

Guia de atendimento

Criança e adolescente vítimas de
violência doméstica, sexual e outras
violências na atenção primária à saúde



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br

GUIA DE ATENDIMENTO

CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS

VIOLÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Prefeito Municipal

Marcio Lacerda

Secretário Municipal de Saúde

Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretário Municipal Adjunto de Saúde

Fabiano Pimenta Júnior

Elaboração

Célia Carvalho Nahas

Márcia Rocha Parizzi

Marcos Evangelista

Maria Gorete S. Nogueira

Maria Inês Resende Bino da Silveira

Maria Núbia Alves Cruz

Maria Teresa da Costa Oliveira

Roseane Linhares Melquiades

Solange Maria Nonato

Vânia Maria Andrade da Rocha

Colaboração

Anna Christina Pinheiro

Bernadete Esperança Monteiro

Ercília Gama de Oliveira

Fernando Libânio Coutinho

Juliana Alves Belo

Jussara T. M. Teixeira

Maria Coeli Cerqueira S. Pereira

Marua Bittar Musse

Mateus Rodrigues Westin

Rosalina Martins Teixeira

Rosana Scotti

Silvia M. Gomes Jacobina Silva

Stela Deusa Pegado de Araújo

Vanessa Fileto Marçal

Projeto Gráfico

Programação Visual - Gerência de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

Apresentação

A violência é um fenômeno que perpassa todas as áreas (educação, saúde, judiciário, sociedade civil, etc), não sendo, portanto, uma condição exclusiva do setor saúde. Trata-se de um problema de grande magnitude e gravidade que causa enorme impacto social e pessoal sobre a saúde do indivíduo, da sociedade, sendo por isso considerada um problema de saúde pública. No Brasil, as violências por causas externas são as maiores causas de morte entre crianças maiores de 1 ano de idade e adolescentes (BRASIL, 2009).

A peculiaridade do fenômeno e sua complexidade dificultam o atendimento às vítimas nos serviços de saúde, sendo ainda motivo de muitas dúvidas entre profissionais de saúde, dentre as quais, como identificar os tipos de violência, quando notificar, qual encaminhamento fazer, entre outras.

Dessa forma, a demanda dos profissionais de saúde por orientações seguras sobre o atendimento, notificações e fluxos de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência levou a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA, por meio da Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, da Coordenação de DST/AIDS e da Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI), a desenvolver este Guia de Atendimento para orientar os profissionais da Atenção Primária que lidam diretamente com crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, sexual e outras violências.

Este Guia foi construído coletivamente, com a colaboração de representantes dos diversos serviços, dos três níveis de complexidade, sendo ao final validado pelos representantes de Distritos Sanitários.

Embora reconhecendo que a complexidade do tema não permite respostas prontas e acabadas, tampouco uma padronização do atendimento, o que se pretende é que o Guia auxilie aos profissionais da rede SUS a compreender que crianças e adolescentes em situação de violência devem ser abordadas caso a caso, considerando as complexidades envolvidas, as singularidades e especificidades de cada sujeito que necessita dos cuidados dos profissionais da saúde.

Ressalta-se que de acordo com as diretrizes do Programa de Educação Permanente da SMSA, o profissional pode solicitar supervisão ou treinamento para aprimorar sua atenção às vítimas de violência.

O Guia traz conceitos e tipologia das violências, procedimentos para as notificações, anexos com orientações sobre os fluxos de atendimento, de notificações e os esquemas de tratamento e profilaxia para os casos de violência sexual. Traz ainda, uma lista de endereços de serviços e hospitais de referência e de Conselhos Tutelares, integrantes da Rede de Proteção às vítimas.

