia eletrônica, por intermédio de e-mails, postagens, imagens ou vídeos. Tem o potencial de, em segundos, alcançar um número muito grande de pessoas deliberadamente e, em alguns casos, anonimamente, podendo causar danos psicológicos mais acentuados e negativos.

Os adolescentes vítimas do cyberbullying podem estar mais propensos a tentar suicídio que aqueles que não passaram por essa agressão. Existe uma relação entre exposição ao cyberbullying e o tempo gasto na internet: quanto mais tempo o adolescente permanece conectado, maior é a chance de ele

se tornar vítima.

Os sintomas causados pelo cyberbullying (alteração do sono, queixas gastrointestinais, transtornos alimentares, dores de cabeça, irritabilidade, queda brusca no rendimento escolar, automutilação, transtorno de ansiedade e depressão, pensamentos destrutivos como desejo de morrer) são similares aos apresentados pelas vítimas de outras formas de bullying.

É importante que os jovens sejam alertados quanto aos perigos envolvendo dois crimes frequentemente praticados com meios eletrônicos conhecidos como sexting e grooming.

- Sexting: consiste na veiculação de mensagens de conotação sexual.
- Grooming: é caracterizado pelo estabelecimento de uma conexão emocional com a criança ou adolescente, geralmente novatos na rede, e, algumas vezes, com sua família, baixando suas defesas com o objetivo de violência sexual, produção de pornografia infantil e chantagem.

3.1.3.4. ALIENAÇÃO PARENTAL

Forma de violência psicológica conceituada no artigo 2º da Lei nº 12.318/2010, consiste na interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.

O bem-estar da criança ou do adolescente deveria ser o foco principal no impasse entre genitores, já que além de sofrer com a separação dos pais, o menor pode tornar-se alvo de denúncia de violência sexual, muitas vezes difícil de ser comprovada e que pode confundir-se com alienação parental.

É fundamental o domínio deste conceito por aqueles que atuam com crianças ou adolescentes e suas famílias a fim de avaliarem cada caso com propriedade.

3.1.4. NEGLIGÊNCIA

Negligência caracteriza-se como a omissão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança ou adolescente e é manifestada por privação de medicamentos, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra frio ou calor, não provimento de estímulos educacionais e ausência de afeto. É uma das apresentações mais frequente de maus-tratos, que há pouco tempo vêm sendo de fato reconhecidos, sendo o abandono o seu extremo, podendo manifestar suas consequências em parte ou em toda a vida de uma criança.

As consequências destes maus-tratos podem apresentar uma gama de variações e intensidades, como danos à saúde física e mental, à educação, afetividade e coletividade.

Evidências clínicas mais comuns de negligência:

- Aspecto de má higiene, contrastando com o aspecto dos pais;
- Roupas inadequadas ao clima ou desconfortáveis;
- Acompanhamento deficiente da saúde, com tratamentos inadequados ou interrompidos e com vacinas em atraso;
- Despreocupação dos pais com as necessidades das diferentes etapas de desenvolvimento dos seus filhos;
- Desnutrição e baixa estatura por falta de alimentação ou alimentação inadequada;
- Comportamento apático, alternado, algumas vezes, com extrema irritabilidade, balanço da cabe-

- çã ou do corpo quando a criança está sozinha ou com sono;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor, na linguagem ou na aprendizagem e problemas de adaptação social;
- Acidentes frequentes;
- Comparecimento irregular ao centro de educação infantil ou à escola, idade inadequada (superior) ao ano frequentado, ausência de acompanhamento ou de preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar e o não comparecimento deles quando solicitado;
- Tentativas de suicídio, autoagressões e tentativas de fuga de casa.

3.1.5. AUTOAGRESSÃO OU SELF-CUTTING

Cortes de automutilação que geralmente os adolescentes fazem como gestos de autoagressão ou gestos suicidas, com o significado de não sentir a dor do sofrimento por bloqueio emocional ou afetivo. Configura-se como sintoma de alguns transtornos alimentares ou depressivos; mais comum a partir dos 13 anos, tende a diminuir após os 20 anos, mas pode persistir ao longo da vida se o indivíduo não for tratado.

3.1.5.1. Tipos de lesão:

- Repetitivas
- Superficiais ou leves
- Cortes ou feridas puntiformes
- Podem ser lesões moderadas ou graves, com extirpação de órgãos
- Podem acontecer em transtorno psicótico ou em transtorno obsessivo compulsivo em fase crítica.

3.1.5.2. Localização:

- Partes do corpo escondidas sob a roupa
- Também em braços, pulsos e pernas (adolescentes costumam usar mangas longas para esconder as lesões).

É mais comum o cutting ser realizado a sós (80%), mas pode acontecer em conjunto, por identificação com colegas ou como repetição de imagens postadas em redes sociais ou vídeos. Quando de forma compulsiva, com fixação, decorre da repentina ânsia de se machucar e promover alívio da ansiedade, como na tricotilomania- arrancar cabelos, sobrancelha ou pelos pubianos.

Quanto maior a frequência e a profundidade das lesões, maior o risco; cortes em áreas mais nobres como abdômen, região cervical e áreas mais escondidas também refletem fator de risco.

3.1.5.3. SUICÍDIO

Ato intencional de um indivíduo de qualquer idade para extinguir a própria vida. Cada vez mais comum e ocorrendo cada vez mais cedo, o desejo de morte, pode ser encontrado já na infância.

Tentativas de suicídio não são uma maneira de chamar atenção: qualquer anúncio deste desejo deve sempre ser levada a sério e a ignorância destes avisos ou a interpretação de que as tentativas de suicídio malsucedidas são apenas para chamar a atenção dos responsáveis são enganosas.

Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018) as taxas de suicídio também são ele-

vadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade.

Fatores de risco:

- Transtornos de personalidade
- Depressão e alcoolismo
- Depressão e ansiedade
- Tentativas anteriores de suicídio
- Ausência de apoio social
- Histórico de suicídio na família
- Forte ideação suicida
- Dependência química
- Deficiente base social com desemprego e baixo nível educacional
- Situações de violência

DE LONGE, O FATOR DE RISCO MAIS RELEVANTE PARA O SUICÍDIO É A TENTATIVA ANTERIOR.

◇ **Locais:** o lar é o cenário mais frequente, seguido por hospitais.

3.2. COMPORTAMENTO OU IDEAÇÃO SUICIDA:

Não são raros os sentimentos de “desesperança” frente à situações adversas da vida, em que as pessoas não conseguem encontrar solução para alguns problemas. Muitas vezes, o que se pretende dar fim é na angústia, que de tão insuportável, pode se transformar em ato. Entende-se que a ideação suicida prediz o ato e por isso faz-se necessário não só a detecção precoce desses pensamentos, como também um maior entendimento a respeito dos motivos causadores do seu surgimento e das características peculiares.

A intensidade desses pensamentos, profundidade, duração, contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles são fatores que distinguem o indivíduo saudável de um que se encontra à

Na identificação de sinais clínicos que indiquem a suspeita de violência contra crianças e/ou adolescentes, o profissional deve fazer registro no prontuário, preencher a Notificação Obrigatória e encaminhar o caso para a Rede de Proteção.

REFERÊNCIAS

BRASIL (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: Volume Único** [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CURITIBA (2008). **Protocolo da Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS (2018) **Clinical Practice: Recognizing Child Sexual Abuse - What Makes It So Difficult?**, Thekla F. Vrolijk-Bosschaart, Sonja N. Brilleslijper-Kater, Marc A. Benninga, Ramón J. L. Lindauer, and Arianne H. Teeuw. Eur J Pediatr. 2018; 177(9): 1343–1350. Published online 2018 Jun 25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607905/>.

FEBRASGO (2017) Profa. Sandra Serapião Schindler– Membro da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei. – Profa. Adjunta do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da UFBA. **Violência Sexual Contra Crianç s e Adolescentes**.

HEALTHY CHILDREN. **Abuse Sexual**. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Sexual-Abuse.aspx>.

HOHENDORFF, J.V., PATIAS, N.D. **Violência sexual contra crianç s e adolescentes: identificação, consequências e indicaç es de manejo**. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474/>, Jean Von Hohendorff, Faculdade Meridional –IMED –Brasil, Naiana Dapieve Patias, Faculdade Meridional– IMED– Brasil. Barbar i, Santa Cruz do Sul, n.49, p.<239-257>, jan./jun. 2017.

JOURNAL OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY (2018) **Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018**. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. Volume 31, Issue 3, June 2018, Pages 225-231. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318817305429>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS 1996). **Classificação Estatística Internacional de Doenç s e Problemas Relacionados   Saúde: CID-10 Décima revisão**. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenç s em Português. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS, 2018). **Folha Informativa - Suicídio**. 2018. Acessado em 29/11/2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839

PEDIATRICS (2017) **Clinical Considerations Related to the Behavioral Manifestations of Child Maltreatment**, PEDIATRICS Volume 139, number 4, April 2017. <http://pediatrics.aappublications.org/>

content/pediatrics/139/4/e20170100.full.pdf

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Coordenação: Renata Dejtjar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2018a). **Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica, Manual de Orientação**, Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 2, Setembro de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2018b) **Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica**, Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 2, Setembro de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2018c). **Violência e saúde de adolescentes e jovens- Como o pediatra deve proceder?**, Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Adolescência, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 8, Julho de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2017a) **Desafios da prática pediátrica: Cutting**, Caso Clínico, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 2, Abril de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (2017b) Bullying, **Guia Prático de Atualização**, Departamento Científico, de Saúde Escolar, Sociedade Brasileira de Pediatria, Nº 3, Novembro de 2017.

4. EVIDÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Os cirurgiões-dentistas estão em uma posição privilegiada para observar os sinais de maus-tratos, pois a maioria das injúrias, nos casos de abuso físico, envolvem as regiões de cabeça, pescoço e boca (CAVALCANTI, 2002). A região oral é bastante atingida nos acidentes não intencionais, nos primeiros anos de vida, quando a marcha ainda não está bem estabelecida e as quedas são frequentes, sem que a criança saiba proteger o seu rosto.

Traumatismos que envolvem outras regiões da face, se acompanhados ou caracterizados por equimoses, fraturas dentárias, deslocamentos ou perda de dentes, principalmente em maiores de três anos, devem lembrar a possibilidade de maus-tratos.

Diagnósticos de maus-tratos evidenciados pelo cirurgião-dentista

A frequência de atendimentos durante o período de tratamento possibilita ao profissional o reconhecimento de comportamentos e lesões físicas decorrentes de violência e maus-tratos contra a criança. Segundo NEEDLEMAN, 1991, o diagnóstico inicia na sala de espera, onde os profissionais da clínica observam a aparência da criança, estado geral, peso, estatura, interação com os pais e sua vestimenta (uso de roupas de frio em dias quentes pode ser uma indicação de maus-tratos).

Cirurgiões-dentistas podem desempenhar um papel importante para interromper o ciclo de maus-tratos, visto que 75% das lesões físicas têm assento na cabeça, pescoço, face e/ou boca (AUSTIN, 2012). Quando houver suspeita de violência, os exames extraorais e intraorais devem ser realizados cuidadosamente.