Sumário

1. Introdução.....	4
2. O que é violência?	4
3. Principais tipos de violência que atingem crianças e adolescentes.....	5
3.1 Violência sexual.....	5
3.2 Violência física	9
3.3 Violência psicológica.....	10
3.4 Negligência.....	11
3.5 Trabalho infante-juvenil	12
3.6 Violência institucional.....	12
4. Notificação.....	14
5. Atendimento na Atenção Primária	15
6. Atendimento hospitalar	18
Anexos	20

1. Introdução

“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas ninguém diz violentos as margens que o comprimem”

Bertolt Brecht

O Estatuto da Criança e do Adolescente define a criança e o adolescente como sujeitos de direitos em fase de desenvolvimento, que devem ser protegidos e receber atendimento preferencial em situações de exposição a riscos e outros eventos prejudiciais ao desenvolvimento sadio e harmonioso. A violência contra a criança e o adolescente é uma das mais graves situações de risco que afeta esses sujeitos e, por isso, as políticas de saúde devem garantir assistência **integral, intersetorial e de qualidade** para essas vítimas.

Em Belo Horizonte, as causas externas (violências e acidentes) foram as primeiras causas de óbitos na faixa etária compreendida entre 1 a 39 anos de idade. Os acidentes de transporte, ocuparam o primeiro lugar como causa de morte entre crianças de 1 a 9 anos. Em relação a violência doméstica, sexual e/ou outras violências no período de 2009 a 2012, foram notificados 4268 casos, sendo 74,5% mulheres. As mulheres adultas (20-39 anos) foram as que mais sofreram violência, representando 43,6% do total das agressões, seguidas dos adolescentes (10 a 19 anos), 29,7% e de crianças (0 a 9 anos) que correspondeu a 17,8%. A violência física foi a principal causa dos atendimentos (43,1%), seguida da violência sexual (34,1%). Ressalta-se que parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência.

Considerando que a violência doméstica, na maioria das vezes, é oculta nos lares, esta representa um desafio para os profissionais envolvidos no atendimento, como os da saúde. É importante que os profissionais da saúde tenham um olhar sensível no sentido de identificar situação de violência de forma a proteger a criança e o adolescente (GEEPI/ GVSI/ SMSA - BH, 2013).

2. O que é violência?

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) definiu violência como:

o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A OMS (2002) estabelece distinções sobre as naturezas da violência, referindo-se às modalidades ou expressão dos atos violentos que são: violência física, violência psicológica, violência sexual, negligência/abandono/privação, violência financeiro-econômica-patrimonial, trabalho infante-juvenil e violência institucional.

Dentre esses tipos, as violências doméstica e sexual atingem parcela importante da população de crianças e adolescentes e repercutem de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Na violência doméstica ainda impera a lei do silêncio, o medo e os tabus, o que dificulta conhecer a sua real dimensão. Portanto, saber identificar as diversas formas de manifestação das violências é o primeiro passo rumo ao enfrentamento desse evento de grande gravidade.

Fatores de risco para a violência

Existem vários fatores no contexto familiar que contribuem para a ocorrência de violência contra crianças e adolescentes, dentre os quais podemos identificar o abuso de álcool e/ou outras drogas, a história de antecedentes criminais e uso de armas; pais e responsáveis portadores de sofrimento mental; dependência econômica e/ou emocional, baixa auto-estima e pouca autonomia entre os indivíduos; ambiente familiar com nível de tensão permanente e/ou violento, distribuição desigual de poder e de autoridade entre as pessoas; estrutura familiar de funcionamento fechada, onde não há abertura para contextos externos (BRASIL, 2001).

3. Principais tipos de violência que atingem crianças e adolescentes

São seis os principais tipos de violência contra crianças e adolescentes: sexual, física, psicológica, negligência, abandono e trabalho infante-juvenil. **Não há um tipo menos grave de violência, uma vez que todas elas afetam o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, e trazem consequências para suas vidas futuras.**

3.1 Violência sexual

É um fenômeno complexo que se divide em dois tipos específicos - abuso sexual e exploração sexual comercial. Esses tipos assumem formas variadas, o que torna a identificação e tipificação do fenômeno uma tarefa delicada

que demanda dos agentes da rede de proteção local um conhecimento consistente, associado a um olhar atento. A maior parte dos casos de violência sexual nasce no ambiente familiar, geralmente, praticada por pessoas que a criança/adolescente conhece e confia. A familiaridade entre os personagens de uma situação de abuso sexual é um dos fatores que contribuem para a complexidade desse tipo de violência (NAJAINÉ, 2009).

Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes

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

Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes

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

Conduta dos pais e/ou responsáveis

- As famílias incestuosas tendem a ser quietas, relacionam-se pouco;
- Os pais tendem a ser autoritários e as mães submissas;
- É freqüente o autor da agressão ter sofrido esse tipo de abuso na infância (físico, sexual, emocional);
- Membros da família fazem uso de substâncias como álcool, outras drogas lícitas e ilícitas.

Comportamento do agressor

- Tende a ser extremamente protetor, zeloso ou possessivo com a criança e/ou adolescente, negando-lhes contatos sociais normais;
- Pode ser sedutor, insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes;
- Crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar;
- Pode acusar a criança de promiscuidade ou sedução ou ainda acreditar que ela tem atividade sexual fora de casa;
- Pode contar histórias de abuso referindo-se a outros a fim de proteger a si mesmo e/ou a outro familiar;
- Pode ameaçar a integridade física, psicológica e econômica da vítima e de sua família.

Exploração sexual

Caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com fins comerciais e de lucro, levando-as a manter relações sexuais com adultos ou adolescentes mais velhos, utilizando-as para a produção de material pornográfico como revistas, filmes, vídeos, sites na Internet. São considerados exploradores o cliente que paga (com dinheiro ou agrados) pelos serviços sexuais e aqueles que induzem, facilitam ou obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem.

Abuso sexual

É todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homossexuais ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual comercial, pornografia,

pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual através da observação) (BRASIL, 2004). Esse abuso ocorre predominantemente no âmbito doméstico, especialmente na infância.

Os principais abusadores são os companheiros das mães, e em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas.

Por que crianças e adolescentes são tão vulneráveis a essa violência?

Uma das respostas é que esses sujeitos não compreendem inteiramente a própria sexualidade e são incapazes de identificar o limite entre o carinho e a agressão. As vítimas, na grande maioria dos casos são do sexo feminino, e os agressores, do sexo masculino. Os meninos também sofrem violência sexual, mas em menor número. É importante lembrar que as estatísticas sobre a violência contra o menino são subnotificadas, dado à questão de gênero, raça e à cultura machista predominante em nossa sociedade (MINAYO, 2005). Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos para este fato e sempre suspeitar da possibilidade de violência quando no atendimento de meninos.

Como diferenciar a violência sexual dos jogos sexuais infantis

Sabe-se que na infância é comum o envolvimento de crianças em brincadeiras sexualizadas (jogos sexuais). A auto-estimulação, a auto-exploração, o beijo, o abraço, o toque e a exposição de genitais para outras crianças e jogos do tipo “mamãe e papai” são normais e fazem parte do desenvolvimento da sexualidade infantil (SANDERSON, 2005). Costuma ocorrer entre faixas etárias semelhantes, com participação voluntária (sem ser forçada ou coagida) e o relacionamento entre os participantes da brincadeira, quando estão em outras atividades, é cordial e amigável, sem hostilidade ou agressividade.

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

3.2 Violência física

É o uso da força física de forma **intencional, não acidental**, por um agente agressor adulto ou mais velho que a criança ou adolescente. Pode deixar ou não marcas evidentes e nos casos extremos pode causar a morte. É a forma de violência mais fácil de diagnosticar, pois o agressor geralmente utiliza chinelos, chicotes, cintos, fivelas, cordas, correntes, e deixa marcas no corpo da criança e do adolescente. As Síndromes de Munchausen e do Bebê Sacudido frequentemente estão associados à violência física.

Indicadores de violência física

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões físicas que não se ajustam à causa alegada; • Ocultamento de lesões antigas; • Hematomas e queimaduras em diferentes estágios de cicatrização; • Contusões corporais em partes do corpo que geralmente não sofrem lesões com quedas habituais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo dos pais e/ou responsáveis; • Alegação de causas pouco prováveis para as lesões; • Fugas do lar e comportamento agressivo com colegas; • Baixa auto-estima considerando-se merecedor de punições; • Desconfia de contato com adultos; • Alerta permanente; • Hiperativa ou depressiva; • Tendências autodestrutivas; • Problemas de aprendizagem; • Distúrbios alimentares e do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta as lesões na criança ou as justifica de forma não convincente e contraditória; • Culpa a criança pelos problemas no lar; • Acredita no disciplinamento severo como forma de educar; • Tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança, exigindo-a em demasia; • Autoriza o professor a castigar fisicamente a criança.

O que é síndrome de Munchausen por procuração?

É definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo) (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA/ SBP, 2001).

A “síndrome de Munchausen por procuração” é, em sua maioria quase absoluta, provocada pela mãe da criança. Pode ser produzida por dois me-

canismos diferentes: a simulação de sinais, como no caso de falsificação de amostras para exames (por exemplo, adicionar sangue menstrual ou açúcar na urina da criança) e a produção de sinais, como no caso de administrar medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões. Deve-se suspeitar desta síndrome quando ocorrerem as seguintes situações:

- Doença com características que indicam persistência ou recidivas;
- Relatos de sintomas não usuais, quase sempre descritos de forma dramática;
- Dificuldades em classificar as queixas dentro de uma linha de raciocínio diagnóstico *coerente*;
- Sinais que surgem sempre quando a criança está com uma mesma pessoa;
- Os demais parentes e os profissionais só constatarem o quadro já consumado;
- Resistência e insatisfação com o tratamento preconizado e insistência para a realização de diversos procedimentos.

Síndrome do Bebê Sacudido

A síndrome ocorre, especialmente, em crianças menores de 2 anos de idade e é causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Essa ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro-hemorragias por rupturas de artérias e veias até hemorragias maciças e rompimento de fibras e tecidos nervosos. Nesses casos, existe grave comprometimento do sistema nervoso central.

3.3 Violência psicológica

Pode estar associada a todas as outras formas de violências. Considera-se como violência psicológica as atitudes, palavras, ações, ameaças, humilhações, gritos, injúrias, privação de amor, rejeição, entre outras que podem envergonhar, censurar ou pressionar a criança ou o adolescente de forma permanente. Essa modalidade, apesar de ser extremamente frequente é difícil de ser identificada, pode trazer grandes danos ao desenvolvimento emocional, físico, sexual e social das crianças e adolescentes (SBP, 2001).

Indicadores de violência psicológica

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde sem causa orgânica; • Distúrbios de fala (mudez, gagueira); • Afecções cutâneas (reações alérgicas na pele); • Disfunções físicas em geral; • Distúrbios alimentares e do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • Carência afetiva; • Baixa auto estima; • Regressão a comportamentos incompatíveis com a idade; • Submissão e apatia; • Dificuldades e problemas escolares, mas sem limitações cognitivas e intelectuais; • Tendência suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há afetividade na relação entre pais e filhos ou há demonstração excessiva; • Deprecia a criança/adolescente referindo-se a ele de forma negativa e crítica; • Tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança/adolescente exigindo-o em demasia; • Muitas vezes há registros de abuso de álcool e de outras drogas; • Ameaça, aterroriza ou ignora a criança/adolescente.

3.4 Negligência

A negligência é uma das formas mais frequentes de violência praticada por pais ou responsáveis contra crianças e adolescentes, atingindo principalmente os aspectos relacionados à saúde, à educação e à higiene. É um tipo de difícil identificação, pois muitas vezes está relacionada às questões estruturais da sociedade (desemprego, acesso aos serviços públicos, distribuição de renda, injustiça social, entre outros).