SINAIS CLÍNICOS PARA CIRURGIÃO-DENTISTA

Lesões extraorais:

Hematomas, queimaduras, vergões na pele, falta de cabelo (alopecia) no couro cabeludo devido a puxões violentos do cabelo, hematoma orbitário (olhos), fratura e desvio de septo (nariz), mordidas, manchas por sucção e outros já citados anteriormente (vide evidências médicas).

Lesões intraorais:

- **Lábios e boca**

- ➔ Contusões, lacerações nos lábios e na língua, na mucosa bucal, no palato duro e mole, na gengiva e nos freios labiais e linguais;
- ➔ Desvio de abertura bucal;
- ➔ Presença de escaras e machucados nos cantos da boca (comissuras);
- ➔ Queimaduras na gengiva, na língua, no palato duro e na área interna da cavidade bucal, provocadas por alimentos quentes e utensílios domésticos quentes ao alimentar a criança;
- ➔ Equimoses das bochechas decorrentes de socos e bofetadas;

VIOLÊNCIA SEXUAL: alteração de comportamento, lesões de IST, petéquias (pontos vermelhos causados por hemorragia de vasos) e eritema em palato mole e duro (sexo oral forçado).

Sífilis (exceto a congênita), gonorreia, condiloma acuminado (verrugas), presença de pelos pubianos e esperma na cavidade bucal, eritema e petéquias em palato duro devido à felação, são alguns sinais de abuso sexual.

- **Dentes, maxilas e mandíbula**

- ➔ Fraturas, luxações, intrusão, extrusão, avulsão ou perda precoce e alterações de cor em um ou mais dentes;
- ➔ Fraturas faciais, como fratura de corpo, ramos e côndilos da mandíbula, principalmente em crianças que ainda não andam, assim como fratura do osso zigomático.

GUIA PRÁTICO PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

Segundo a Cartilha: Violência Doméstica contra criança/adolescente para Cirurgião-Dentista, da Faculdade de Odontologia da USP, 2015), alguns comportamentos podem ser observados/investigados pelos profissionais da assistência.

I. Detecção de “lesões sentinelas” em crianças < 1 ano (abuso físico/negligência)

- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com a criança;
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima...);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax);
- Documentar a suspeita (por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados- incluindo fotografias, exame físico).

II. Contusões e Queimaduras (abuso físico/sexual)

- Questionar o cuidador a respeito da origem de tais marcas;
- Questionar a criança sobre as marcas, separadamente do cuidador;
- A criança já é independente (consegue se locomover, por exemplo);
- Verificar a consistência das histórias contadas sobre a lesão;
- Verificar localização das contusões (áreas mais expostas ou menos expostas, tecidos moles ou próximas ao osso- canelas, testa, joelhos);
- Verificar o padrão das lesões (compatíveis com marcas de mordida, de palmadas, queimaduras);
- Exames de outras áreas (intraoral, costas, orelhas, pescoço, por exemplo);
- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com o menor;
- Observar a reação da criança ao toque (contato físico);
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax);
- Diagnóstico diferencial: desordens sanguíneas (encaminhar criança para um hematologista);
- Documentar a suspeita (por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados- incluindo fotografias, do exame físico);

III. Exame intraoral (abuso físico/sexual/negligência dental)

- Injúrias como ruptura de freios labiais e sublinguais, felação, fraturas dentárias e lesões labiais compatíveis com a história do cuidador;
- Exames de outras áreas (extraoral);
- Muitos dentes decíduos condenados à extração por lesões cariosas;

- Acessibilidade ao tratamento odontológico;
- Verificar se a criança possui outros cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima);
- Observar os fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Observar o comportamento dos cuidadores em relação à criança durante a consulta e da criança diante dos pais;
- Instruir os cuidadores da importância sobre prevenção de doenças bucais e tratamento odontológico;
- Observar o tempo decorrido entre o suposto acidente e a busca pelo serviço odontológico;
- Verificar aceitação, assiduidade nas consultas agendadas e seguimento das prescrições;
- Documentar a suspeita (por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados- incluindo fotografias, do exame físico);

Diagnóstico diferencial

- Traumas acidentais, como por exemplo: quedas de bicicleta, skate, patins e outros;
- Doenças dermatológicas, como exemplo, epidermólise bolhosa;
- Doenças hematológicas, como trombocitopenia, púrpura idiopática e hemofilia;
- Doenças ósseas, como a osteogênese imperfeita;
- Hemangiomas e melanomas.

Na identificação de sinais clínicos que indiquem a suspeita de violência contra crianças e/ou adolescentes, o profissional deve fazer registro no prontuário, preencher a Notificação Obrigatória e encaminhar o caso para a Rede de Proteção.

REFERÊNCIAS

AUSTIN, M. **Domestic Violence**. 2012. Disponível em: <<https://dentallearning.org/course/Domestic-Violence/Domestic%20Violence.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2019.

CAVALCANTI, A. L. **Prevalência, Característica e Manifestação Bucais de Maus-Tratos Físicos em Crianças e Adolescentes na Região Metropolitana de João Pessoa - PB**. Revista APCD, São Paulo, jul. ago. 2002.

CURITIBA (2008). **Protocolo da Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FO/USP). **Cartilha Sobre Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes para o Cirurgião-Dentista**. 1 Ed. São Paulo 2015.

NEEDLEMAN, H. L. A. **A Criança Maltratada e Abandonada**. In: MCDONALD, R. E; AVERY, D. R. Odon-topediatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991. p.16-23.

ANEXO 12: ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de humanizar, facilitar e dar qualidade ao atendimento às vítimas de violência sexual, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Secretaria de Estado da Segurança (SSP-PR) e o Instituto Médico Legal (IML), firmou, em 2002, **a parceria com três hospitais para o atendimento às vítimas de violência sexual ocorrida no prazo de até de 72 horas.**

Estes hospitais de referência em Curitiba são: **Hospital Infantil Pequeno Príncipe (HIPP)**, que atende vítimas até 12 anos incompletos¹⁰; Complexo Hospitalar de Clínicas (CHC), no Pronto-Atendimento da Maternidade, que atende vítimas de ambos os sexos, com mais de 12 anos e **Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM)**, somente para vítimas do sexo feminino, a partir de 12 anos de idade.

Para fins legais, o médico perito credenciado pelo IML deve fazer os exames periciais antes de qualquer outro procedimento, nos casos em que a violência ocorreu até 72 horas. Compatibilizar os dois procedimentos é algo altamente desejável: o exigido juridicamente e o da assistência médica propriamente dita, a fim de poupar a vítima de relatar várias vezes o ocorrido e ser examinada muitas vezes, revivendo a situação traumática. Por outro lado, a recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências.

Decorrido o prazo de 72 horas da violência sexual, ou nos casos crônicos, as vítimas deverão ser atendidas nas Unidades de Saúde.

O Ministério da Saúde (MS) atualiza periodicamente normas técnicas de acordo com as modificações na legislação e da jurisprudência brasileira, com o objetivo de qualificar a atuação dos profissionais de saúde. O médico, no entanto, deverá estar capacitado para o manejo clínico e psicológico da vítima, além do conhecimento da legislação específica. Isso exige que o médico e a equipe de saúde tenham disponibilidade, paciência, cautela e atenção para que a sua abordagem e o seu atendimento não sejam interpretados pelo paciente como um novo ato de "vitimização", desta vez pelo próprio serviço de saúde. Recomenda-se atenção especial para os casos de crianças pequenas que não conseguem relatar a violência sofrida, com ênfase no acolhimento e investigação dos sinais e sintomas clínicos e comportamentais.

10. Embora o ECA estabeleça que a faixa etária para crianças é compreendida entre 0 e 11 anos e adolescente entre 12 e 18 anos, e considerando que a violência é um agravo de notificação compulsória, cabe ressaltar que a faixa etária de notificação de violência adotada pela Vigilância de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber:

- Violência contra criança: ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência;
- Violência contra adolescente: ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou natureza da violência.

2. ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1. ACOLHIMENTO

O acolhimento é um elemento fundamental para uma atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual e engloba o tratamento digno, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir, independentemente do gênero e orientação sexual, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são características do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades.

2.1.1. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO ACOLHIMENTO

- Possibilitar a fala da vítima, respeitar a expressão de seus sentimentos e demonstrar empatia;
- Estabelecer comunicação efetiva, com atenção à comunicação não-verbal (gestos, expressões faciais);
- Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da vítima;
- Organizar o acesso, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando a vítima para serviços específicos;
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada, informando sobre as intervenções necessárias em saúde, bem como em outras áreas, como jurídica e social.

QUADRO 1. Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual

- Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Providência policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento);
- Anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV;
- Vacinação e imunização passiva para HBV;
- Realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico, para seguimentos e conduta específica;
- Agendamento de retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

DIAHV/SVS/MS.
Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

3. CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL OCORRIDA ATÉ 72 HORAS

3.1. ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE OU NA UPA

- Realizar a anticoncepção de emergência - o mais precocemente possível - nas pacientes em idade fértil que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso;
- Orientar os familiares para não higienizar a criança ou adolescente e não trocar a sua roupa;
- Na hipótese da negação do familiar em levar a criança ou adolescente ao hospital, acionar o Conselho Tutelar responsável pela área distrital para fazê-lo;
- Evitar a repetição do relato de violência, por parte da criança ou adolescente, permitindo que eles relatem apenas o que julgarem importante, impedindo, dessa forma a revitimização;
- Providenciar o transporte imediato da vítima ao hospital de referência, se necessário.

LEMBRANDO: São três os hospitais de referência em Curitiba

- Hospital Infantil Pequeno Príncipe, atende crianças até 12 anos incompletos;
- Complexo Hospitalar de Clínicas, no Pronto-Atendimento da Maternidade, atende vítimas de ambos os sexos, com mais de 12 anos;
- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie: somente para vítimas do sexo feminino, a partir de 12 anos de idade.

3.2. ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Realizar o acolhimento da vítima e de seus responsáveis, de modo não invasivo, preservando a criança ou adolescente de situações de revitimização;
- Os hospitais de referência atendem vítimas de Curitiba e da Região Metropolitana;
- Solicitar, através de contato telefônico, a presença do médico legista de plantão, do IML. Para isso, deve-se considerar o local de ocorrência da violência, uma vez que a delegacia do município na qual esta ocorreu é a responsável pela requisição do exame pericial. Vide quadro abaixo:

QUADRO 2: Requisição do exame pericial para vítimas de violência sexual

LOCAL DE RESIDÊNCIA	LOCAL DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA	IDADE DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	DELEGACIA RESPONSÁVEL PELA REQUISIÇÃO DO EXAME PERICIAL
Curitiba	Curitiba	Acima de 18 anos	NUCRIA
Curitiba	Curitiba	Abaixo de 18 anos	Delegacia do Adolescente
Curitiba	Região Metropolitana		Delegacia do município ou Delegacia Especializada, se houver
Região Metropolitana	Curitiba	Acima de 18 anos	NUCRIA
Região Metropolitana	Curitiba	Abaixo de 18 anos	Delegacia do Adolescente
Região Metropolitana	Região Metropolitana		Delegacia do município ou Delegacia Especializada, se houver

Fonte: CE/SMS CURITIBA, 2020.

- Aguardar a presença do médico legista para que os exames clínicos, laboratoriais e periciais sejam realizados num único momento, humanizando o atendimento;
- A vítima não deve ser higienizada, assim como suas roupas não devem ser trocadas antes do exame clínico e pericial, para não remover possíveis provas, a não ser que haja risco de vida;
- O atendimento médico e a coleta de exames do médico legista devem ser realizados conjuntamente. Neste momento, ambos os médicos (clínico/hospital e legista/IML) estabelecem o nível de gravidade, o risco de gravidez e de exposição para ISTs/AIDS;
- A vítima poderá ser internada ou orientada para o tratamento ambulatorial, conforme a situação;
- Competência do médico clínico: prescrição da anticoncepção de emergência, profilaxia das ISTs/AIDS e hepatites virais e solicitação dos exames laboratoriais complementares;
- A vítima e seus pais ou responsáveis devem ser encaminhados para o Serviço Social e Psicologia;
- O médico clínico deve realizar os registros necessários no prontuário, não só para o acompanhamento da vítima como também para fins legais. Devem constar no registro: data, horário dos atendimentos, história clínica, exame físico completo, exame ginecológico, urogenital e anal, descrição minuciosa das lesões (relatando se são recentes ou não e sua localização específica, utilizando o modelo horário), descrição do relato da vítima, orientações fornecidas pelos profissionais e a identificação de todos que também prestaram o atendimento;
- Devem ser preenchidos todos os campos, com a letra mais legível possível, da Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada da Rede de Proteção;
- Nos casos de suspeita ou confirmação de gravidez nas adolescentes vítimas de violência sexual, deve-se identificar se há o risco clínico, desejo de interrupção da gravidez e motivos que possam determinar ou influenciar a sua decisão;
- No caso da impossibilidade de realizar o aborto ou da decisão de manter a gestação, a adolescente deve ser encaminhada à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência para a realização do acompanhamento pré-natal;
- As vítimas devem ser acompanhadas pelos hospitais por um período de seis meses e pela Rede de Proteção por pelo menos um ano.

3.3. ORIENTAÇÕES PARA A VÍTIMA E PARA OS PAIS

- Orientar a vítima e os pais e/ou responsáveis sobre os tratamentos e encaminhamentos necessários;
- Na ausência ou na recusa dos pais e/ou responsáveis em seguir as orientações, solicitar a presença imediata do Conselho Tutelar;
- Orientar os pais e/ou responsáveis para que registrem o Boletim de Ocorrência no Núcleo de Atendimento da Criança e do Adolescente Vítima de Crime (NUCRIA). Se o suposto agressor for um adolescente, a família deverá registrar boletim de ocorrência na Delegacia do Adolescente. Sempre fornecer os endereços das delegacias para a família;
- Orientar retorno ao hospital, em casos de atraso menstrual;
- Explicar sobre os procedimentos que serão realizados durante o acompanhamento até a alta, ressaltando a importância em seguir corretamente os tratamentos propostos;
- Caso a adolescente tenha vida sexual ativa, orientar para o uso de preservativos em todas as suas relações. Enfatizar que, mesmo utilizando outro método contraceptivo, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possíveis Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). De-

ve-se também fornecer preservativos.

3.4. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A Anticoncepção de Emergência (AE) deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso sexual. Está indicada para todas as vítimas (que já apresentem sinais de puberdade) que tenham sofrido violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. É desnecessária a AE quando há o relato de uso prévio de método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, DIU) ou definitiva, como a laqueadura. Porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

Nos casos de prática de ato libidinoso, em que não haja possibilidade de contato de sêmen com a região genital, a AE poderá ser desnecessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual ocorrida, deve-se considerar o uso da AE.

Se a vítima buscar primeiro uma Unidade de Saúde ou UPA, a AE poderá ser imediatamente administrada, devendo-se informar o Hospital de Referência.

Conforme Protocolo Saúde Reprodutiva, da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, editado em 2019, referente ao esquema preconizado para AE orienta-se que:

QUADRO 3: Esquema preconizado para Anticoncepção de Emergência

DROGA	MODO DE USO	ATÉ QUANDO USAR (APÓS A RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA)
Levonorgestrel 0,75mg comprimido	2 comprimidos de Levonorgestrel 0,75 mg, em dose única; OU 1 comprimido Levonorgestrel 0,75mg a cada 12 horas (duas doses).	Ideal até 3 dias. Pode ser estendido até 5 dias (menor eficácia).

Adaptado dos Protocolos Febrasgo - Nº 70, 2018.
Fonte: CURITIBA, 2019

O Protocolo citado acima (CURITIBA, 2019) também orienta sobre a eficácia, contraindicação e efeitos adversos da AE, replicados abaixo.

3.4.1. EFICÁCIA

- A utilização do levonorgestrel previne cerca de dois terços das gestações, se for iniciada até 24 horas do ato sexual;
- Com o início do tratamento instituído dentro das 72 horas após o coito desprotegido, a taxa de gestação foi de 1,1% (OMS);
- A eficácia diminui significativamente com o atraso na administração após a relação sexual desprotegida. A taxa de falha do levonorgestrel, ainda que usados entre o quarto e o quinto dia, é 2,7% (OMS).

3.4.2. CONTRAINDICAÇÃO

A única contraindicação absoluta para a AE, considerada como Categoria 4 pelos Critérios de Elegibilidade em anticoncepção pela OMS, é a gravidez confirmada. Todas as mulheres podem usar a AE com segurança. As mulheres com antecedentes de acidente vascular encefálico, tromboembolismo, diabetes com complicações vasculares e enxaquecas severas são classificadas como Categoria 2 pela OMS, devendo usar a AE contendo levonorgestrel isolado (adaptado da FEBRASGO, 2015).

3.4.3. EFEITOS ADVERSOS

Podem ocorrer: náuseas, vômitos, cefaleia, tontura, alterações de sangramento menstrual. Estes efeitos podem ser minimizados com a prescrição de um antiemético uma hora antes da tomada da AE. Em geral, há remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.

3.4.4. RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- A Anticoncepção de Emergência não protege das ISTs.
- A Anticoncepção de Emergência não deve ser usada de forma planejada ou previamente programada para substituir o contraceptivo de uso regular (FEBRASGO, 2015). Deve ser usada apenas em casos emergenciais.
- Caso a menstruação não ocorra em três semanas, investigar a possibilidade de gravidez.

3.5. EXAMES LABORATORIAIS

O medo de ter contraído ISTs aumenta a ansiedade dos indivíduos expostos. As pessoas em situação de violência devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados, como atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato; profilaxia do HIV, das IST não virais e da gravidez; vacinação e imunização passiva para HBV; testagem para sífilis, HIV, hepatites virais B e C, clamídia e gonorreia; agendamento de retorno para acompanhamento, entre outros.

No quadro a seguir, lista-se os exames laboratoriais que devem ser solicitados no primeiro atendimento, denominado momento imunológico zero.

QUADRO 4: Exames Laboratoriais 1º Atendimento - Momento Imunológico Zero

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
GRAVIDEZ SÍFILIS HIV HEPATITE B HEPATITE C GONOCOCO, CHLAMIDIA E TRICHOMONAS	β HCG Quimioluminescência ANTI-HIV-1 + ANTI-HIV-2 HBsAg e ANTI HBs ANTI-HCV Imunofluorescência direta, cultura, bacterioscopia e exame a fresco

Fonte: CE/SMS CURITIBA, 2020.

3.6. ORIENTAÇÕES PARA AS HEPATITES VIRAIS

- Quando houver suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor, considerar a imunoprofilaxia contra a hepatite B;
- Se não houver contato com fluidos, se o agressor for vacinado ou usar preservativo durante todo

o ato de violência sexual ou ainda, nos casos de violência crônica, a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada;

- Quando o esquema vacinal for completo não há necessidade de reforço ou uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB);
- O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames:
 - » A primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser administrada na ocasião do atendimento e as doses posteriores realizadas nas Unidades de Saúde, após análise dos exames de primeira consulta;
 - » Vacina anti-Hepatite B: aplicar IM em deltoide - 0, 1 e 6 meses após a violência sexual;
 - » IGHAHB: recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas após a violência nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto. Poderá ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual;
 - » A IGHAHB é disponibilizada pela Divisão de Imunobiológicos (Central de Vacinas), conforme solicitação ao Distrito Sanitário do local de atendimento ou Plantão da Epidemiologia (feriados, finais de semanas ou períodos noturnos);
- A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional;
 - » Nos casos de violência sexual em gestantes: vacinar o recém-nascido nas primeiras 12 a 24 horas de vida, associando a IGHAHB, em grupos musculares separados, com esquema vacinal 0, 1 e 6 meses;
 - » Prematuros com idade gestacional menor que 33 semanas ou 2000g deverão receber dose vacinal extra com dois meses de idade: esquema 0, 1, 2 e 6 meses;
 - » O risco de transmissão vertical é baixo para hepatite C, exceto se existir coinfeção com HIV, porém não existem medidas profiláticas específicas.

3.7. PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

A profilaxia das ISTs não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia (BRASIL, PCDT-IST, 2020).

QUADRO 5: Profilaxia das IST em situação de violência sexual

IST	MEDICAÇÃO*	POSOLOGIA	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) em dose única	50.000 UI/Kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona: 500mg, 1 ampola, IM, dose única MAIS Aзитromicina: 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (total dose: 1g)	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única MAIS Aзитromicina: 20mg/Kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/Kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^o	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos indicados, devem-se utilizar fármacos alternativos, conforme exposto nos capítulos específicos desse PCDT.

^a A administração profilática do metronidazol ou suas alternativas pode ser postergada ou evitada em caso de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de PEP.

^o O metronidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: BRASIL, PCDT-IST, 2020.

As crianças apresentam maior vulnerabilidade às ISTs, devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser investigado.

3.8. PREVENÇÃO DE HIV

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, segundo BRASIL, PCDT-IST (2020), consiste no uso de antirretrovirais (ARV), por 28 dias, para reduzir o risco de adquirir essa infecção. O atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.

NOS CASOS EM QUE O ATENDIMENTO OCORRER APÓS 72 HORAS DA EXPOSIÇÃO, A PEP NÃO ESTÁ MAIS INDICADA.

3.8.1 PREVENÇÃO DE HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

QUADRO 6: Esquema para PEP em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 a 14 dias	AZT+3TC+ NVP ^o	-
14 dias a 2 anos	AZT+3TC+LPV/r	Impossibilidade de uso de LPV/r NVP
2 anos a 12 anos	AZT+3TC+ RAL	Impossibilidade de uso de RAL: LPV/r
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.		

DIAHV/SVS/MS.