Essa violência gera graves consequências à saúde e provoca alterações no seu processo de crescimento e desenvolvimento. A pouca atenção por parte dos pais, o atraso no calendário de vacinação, o não seguimento de recomendações de profissionais da saúde, entre outras são características sugestivas da violência por negligência.

Indicadores de negligência

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de crescimento deficiente; • Vestimentas inadequadas; • Fadiga constante; • Quadro de desnutrição frequente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetência, baixo rendimento, ausências ou atrasos escolar ou em atendimento de saúde; • Agressividade ou apatia; • Hiperatividade ou depressão; • Assume responsabilidades de um adulto; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não comparecimento à escola; • Não se preocupa e não resolve as necessidades da criança; • Apresenta desleixo com a higiene e aparência pessoal; • Abusa do álcool e de outras drogas; • Deixam crianças sozinhas, sem a supervisão de um adulto.

3.5 Trabalho infante-juvenil

É qualquer atividade, remunerada ou não, domiciliar ou extra-domiciliar, exercida por criança e adolescente menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos (ECA, 1990). Uma das formas mais comuns de trabalho infantil é o doméstico, considerado natural por grande parte da população, mas é importante diferenciar o trabalho infantil doméstico de atividades que ocorrem no âmbito familiar, como forma de estímulo à solidariedade e compartilhamento de responsabilidades. Em caso de suspeita ou identificação de casos é importante a articulação da rede de serviços para uma intervenção intersectorial adequada e as notificações epidemiológicas e protetivas devem ser realizadas.

Os riscos ocupacionais e os impactos na saúde, por setor/atividade, bem como orientações para a abordagem de crianças e adolescentes trabalhadores na rede SUS encontram-se no documento “Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos” do Ministério da Saúde (BRASIL 2005).

3.6 Violência institucional

É caracterizada por uma relação de poder entre instituição/usuário, podendo se dar de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação, intolerância, abuso de poder, falta de estrutura física e recursos financeiros (SANTOS; FERRIANI, 2009).

A equipe de saúde deve ficar atenta para observar os sinais e queixas das crianças e adolescentes institucionalizados (Creches, Escolas, Hospitais, Abrigos, Centros de Internação), problematizando sua percepção com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). As notificações epidemiológicas e protetivas devem ser realizadas, ainda que seja apenas uma suspeita.

O que é bullying?

Conjunto de atitudes de violência física e/ou psicológica, de caráter intencional e repetitivo, que ocorre com frequência nas escolas, caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. É praticado por um agressor (bully) contra uma ou mais vítimas que se encontram impossibilitadas de se defender. Seja por uma questão circunstancial ou por uma desigualdade subjetiva do poder, por trás dessas ações sempre há um ou mais agressores que dominam a maioria dos alunos de uma turma e “proíbem” qualquer atitude solidária em relação ao agredido (SILVA, 2010).

É importante que os profissionais dos Centros de Saúde façam um trabalho junto com as Escolas na prevenção do Bullying e também junto às

famílias. Falar sobre bullying com crianças e adolescentes é a melhor forma de prevenção, para que estes saibam que não precisam se envergonhar por estarem sendo vítimas desta violência e que existem profissionais nas escolas e nos serviços de saúde para ajudá-los. O bullying é mais frequente entre escolares da 6 e 7ª série.

Formas de bullying

- Verbal: xingar, ofender, fazer gozações, colocar apelidos pejorativos, fazer piadas ofensivas, “zoar”;
- Físico e material: bater, chutar, espancar, ferir, empurrar, beliscar, atirar objetos contra as vítimas, roubar, furtar ou destruir os pertences da vítima;
- Psicológico e moral: irritar, humilhar, ridicularizar, excluir, isolar, ignorar, desprezar ou fazer pouco caso; perseguir, etc;
- Virtual ou cyberbullying: através de ferramentas tecnológicas como mensagens em sites de relacionamento na internet e celulares.