^o Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

QUADRO 7: Posologia das medicações ARV na população pediátrica

Raltegravir (RAL) *
14kg a <20kg: 100mg 12/12h
20kg a <28kg: 150mg 12/12h
28 a <40kg: 200mg 12/12h
≥40kg: 300mg 12/12h
Zidovudina (AZT)
Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h
4 a 9kg: 12mg/kg 12/12h
9 a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)
≥30kg: 300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)
RN: 2mg/kg 12/12h
4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
Solução Oral: 80/20mg/ml
> 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 12/12h
1 mês a 6 meses: 1ml 12/12h
6 a 12 meses: 1,5ml 12/12h
1 a 3 anos: 2ml 12/12h
3 a 6 anos: 2,5ml 12/12h
6 a 9 anos: 3ml 12/12h
9 a 14 anos: 4ml 12/12h
Comprimido Infantil: 100mg/25mg
10kg a 13,9kg: 2 comprimidos de manhã e 1 à noite
14kg a 19,9kg: 2 comprimidos de manhã e 2 à noite
20kg a 24,5kg: 3 comprimidos de manhã e 2 à noite
25kg a 29,5kg: 3 comprimidos de manhã e 3 à noite
>35kg: 400mg/100mg 12/12h
Nevirapina (NVP) - uso neonatal
Peso de nascimento 1,5kg a 2 kg: 8mg (0,8ml)/dose 12/12h
Peso de nascimento >2 kg: 12mg (1,2ml)/dose 12/12h
Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP
14 dias a 8 anos: 200mg/m ² 1x/dia por 14 dias, depois 200mg/m ² 12/12h

DIAHV/SVS/MS.

* RAL está indicado para crianças acima de 2 anos e com mais de 14 kg

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

3.8.2.PREVENÇÃO DE HIV EM ADOLESCENTES ACIMA DE 12 ANOS

QUADRO 8: Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF ^a + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x ao dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada:	Na indisponibilidade da apresentação coformulada:
	Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia + 2 comprimidos VO 1x ao dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x ao dia

DIAHV/SVS/MS

^a Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda
Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

O esquema preferencial de PEP deve incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN associados a outra classe (ITRNN, IP/r ou INI). O esquema recomendado TENOFOVIR + LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR (TDF + 3TC + DTG) possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico.

Os esquemas alternativos para PEP estão descritos no Quadro 9, enquanto as apresentações e as posologias de antirretrovirais alternativos para PEP estão resumidos no Quadro 10.

QUADRO 9: Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF + 3TC + ATV /r
Impossibilidade de ATV /r: TDF + 3TC + DRV /r
A duração da PEP é de 28 dias.

DIAHV /SVS /MS.

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

QUADRO 10: Apresentações e posologias de ARV alternativos para PEP

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT + 3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x ao dia
TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x ao dia
ATV /r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x ao dia 1 comprimido VO 1x ao dia
DRV /r	DRV: Comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 2x ao dia 1 comprimido VO 2x ao dia

DIAHV/SVS/MS

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

O DOLUTEGRAVIR (DTG) NÃO ESTÁ RECOMENDADO EM PESSOAS QUE FAÇAM USO DE FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXICARBAMAZEPINA, CARBAMAZEPINA, DOFETILIDA E PILSICAINA.

As vítimas devem ser informadas quanto à contraindicação do uso de DTG no período pré-concepção pelo risco de malformação congênita. O DTG pode ser indicado como parte da PEP para mulheres em idade fértil desde que antes do início do seu uso seja descartada a possibilidade de gravidez e que a mulher esteja em uso regular de método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais), ou que se assegure que a mulher não tenha a possibilidade de engravidar (método contraceptivo definitivo ou outra condição biológica que impeça a ocorrência de gestação).

As adolescentes que estejam amamentando devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve-se orientá-las no sentido da interrupção temporária da amamentação.

3.8.3. PREVENÇÃO DE HIV EM GESTANTES

Para gestantes, o esquema preferencial deve ser composto com Raltegravir (RAL) a partir da 14ª semana de gestação. Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV.

QUADRO 11: Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
TDF+3TC+RAL ¹	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL ² : ATV/r Impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r

DIAHV/SVS/MS.

¹ O RAL está indicado a partir da 14ª semana de gestação.

² Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r.

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

QUADRO 12: Apresentações e posologias de ARV preferenciais em gestantes

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF+3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x ao dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada:	Na indisponibilidade da apresentação coformulada:
	Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia + 2 comprimidos VO 1x ao dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 comprimido VO 2x ao dia

DIAHV/SVS/MS

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

3.9. ACOMPANHAMENTO

Após o atendimento inicial, ressalta-se a importância do acompanhamento frequente da criança ou adolescente, buscando fortalecer a adesão ao uso dos antirretrovirais, bem como avaliar os possíveis efeitos colaterais do uso desses medicamentos, tanto clínica como laboratorialmente.

Decorridos 30 dias da violência, solicitar exames recomendados nos quadros a seguir, como também o BETA HCG, no caso das meninas, para exclusão de gravidez. Nos meses subsequentes, as consultas de acompanhamento devem ser focadas no exame clínico-ginecológico para diagnosticar possíveis lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de ISTs.

QUADRO 13: Recomendação de exames laboratoriais para seguimento da PEP

EXAMES LABORATORIAIS	PRIMEIRO ATENDIMENTO*	2ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	4ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	12ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP
Creatinina ¹ , ureia	✓	✓		
ALT, AST	✓	✓		
Amilase	✓	✓		
Glicemia ²	✓	✓		
Hemograma ³	✓	✓		
Teste de HIV	✓		✓	✓

DIAHV/SVS/MS

¹ para cálculo de clearance de creatinina.

² em caso de pessoa com diabete mellitus.

³ quando em uso de AZT.

* Na impossibilidade de coleta de exames, fornecer PEP e pedidos de exames para segunda semana.

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

QUADRO 14: Seguimento dos testes diagnósticos para profilaxia de ISTs

IST	PESSOA-FONTE	PESSOA-EXPOSTA	
	1º ATENDIMENTO	1º ATENDIMENTO	4 A 6 SEMANAS APÓS EXPOSIÇÃO
Teste treponêmico para sífilis (TR)	SIM	SIM	SIM
Teste para <i>N. gonorrhoeae</i> ¹	NÃO	SIM	SIM
Testagem para <i>C. trachomatis</i> ¹	NÃO	SIM	SIM

Em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.

DIAHV/SVS/MS

¹ se disponível o método diagnóstico no serviço de saúde.

Fonte: BRASIL, PCDT-PEP, 2018b.

Os casos com diagnóstico de patologia ou de gravidez devem ser acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação.

3.9.1. GRAVIDEZ DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL

No caso de gravidez decorrente da violência sexual, a adolescente e seus pais/responsáveis devem ser esclarecidos sobre as possibilidades e condutas listadas no quadro a seguir:

QUADRO 15: Manejo da gravidez decorrente da violência sexual

POSSIBILIDADE	CONDUTA
Continuar a gravidez e permanecer com o filho;	Realizar pré-natal;
Continuar a gravidez e doar a criança/entrega legal;	Realizar o pré-natal e comunicar o Ministério Público;
Interromper a gravidez.	Aborto previsto em lei: Complexo Hospitalar de Clínicas.

Fonte: CE/SMS CURITIBA, 2020.

Segundo o Código Penal é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. Entre 16 e 18 anos, a adolescente deverá ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestarão com ela. Se a vítima tiver idade menor que 16 anos, deverá ser representada pelos pais ou por seu representante legal. Também deverá ser respeitada a vontade da mesma, caso não concorde com o abortamento, ainda que os seus representantes legais o queiram. A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu a violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente da violência sexual.

Após a publicação da Portaria nº 2.282-27/08/2020 e a revogação desta, pela Portaria nº 2.561-23/09/2020 - Ministério da Saúde, o estado do Paraná, por meio da Defensoria Pública, expressa a Recomendação nº 02 - 17/09/2020, do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) e a Secretaria de Estado da Saúde ratifica por meio da Nota Técnica nº 11 - 22/09/2020 - COPS/DAV/SESA, a orientação para profissionais e serviços de saúde quanto ao atendimento integral às vítimas de violência sexual.

3.10. ALTA

As consequências mais prevalentes da violência sexual são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Deve-se salientar, entretanto, que a proporção de vítimas que ficaram grávidas como consequência do estupro cresce para 15%, quando se consideram apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos (CERQUEIRA; COELHO, 2014 apud, BRASIL, PCDT-PEP, 2018b).

Ao considerar tais estatísticas, recomenda-se encaminhar as vítimas para avaliação psicológica, para averiguar a atual necessidade de tratamento terapêutico. No caso de violência sexual doméstica/intrafamiliar, sugere-se que a família também seja assistida.

A alta médica será dada após resultados não reagentes dos exames laboratoriais realizados, conforme periodicidade descrita e preconizada nos quadros 13, 14 e 15. A Rede de Proteção local fará o acompanhamento do caso de violência sexual por um período mínimo de doze meses, a contar da data do ocorrido.

4. ATENDIMENTO AOS CASOS DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CRÔNICA (APÓS 72 HORAS)

4.1. ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

Muitas vezes, as situações de violência sexual não são reveladas imediatamente. Isso porque, principalmente nas situações de violência doméstica/intrafamiliar, há um silêncio predominante, onde o abusador costuma fazer ameaças de violência física e mental, além de chantagens para a vítima. Outras vezes utilizam presentes, dinheiro ou outro tipo de material para manter o segredo. Pensar em violência sexual é o primeiro passo para a identificação de possíveis vítimas, visto que crianças e adolescentes podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação, além de estarem, muitas vezes, à mercê do autor da violência e dele dependerem financeira e psiquicamente, o que dificulta o diagnóstico.

4.2. SINAIS MAIS FREQUENTES DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- Afastamento da família e colegas;
- Baixo desempenho escolar;
- Depressão, ansiedade, desordem de stress pós-traumático;
- Tentativa de suicídio;
- Autoagressão;
- Mudanças de comportamento;
- Atitudes sexuais impróprias para a idade;
- Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores às de sua fase de desenvolvimento;
- Masturbação frequente e compulsiva;
- Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades e manipulação genital;
- Reprodução das atitudes do abusador para com ela;
- Infecções urinárias de repetição;
- Encoprese e/ou enurese;
- Infecções sexualmente transmissíveis.

Nas questões ligadas à sexualidade o profissional pode se deparar com a curiosidade sexual natural nas fases da infância ou da adolescência. Por isso a importância de se fazer a distinção entre jogos sexuais, erotismo precoce e violência sexual.

Alguns casos que envolvem jogos sexuais inapropriados entre crianças podem levar o profissional a caracterizar a criança mais velha como “agressora”. No entanto isto deve ser um sinal de alerta para o fato de que a “criança agressora” pode estar sendo violentada ou exposta à cenas de sexo explícito, promiscuidade e pornografia, que também configuram violência sexual.

Apenas uma pequena porcentagem de crianças avaliadas por suspeita de violência sexual tem sinais de lesão genital ou anal ao exame, e em poucos casos, o exame físico ou os testes laboratoriais poderão fornecer dados confirmatórios.

Algumas vezes será esse o momento da Revelação Espontânea, ocasião em que a vítima vai contar o que aconteceu para algum adulto, conforme explicado no capítulo 8, item 8.3.1.

4.3. SINTOMAS QUE SUGEREM INVESTIGAÇÃO PARA VIOLÊNCIA SEXUAL

Lesões em região genital e/ou anal - presença de hematomas, lacerações em região próxima ou na área genital (grandes lábios, vulva, vagina, bolsa escrotal) e anal, assim como a presença de dilatação anal, uretral e ou rompimento do hímen sugerem a hipótese de violência sexual. Meninas e meninos que apresentam estas lesões requerem a avaliação de uma equipe multiprofissional já que as mesmas nem sempre decorrem de violência sexual.

- As assaduras de fralda com ou sem sangramento, a obstipação intestinal crônica que pode causar fissuras anais e sangramentos em qualquer idade e as quedas em esportes, de bicicleta ou de cavalo são diagnósticos diferenciais: a história do acidente deve justificar o mecanismo do trauma;
- Na presença de sangramento vaginal em meninas pré-púberes deve ser descartado o diagnóstico de neoplasias e puberdade precoce;

Lesões por infecções sexualmente transmissíveis - a constatação de gonorreia, sífilis e linfogranu-

loma venéreo apontam para o diagnóstico de violência sexual.

- As vulvovaginites inespecíficas provocadas por fungos ou bactérias, não sexualmente transmissíveis, são bastante comuns em meninas na primeira e na segunda infância, oriundas de contaminação pelas fezes ou má higiene e apresentam-se com prurido, hiperemia e leucorreia.

QUADRO 16: Sinais Anogenitais de Violência Sexual contra Crianças

	Sinais genitais de violência sexual contra crianças pré-púberes, meninos e meninas	Sinais anais de violência sexual contra crianças
Sinais inespecíficos	Eritema, confusões	Congestão venosa perianal, pólipos em linha média na região perianal
Evidências insuficientes	Edema	Eritema anal ou perianal
Evidências limitadas, considerar a hipótese de violência sexual contra crianças	Corrimento vaginal, corpo estranho intravaginal	
Sinais de trauma	Contusões, abrasões, lacerações genitais ou himenais; injúrias genitais, predominantemente penianas*	Dilatação anal dinâmica ou dilatação total dos esfíncteres anais, interno e externo, na ausência de fezes; contusão anal ou perianal, laceração anal*
Sinais cicatrizados de trauma	Transecções himenais	Cicatrizes perianais, pólipos fora da linha média

*Evidencia limitada

Fonte: Adaptado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607905/>

Gravidez e aborto - gravidez em adolescentes menores de 14 anos sugere violência sexual, sendo este caso considerado pela lei como estupro de vulnerável. Porém, em gravidez de adolescentes com idade superior a 14 anos, a hipótese de violência não deve ser descartada, assim como também nos abortos espontâneos e provocados.

QUADRO 17: Consequências Comumente Apresentadas por Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual

FÍSICAS	EMOCIONAIS	COGNITIVAS	COMPORTAMENTAIS	PSICOPATOLOGIAS
Lesão Corporal	Ansiedade	Autoimagem pobre/Baixa autoestima	Agressividade	Transtorno do estresse pós traumático
Mutilações	Culpa	Confusão quanto à identidade de gênero e orientação sexual	Baixo rendimento escolar	Transtorno de ansiedade
Fissura e dilatação anal		Dificuldade de aprendizagem	Comportamento autodestrutivo	Transtorno de humor
Infecções Sexualmente Transmissíveis	Medo	Dissociação	Comportamento externalizante	Transtornos Alimentares
	Raiva	Paranoia	Comportamento regressivo	Transtornos somatoformes
		Pensamentos obsessivos	Fugas de casa	Transtornos relacionados a substâncias
		Pesadelos	Ideação e conduta suicida	
			Problemas interpessoais	
			Problemas legais	
			Comportamento hipersexualizado	
			Sintomas obsessivos-compulsivos	

Fonte: Adaptado de HOHENDORFF e colaboradores (2014).

É fundamental entender que geralmente as vítimas devem passar por avaliação caso apresentem alguns desses sinais e sintomas. Elas sinalizam que algo não vai bem. É importante fazer com que se sintam ouvidas e acolhidas, sem questionamentos ou julgamentos. O atendimento dos casos de suspeita de violência sexual crônica (após 72 horas) deve seguir o item 5, na sequência:

5. ATENDIMENTO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OCORRIDA APÓS 72 HORAS OU VIOLÊNCIAS CRÔNICAS

5.1. ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

A equipe de saúde das Unidades de Saúde é responsável pelo atendimento clínico às vítimas de violência sexual ocorridas após 72 horas, bem como pelo atendimento aos casos crônicos (casos em que a vítima é exposta à situações de violência sexual repetidamente), sejam eles confirmados ou suspeitos.

O atendimento médico deve ser focado na avaliação clínica e uroginecológica para diagnosticar lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de ISTs, assim como amenorreia compatível com gravidez, tanto nos casos confirmados quanto de suspeita.

5.2. CONSULTA MÉDICA

Nos casos suspeitos ou confirmados em que a violência ocorreu após 72 horas, a profilaxia para IST/HIV **não está indicada**, mas a investigação das infecções deve ser realizada para um possível diagnóstico.

Solicitar os exames laboratoriais, independente da época em que ocorreu a agressão, inclusive o BETA HCG, se a paciente estiver em idade fértil.

O ideal é que a anticoncepção de emergência seja realizada até três dias após a relação sexual desprotegida ou, no caso, violência sexual.

Os Protocolos da FEBRASGO (nº 79, 2018) orientam que o seu uso pode ser estendido por até cinco dias, porém com menor eficácia.

Os exames a serem solicitados estão listados no quadro abaixo:

QUADRO 18: Exames Laboratoriais para investigação de IST e gravidez após violência sexual

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
GRAVIDEZ SÍFILIS HIV HEPATITE B HEPATITE C GONOCOCO, CHLAMIDIA E TRICHOMONAS	β HCG Quimiluminescência ANTI-HIV-1 + ANTI-HIV-2 HBsAg e ANTI HBs ANTI-HCV Imunofluorescência direta, cultura, bacterioscopia e exame a fresco

Fonte: CE/SMS CURITIBA, 2020.

O médico deve informar à vítima e aos pais e/ou responsáveis sobre os fatos constatados na avaliação clínica e laboratorial e orientá-los a realizar o Boletim de Ocorrência, conforme Quadro 2. O médico também deve preencher a Ficha de Notificação Individual da Rede de Proteção. Há a necessidade de comunicar imediatamente o Conselho Tutelar e ainda solicitar sua presença quando os pais e/ou responsáveis não estiverem presentes ou forem omissos.

Explicar sobre os procedimentos que serão realizados durante o acompanhamento até a alta, ressaltando a importância em seguir os tratamentos propostos.

Caso a adolescente tenha vida sexual ativa, orientar para o uso de preservativos em todas as suas relações. Enfatizar que, mesmo utilizando outro método contraceptivo, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possíveis ISTs. Deve-se também fornecer preservativos.

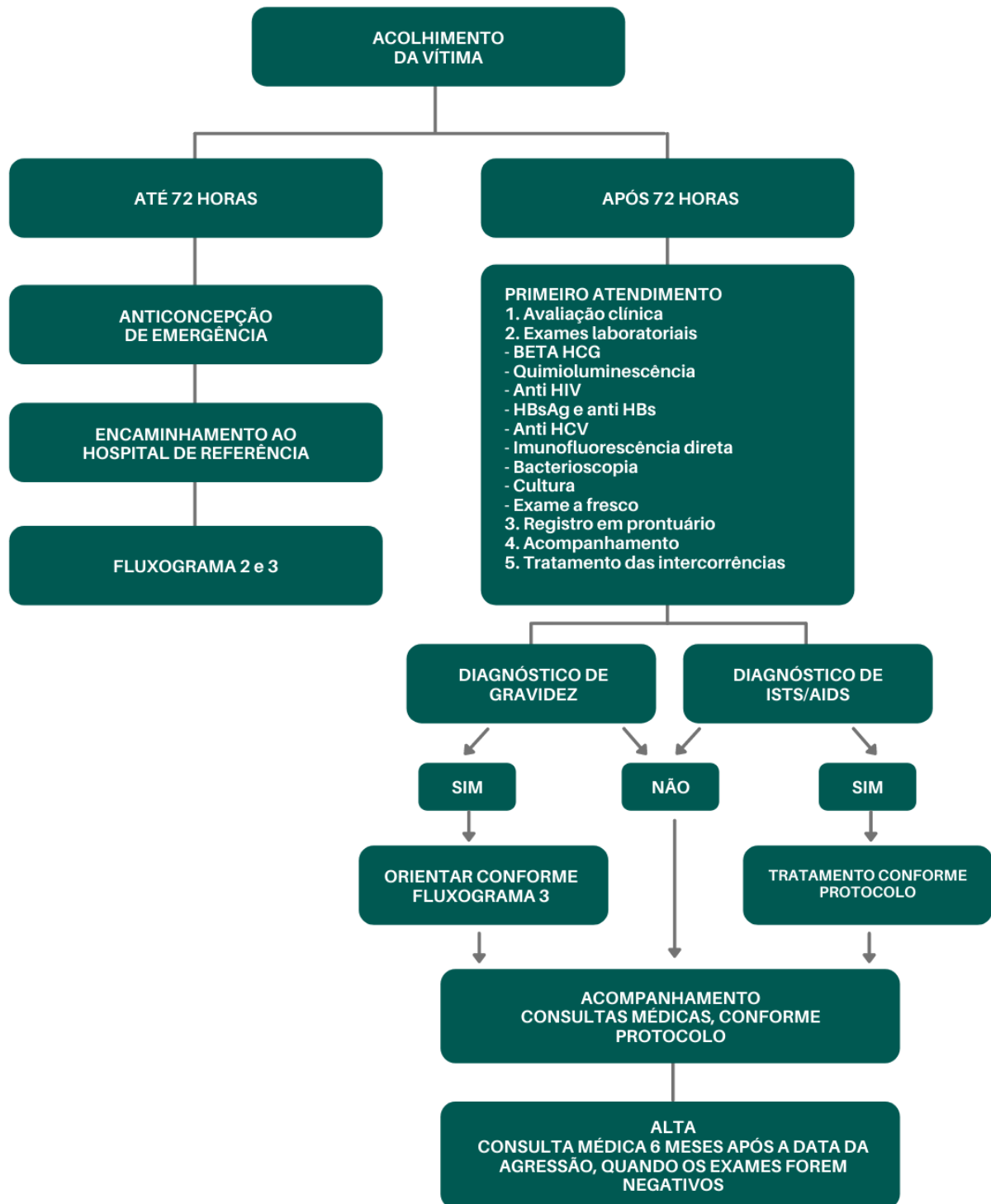
Salienta-se que todo o atendimento dispensado ao caso deverá estar registrado no prontuário eletrônico (registro técnico).