Sinais de bullying

Principais queixas	Perfil das vítimas	Sinais no comportamento
<ul style="list-style-type: none">• Cefaléia;• Tonturas ou desmaios;• Tensão muscular;• Náuseas (enjôos);• Alergias, Diarréia, palpitações;• Mudanças frequentes e intensas de humor, com explosões repentinas de irritação ou raiva;• Apresentam diversas desculpas para não irem à escola, inclusive com doenças físicas.	<ul style="list-style-type: none">• Alunos em desigualdade de poder; seja por situação socioeconômica ou de idade;• Alunos mais novos e de porte físico frágil ou em desvantagem numérica;• Apresentam algo que destoa do grupo (são tímidas, muito bonitas, muito inteligentes, introspectivas, “nerds”, muito magras; são de credo, raça ou orientação sexual diferente, etc.), o que as tornam pessoas mais vulneráveis aos ofensores;• Não conseguem fazer frente às agressões sofridas;• Geralmente distanciam-se da convivência com os amigos.	<ul style="list-style-type: none">• Desinteresse pela escola;• Problemas psicossomáticos;• Problemas psíquicos, tais como: transtorno do pânico, depressão, anorexia e bulimia, fobia escolar, fobia social, ansiedade generalizada, depressão entre outros;• Bullying também pode agravar problemas preexistentes, devido ao tempo prolongado de estresse. Em casos mais graves observam-se quadros de esquizofrenia, homicídio e suicídio;• Passam a gastar mais dinheiro do que o habitual na cantina ou com a compra de objetos diversos com o intuito de presentear os outros.

4. Notificação

A notificação é um importante instrumento de proteção aos direitos de crianças e adolescentes e também um importante instrumento para se conhecer a real magnitude do evento, pois a partir dessas informações, o Estado (federal/estadual /municipal) terá subsídios para planejar políticas públicas com o objetivo de eliminar a violência contra criança e adolescente, a partir da realidade local. A notificação é uma das dimensões da linha de cuidado. É dever do profissional de saúde realizá-la, conforme estabelecido pelo ECA e regulamentado pelo Ministério da Saúde.

A violência foi incluída na lista das doenças e agravos de notificação compulsória pela Portaria Nº 104 de 25 de janeiro de 2011.

Como se notifica à Epidemiologia?

Preenchendo em uma via a “Ficha de Notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências” que é o instrumento de coleta epidemiológica padronizado pelo Ministério da Saúde. Após o preenchimento, encaminhar à Gerência Distrital de Epidemiologia e Informação (GEREPI).

Quem deve notificar para a epidemiologia?

A ficha de notificação deve ser preenchida por qualquer profissional de saúde de nível superior vinculado aos serviços de saúde. Todos os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, devem ser notificados, conforme preconizado pelo ECA e pelo Ministério da Saúde.

Como fazer a notificação ao Conselho Tutelar?

A notificação deve ser feita através do preenchimento da ficha de Notificação Protetiva, mas em situação de risco de vida, o contato com o Conselho Tutelar deve ser imediato, por telefone, e na sequência a ficha protetiva deve ser enviada à Gerência Distrital de Assistência/GERASA (sempre que possível com a ciência da gerência da unidade), que encaminhará ao Conselho Tutelar.

A notificação protetiva resguarda o profissional, principalmente em casos de agravamento da situação de violência e evita sua responsabilização por omissão ou negligência. Caso o profissional ainda sinta-se ameaçado, poderá realizar a notificação protetiva através do DISQUE 100 ou 0800 031 1119 e solicitar ao Distrito Sanitário a cooperação na elaboração de estratégias assistenciais.

Mesmo se a família não quiser ou não aceitar a notificação, o profissional de saúde deverá informá-la de que irá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 13 e 245).

Os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) estabelecem a obrigatoriedade dos profissionais de saúde ou qualquer outro profissional de notificar aos Conselhos Tutelares as situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde tornou obrigatório para todo o território nacional, inclusive as instituições de saúde pública e conveniadas ao Sistema Único de Saúde, o preenchimento da ficha de notificação compulsória e seu encaminhamento ao Conselho Tutelar. O Ministério editou a PORTARIA nº 104, de 25 de janeiro de 2011, tratando a violência doméstica como agravo de notificação compulsória na rede SUS, a qual deve ser registrada na ficha de Notificação da Vigilância Epidemiológica.

Link de acesso às fichas de notificação disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/violencia.pdf>

5. Atendimento na Atenção Primária

O diagnóstico de violência, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas. É importante que todos os profissionais de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento. Quando possível, são úteis informações colhidas na comunidade, na escola ou creche, amigos ou vizinhos, que podem, muitas vezes, trazer observações importantes sobre o funcionamento do núcleo familiar. Além disso, é importante solicitar ajuda nas instâncias distrital e central quando o caso se configurar com uma complexidade maior que a habitual.

Diagnóstico diferencial

Várias patologias entram no diagnóstico diferencial da suspeita de violência, sendo as mais frequentes: raquitismo, escorbuto, sífilis congênita, osteogênese imperfeita, doenças osteoarticulares, hiperostose cortical infantil, síndrome hemorrágica, anomalias dermatológicas, infecções de pele, traumatismo acidental, dano cerebral orgânico/ neurológico, transtornos de conduta, psicose ou transtorno de personalidade.

Qual profissional pode identificar uma suspeita de violência contra crianças e adolescentes?

Todos os profissionais dos serviços de saúde podem suspeitar de que uma criança e ou um adolescente está sendo vítima de violência, ou mesmo identificar um caso de violência contra crianças e adolescentes.

Como fazer o acolhimento de uma criança ou adolescente vítima de violência?

O primeiro passo para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, o que facilita a abordagem inicial e cria as condições para a continuidade de atendimento. Muitas vezes a criança ou o adolescente não se sente à vontade para relatar o fato na presença de familiares, até porque esses podem ser os próprios autores da violência. A criação de um ambiente em que a criança, o adolescente e suas famílias se sintam seguros e confiantes, com oportunidade de expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos, é de grande valia.

É importante valorizar as informações da criança ou do adolescente, considerando que o relato espontâneo é de alta credibilidade, com sutileza na abordagem para evitar mais traumas ou revitimizações. Alguns dispositivos das políticas sociais básicas podem ser acionados prontamente para o acolhimento de crianças e adolescentes em tais situações, como o Projeto Arte da Saúde, a Escola Integrada e as Unidades de Educação Infantil (UMIEs).

Qual profissional pode atender um caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes?

O atendimento inicial à criança ou ao adolescente vítima de violência é papel da Equipe de Saúde da Família e a coordenação do caso é uma responsabilidade do profissional que se constituir como referência (vínculo) com a criança e adolescente. É necessário que o caso seja compartilhado/acompanhado pela enfermeira, médico e assistente social do centro de saúde.

Como deve ser o atendimento quando há uma suspeita de violência?

O atendimento inicial tem como objetivo estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a criança ou adolescente e com os pais ou responsáveis. É em nome deste relacionamento que o profissional de saúde deve manter uma atitude de isenção, mesmo que haja suspeita de que um dos pais ou o responsável seja o agressor. As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação moral, de acusação ou de censura, embora as intenções de esclarecer a suspeita ou confirmação dos maus-tratos e

de proteger a criança de novas agressões devam estar sempre presentes. A abordagem à família, à criança e ao adolescente deve ser empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos contribuir para a reorganização dos vínculos familiares.