5.3. ACOMPANHAMENTO

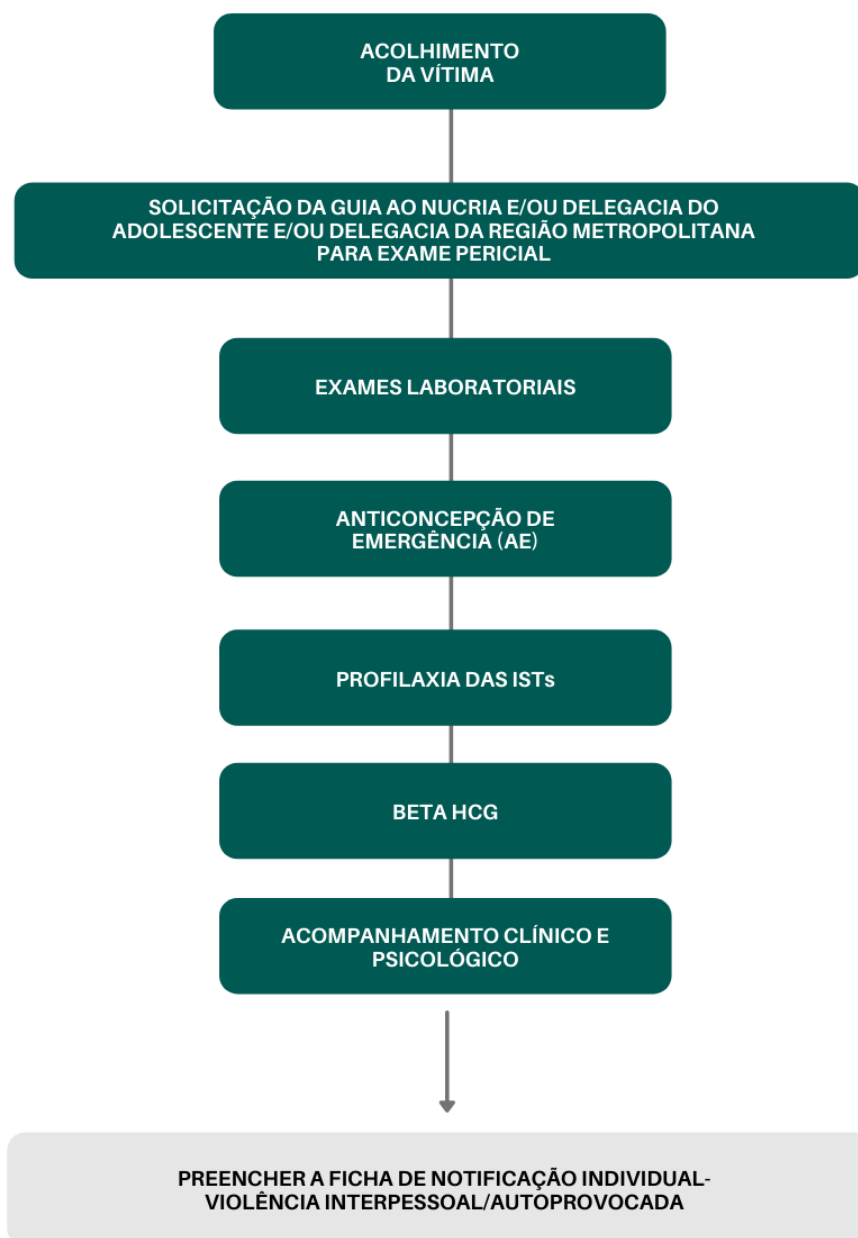
Decorridos 30 dias da violência, solicitar exames recomendados nos Quadros 13 e 14, desse material, como também o BETA HCG, no caso das meninas, para exclusão de gravidez.

Os casos com diagnóstico de infecções ou gravidez devem ser acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação. No caso da gravidez ser confirmada, verificar as possibilidades recomendadas no Quadro 15, acima.

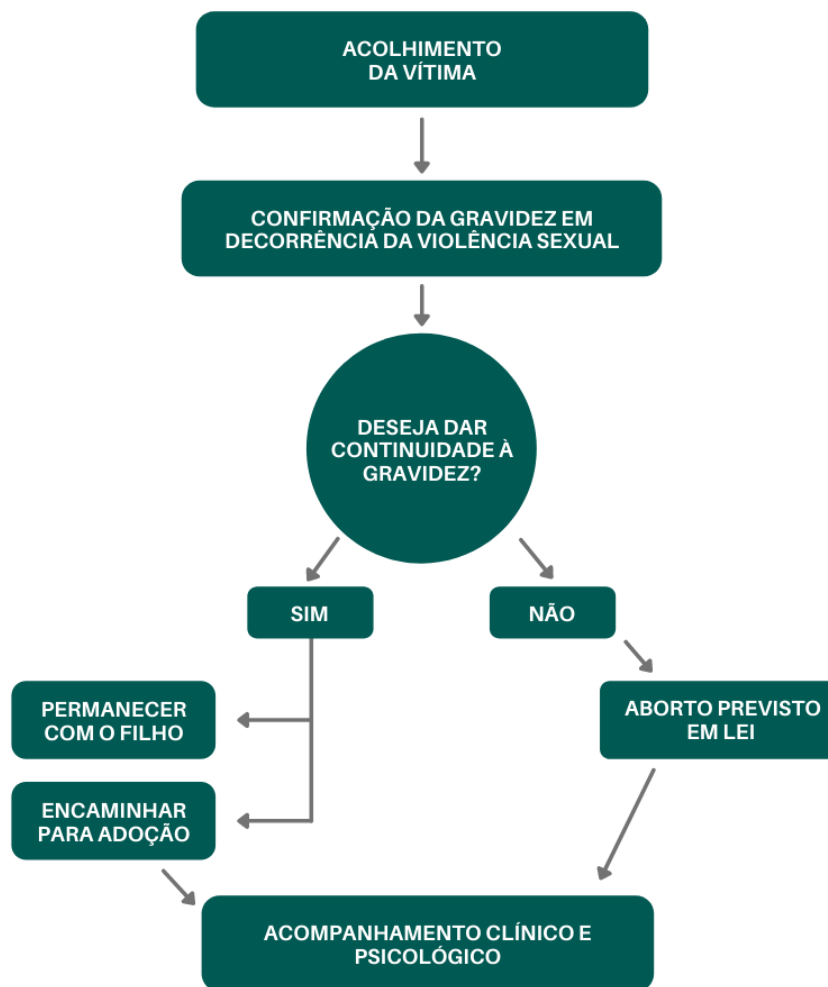
FLUXOGRAMA 1: ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NAS UNIDADES DE SAÚDE



PREENCHER A FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL-
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

FLUXOGRAMA 2: ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

FLUXOGRAMA 3: GRAVIDEZ EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL



PREENCHER A FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL-VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

REFERÊNCIAS

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. **Mitos e Realidades**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados, ABRAPIA, 2002.

BRASIL (2007). 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. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno Nº 6. Brasília - DF. 2007.

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. 5. Reimp. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica. Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios. 1ª edição**. Brasília - DF. 2015.

BRASIL (2018a). Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas** / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi - Documento eletrônico - Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p.

BRASIL (2018b). Ministério Da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (Pep) de Risco à Infecção pelo Hiv, IST e Hepatites Virais (PCDT-PEP, 2018)**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília - DF 2018.

BRASIL (2020). Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST, 2020)**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília - DF, 2020.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Decreto-Lei n.º 2.848, 1940.

CURITIBA (2008). **Protocolo da Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.

CURITIBA (2019). **Protocolo da Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Saúde Reprodutiva. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2019.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Anticoncepção para Adolescentes**. Série, orientações e recomendações. São Paulo, FEBRASGO no 9, 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Assistência Pré-natal**. 2ª edição. São Paulo, FEBRASGO, 2014.

HIRSCHHEIMER, M. R. Atendimento inicial. In: CAMPOS, J. (Org.) **Manual de segurança da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, [200?]. Fonte: Adaptado de HOHENDORFF e colaboradores (2014). VIOLÊNCIA

HOHENDORFF e colaboradores (2014). **Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo**, Jean Von Hohendorff, Faculdade Meridional -IMED -Brasil, Naiana Dapieve Patias, Faculdade Meridional- IMED- Brasil. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.49, p.<239-257>, jan./jun. 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>. Acessado em 20/02/2020.

ANEXO 13 - LIGA BOQUEIRÃO

Texto de Apresentação do Anexo do Protocolo Municipal da Rede de Proteção de Curitiba - NGC Boqueirão.

O abuso sexual guarda significativas especificidades em relação a outros tipos de violência praticadas contra crianças e adolescentes. Em se tratando de casos intrafamiliares, é comum a instalação de um fenômeno que se convencionou chamar de "síndrome do segredo" (FURNISS, 1993). Trata-se de uma espécie de acordo tácito, um pacto firmado silenciosamente entre o grupo familiar, onde, apesar de conhecido, o fato da violência é remetido a uma situação de segredo, tabu, não-dito. Diversos fatores concorrem ao estabelecimento dessa situação: vínculos afetivos com o agressor, receio da eclosão de uma crise familiar, dependência financeira, ameaças de agressão e morte por parte do autor da violência. Desse modo, a vítima acaba por manter os abusos em segredo, seja por medo de retaliações, seja por sentir-se responsável por manter o equilíbrio e integridade familiar (FLORENTINO, 2015).

Diante de uma situação de violência sexual, os trabalhadores envolvidos direta ou indiretamente na situação acabam enredados em uma complexa trama de relações que envolve não apenas a rede de profissionais, mas também a família atendida. Um fato recém-identificado suscita, inevitavelmente, uma crise - a "crise da revelação" (FURNISS, 1993). Trata-se de um momento extremamente delicado e decisivo quanto ao curso que a situação seguirá, a depender do manejo e tratamento que a equipe envolvida conseguirá propiciar a todo o grupo familiar.

A LIGA Boqueirão de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes é composta por diversos profissionais das Redes de Proteção Locais da Regional Boqueirão, do Sistema de Justiça, bem como por representantes de organizações da sociedade civil, que, diante da gravidade do problema, decidiram traçar um Plano Regional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Por meio de um trabalho coletivo, foram definidas 16 ações distribuídas nas áreas da prevenção, protagonismo, comunicação, atenção, pesquisa e responsabilização, que têm como objetivo abordar e enfrentar o fenômeno de forma ampla e sistêmica. A LIGA teve início em maio de 2017, sendo que diversas das ações previstas já foram executadas ou se encontram em processo de execução.

Por reconhecer a importância do trabalho qualificado para atuar nos momentos imediatos à detecção da violência, bem como dar encaminhamentos adequados aos casos, a LIGA Boqueirão definiu como uma de suas ações estratégicas a criação do Núcleo de Gerenciamento de Casos.

Dentre outras funções, este Núcleo assumiu o compromisso de, em conjunto com a Rede de Proteção de Curitiba, traçar um protocolo e fluxos de atendimento específicos para as violências sexuais contra crianças e adolescentes da Regional do Boqueirão.

Considerando as situações mais comuns quanto aos locais de revelação, foram definidos 4 possíveis "portas de entrada" para ao atendimento:

1. Revelação espontânea.
2. Identificação de sinais pela Rede de Proteção ou relato de terceiros à Rede de Proteção.
3. Registro de Boletim de Ocorrência no NUCRIA.
4. Durante a Medida Protetiva.

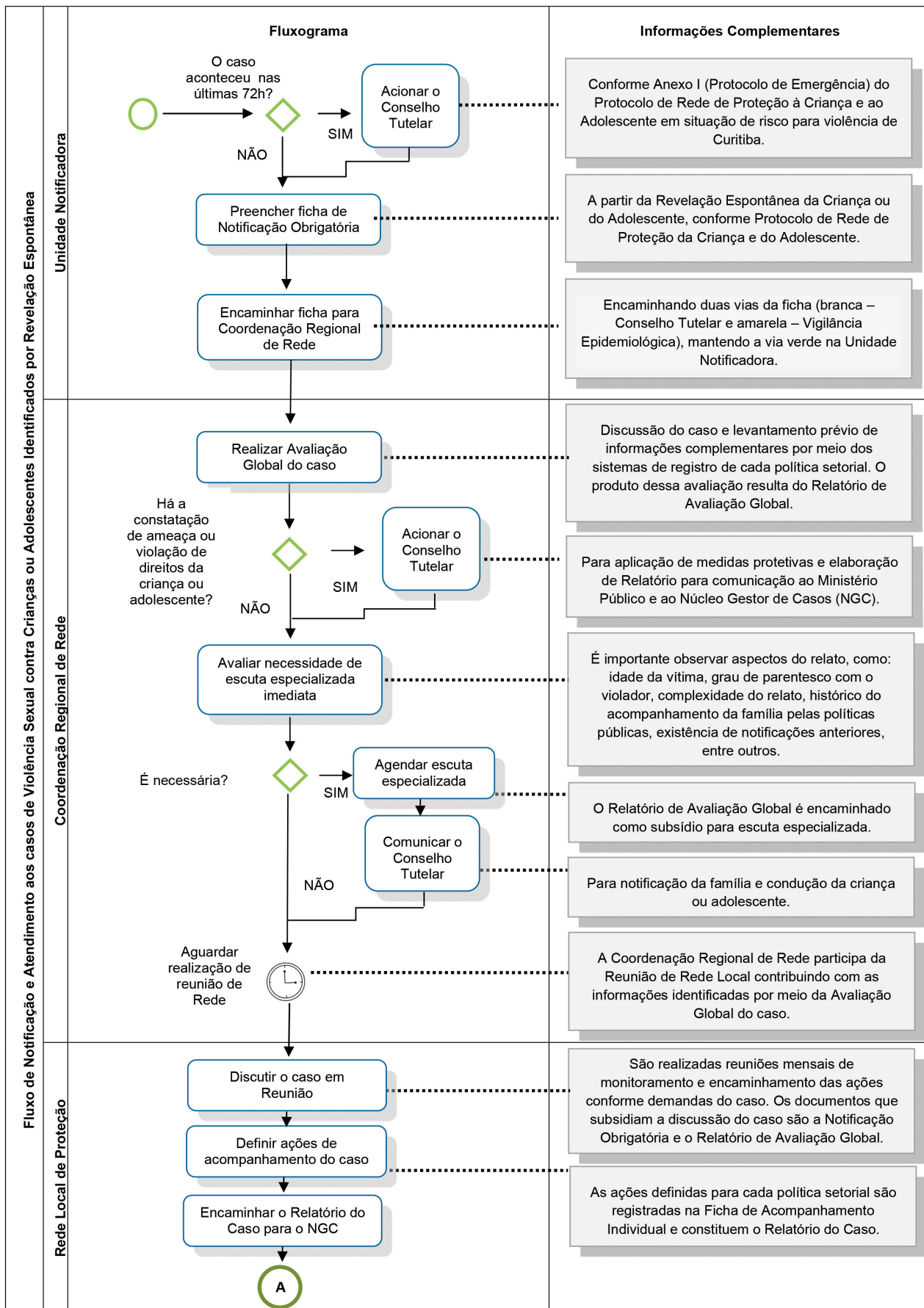
Ressalta-se que este protocolo de atendimento foi escrito e projetado para ser implementado, inicialmente, na Regional do Boqueirão. Contudo, sua elaboração considerou a possibilidade de que seja

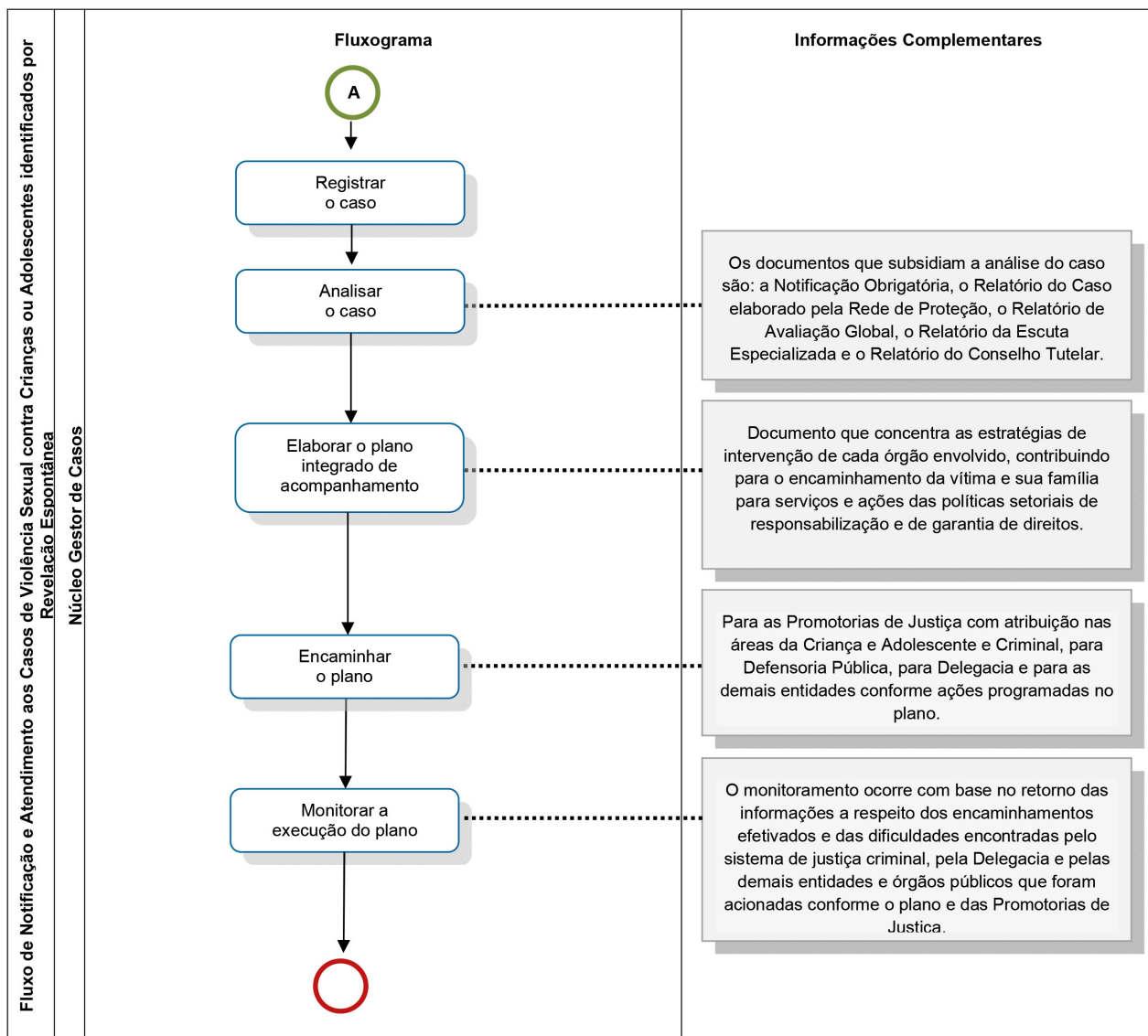
implementado também em outras regionais, sendo suscetível a adaptações de acordo com as realidades de cada território.

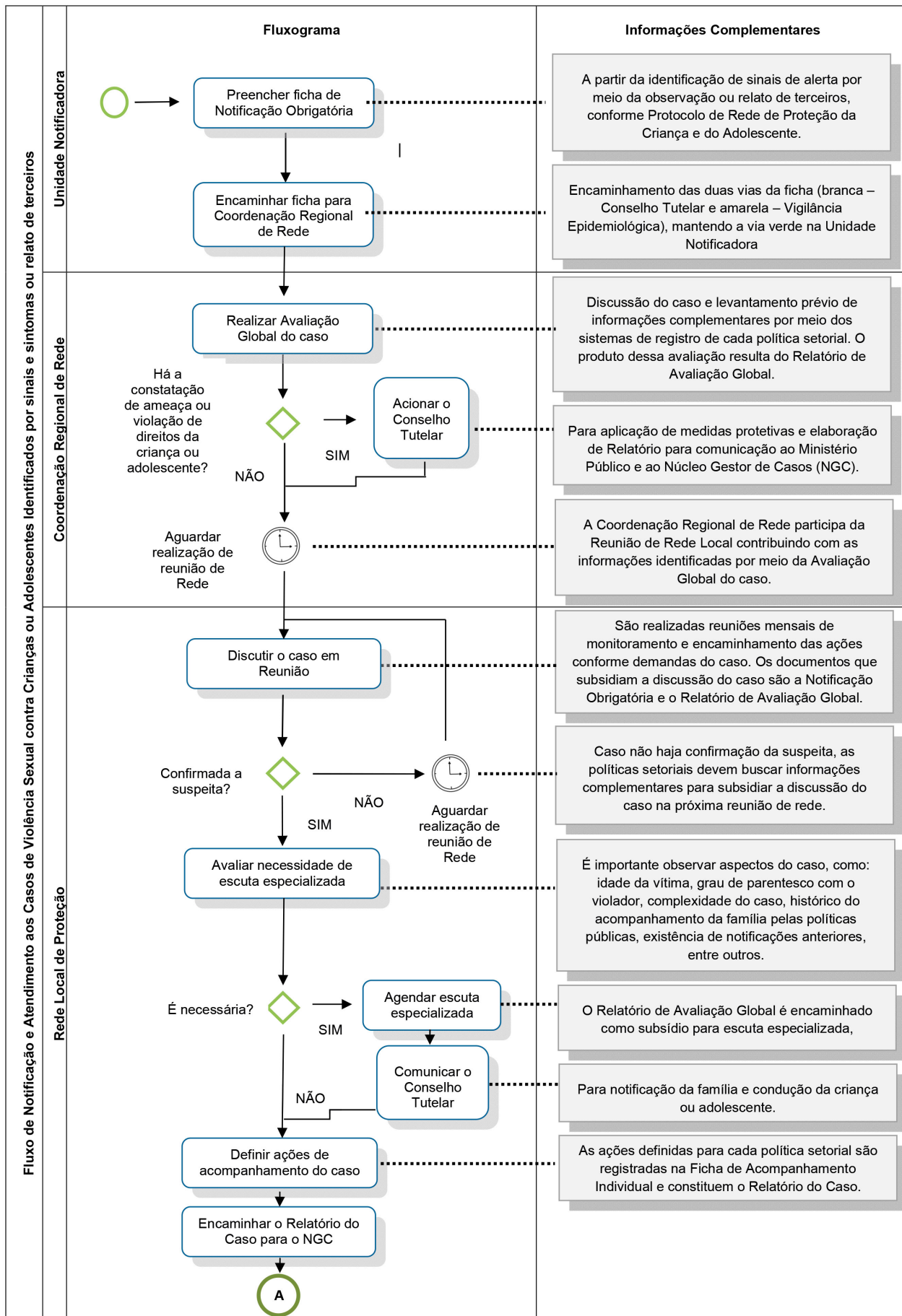
REFERÊNCIAS

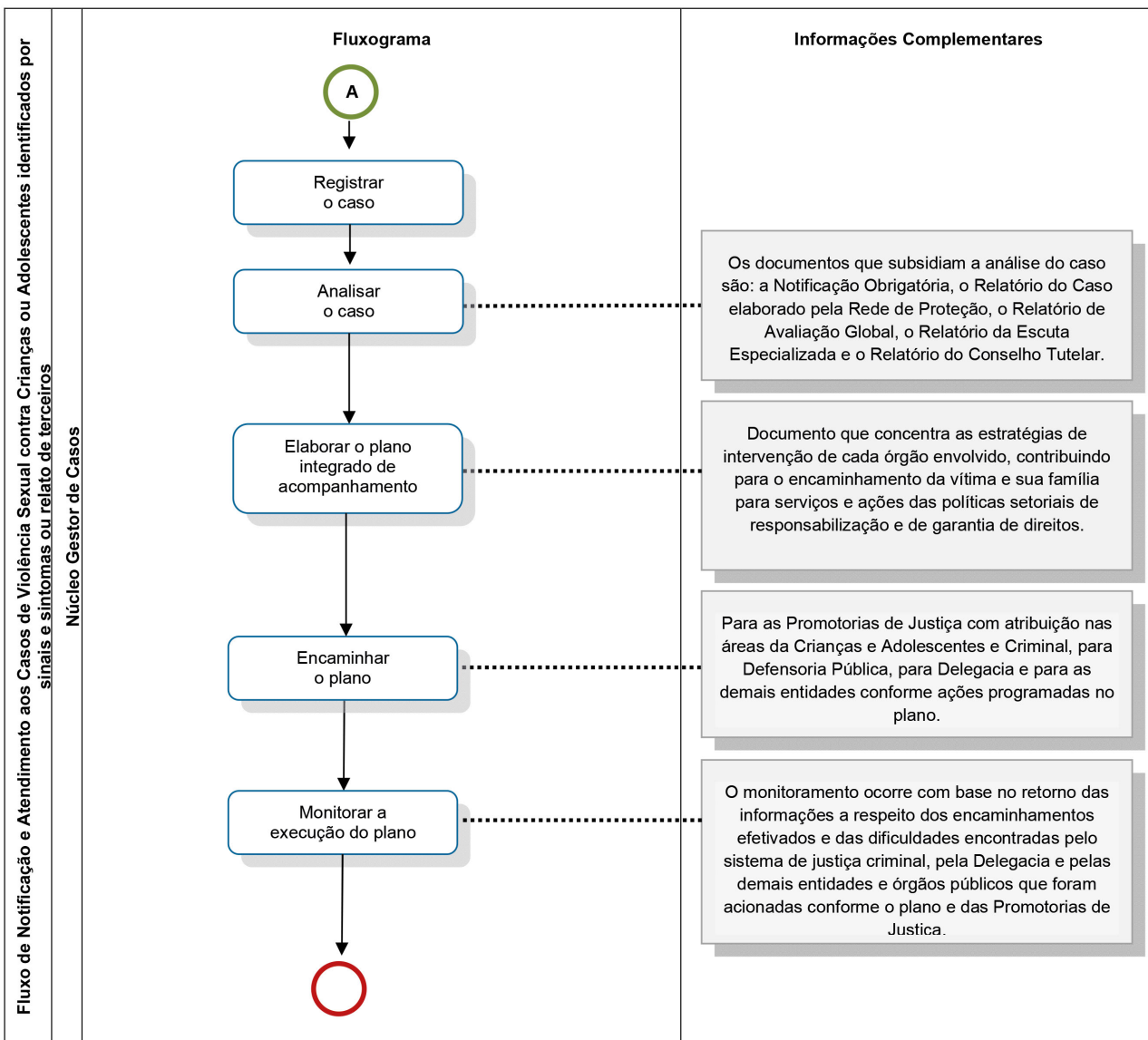
FLORENTINO, B. R. B. **As possíveis consequências do abuso sexual praticada contra crianças e adolescentes**, Fractal, REV. Psicol., Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p.139-44, ago. 2015.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.











Equipe responsável pela 4ª edição

Organização

Adriane Wollmann
Emília Satie Sato
Simone Cortiano
Tatiana Possa Schafachek
Larissa Inês Rodrigues
Franciely Priscila Padilha de Oliveira
Sandra Regina Scorsato Garcia

Elaboração

Adriane Wollmann
Alcides Augusto Souto de Oliveira
Aline Javornik
Angela Leite Mendes
Cecilia Przybysewski
Clea Elisa Lopes Ribeiro
Cleide Lavoratti
Emília Satie Sato
Jeanny Rose Manccini Oliveira
Joelise Aparecida das Flores Zappelli
Juliana Cristina Gomes Alberton Mendes Pereira
Lourdes Terezinha Pchebilski
Luiza Helena Cosmo Spaki
Lucia Helena Nascimento Tonon
Roberta Hofius Knaut
Rubelvira Bernardim de Lima
Sandra Regina Scorsato Garcia
Simone Cortiano

Colaboradores

Albert Edison Wiens
Alessandra Tiboni Milleo
Ana Karina dos Santos Bittencourt
Ana Rita de Paula
Andrea Graczyk
Andreia Cristina da Silva
Ângela Lenita Rizental Ludwig
Bernadete Pereira de Lima Chalegre
Clarinda Maria Sandri
Claudia Cristiane Alberti dos Santos
Claudio Roberto Nunes Alberti
Cristiane Bueno Nunes

Cristiane Voltolini
Dayane Aparecida Marchiori de Castro
Dayane Rumor de Souza de Viveiros
Fernanda Santos da Silva
Franciely Priscila Padilha de Oliveira
Gisele dos Santos
Gleri Bahia Mangger
Indianara Pereira de Andrade
Iris Andrade Paula da Silva
Janaina Cristiano
Jaqueline Tibes Ferreira
João Carlos Pires de Camargo
Jociane de Fatima Burda
Josiane Fernanda Reali Cavalheiro
Juliane Fatima Turesso
Kamylla Sylvia dos Santos Oliveira de Moura
Karina Bloch
Kátia Burgel Ortmayer
Kelly Tarasiuk Krebs
Larissa Inês Rodrigues
Laura Camello Mariano Costa
Leslie Terezinha Canestraro Skroch Ferreira
Luciane Klemann
LIGA Boqueirão
Maria de Fatima Barbosa Galdino da Silva
Maria Elizabeth Kopachinski Biela
Maria Francisca Pansini
Maria Isabel Moutinho Branco
Maria Salete Caxambu
Maria Sirlei Alves Moreira
Marilai Cristiane Thimoteo
Nirce da Silva de Souza
Paula Dorothea Scheffer de Oliveira
Roberto Baptista Lourenço
Rochelli Regina Faria de Mello
Ronaldo Sergio da Silveira Filho
Roselis Teixeira Rodrigues
Sandra Mara Mazur
Silvia Regina Rodrigues dos Santos
Sonia Pessin
Sueimy Gonçalves Sena de Oliveira
Tania Regina da Rocha Martins
Terezinha Milda Alves da Cruz Ribeiro
Vivian Assumpção

Responsáveis pela 1ª edição

Carmen Regina Ribeiro, Lígia Silva Pereira, Luci Pfeiffer Miranda, Simone Tetu Moysés, Vera Lúcia Alves de Oliveira

Responsáveis pela 2ª edição

Carmen Regina Ribeiro, Luci Pfeiffer Miranda, Nádia Veronica Halboth, Rossana Aronson, Agmara Ferreira de Carvalho, Antonio Carlos Patitucci

Responsáveis pela 3ª edição

Organização
Hedi Martha Soeder Muraro

Responsáveis pela elaboração da 3ª edição

Bruna Carolina Trovão Dias, Cláudia Foltran, Doreen Alves Camargo, Hedi Martha Soeder Muraro, Itália Bettega Joaquim, Jeanny Rose Manccini Oliveira, Maria de Lourdes do Prado, Marisa Mendes de Souza, Simone Cortiano, Valéria Marcondes Brasil, Wlasta Maria Curi Staben de Moura Leite.

Coautores da 3ª edição

Andréa da Silva Sant'Ana, Adriano Mario Guzzoni, Carmem Rita Badaz Teixeira, Cléa Elisa Ribeiro, Clara Satiko Kano, Elinete do Rocio D. dos Santos, Emerson Luiz Peres, Ida Regina Moro Milléo de Mendonça, Iracema Aparecida Espigiorin, Josiane Gonçalves Santos, Júlia Valéria Cordellini, Karin Regina Luhm, Kelly Bizi Lopes, Márcia Luiza Krajden, Maria Beatriz Blasi Olandoski, Maria Tereza Gonçalves, Marion Burger, Mauri Ferronato, Nara Luz Chierighini Salamunes, Raquel Ferraro Uhlig, Regina Cecheto, Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta, Sandra Nazaré B. de Barbosa, Rita de Cássia Martins, Rossana Aronson, Vera Lúcia Alves Carneiro, Vera Lúcia Grande Dal Molim.

Revisão de Língua Portuguesa da 3ª edição

Joseli Siqueira Giublin

Prefeitura Municipal de Curitiba

Prefeito

Rafael Greca de Macedo

Vice-prefeito

Eduardo Pimentel

Secretário do Governo Municipal e
Presidente do Instituto de Pesquisa e Planejamento
Urbano de Curitiba

Luiz Fernando de Souza Jamur

Presidente da Fundação de Ação Social

Maria Alice Erthal

Secretária Municipal da Educação

Maria Silvia Bacila

Secretária Municipal da Saúde

Beatriz Battistella Nadas

Junho de 2022

PROT O C O L O

**REDE DE
PROTEÇÃO À
CRIANÇA
E AO ADOLESCENTE
EM SITUAÇÃO
DE RISCO
PARA
VIOLÊNCIA**