No diálogo com eles, o profissional deve ter o cuidado para que a abordagem do assunto não cause mais sofrimento à vítima.

Evidências ou marcas físicas

A identificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de que foram vítimas de violência, sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, como também de sintomas psíquicos e comportamentais sugestivos de que a criança possa estar sendo vítima de algum tipo de violência.

Diante de uma suspeita de violência contra criança e/ou adolescente, é imprescindível avaliar:

- A lesão está de acordo com o que está sendo relatado?
- A lesão realmente pode ter ocorrido desta forma?
- A relação temporal está correta?
- Poderia ter sido provocada por violência intencional?
- A postura da família está adequada e compatível com a gravidade do ocorrido?
- Houve retardo na busca de auxílio?
- Existem dados contraditórios na história da lesão?
- Existe história anterior semelhante?

Como conduzir o atendimento aos casos de violência

O serviço deve estabelecer um plano de atenção à vítima, em linha de cuidado, que pressupõe discussão do caso e o correto preenchimento de um prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento. Os casos de violência (suspeitos ou confirmados) devem ser discutidos com toda a equipe, com o objetivo de organizar a vigilância e o acompanhamento compartilhado, intercalando os atendimentos entre os profissionais de nível superior. É importante enfatizar os aspectos éticos – sigilo, prudência, isenção, responsabilização - envolvidos em tais situações, pois muitos profissionais conhecem e convivem com os usuários em sua comunidade.

Os casos crônicos devem ser acompanhados – clínica e socialmente - por

longo prazo, para a reorganização da dinâmica familiar e para minimizar os efeitos da violência. Nos casos de violência sexual deve-se diferenciar a condução do atendimento inicial para o estupro ou outra forma de abuso sexual que são emergenciais e demandam uma sequência de condutas imediatas, tanto à saúde física como emocional, daquelas crônicas e repetitivas, ambas extremamente desastrosas para a criança ou adolescente. **Os casos agudos de violência sexual devem ser encaminhados para os hospitais de referência (Anexos I e III).**

Devem-se avaliar os riscos envolvidos em cada caso e a necessidade de profilaxia para a Hepatite B, proteção medicamentosa contra as DST não-virais, quimioprofilaxia para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, para vítimas do sexo feminino em idade reprodutiva, contracepção de emergência. Essa etapa do atendimento é fundamental para proteger a vítima dos danos e agravos da violência, devendo ser instituída até 72 horas após a violência sexual.

Os casos de abuso sexual crônicos poderão ser encaminhados e acompanhados pelo Ambulatório Especializado em DST/AIDS – CTR DIP Orestes Diniz (**Anexo I e III**). Lembrando que todos os casos atendidos nos serviços de referência (hospitalar e ambulatorial) devem ser acompanhados pelos centros de saúde, até a alta definitiva.

Todos os relatos e dados relevantes precisam ser sempre registrados, deixando claro quando expressar uma fala da criança, do adolescente, de sua família ou de outra pessoa. O preenchimento do prontuário precisa ser claro, assinado e carimbado. Quando não informatizado, precisa ser escrito com letra legível e deve conter registro completo sobre: dados de exame físico (com descrição detalhada das lesões encontradas, sua localização, forma e dimensões), dados individuais e familiares, medicação, solicitação de exames, procedimentos adotados, providências tomadas e encaminhamentos, além da cronologia dos atendimentos.

6. Atendimento hospitalar

A internação é uma medida terapêutica utilizada apenas para casos graves e específicos. A possibilidade de manutenção ou reinserção da criança/adolescente na família de origem deve ser permanentemente avaliada.

A hospitalização é indicada somente quando há risco de homicídio ou risco de vida pela gravidade do quadro clínico (indicação clínica e psicossocial),

inexistência de outros recursos para a proteção contra novos episódios.

Os hospitais de referência e as UPAS devem fazer a contra-referência de atendimento com os centros de saúde para que a vigilância a estas famílias seja garantida.

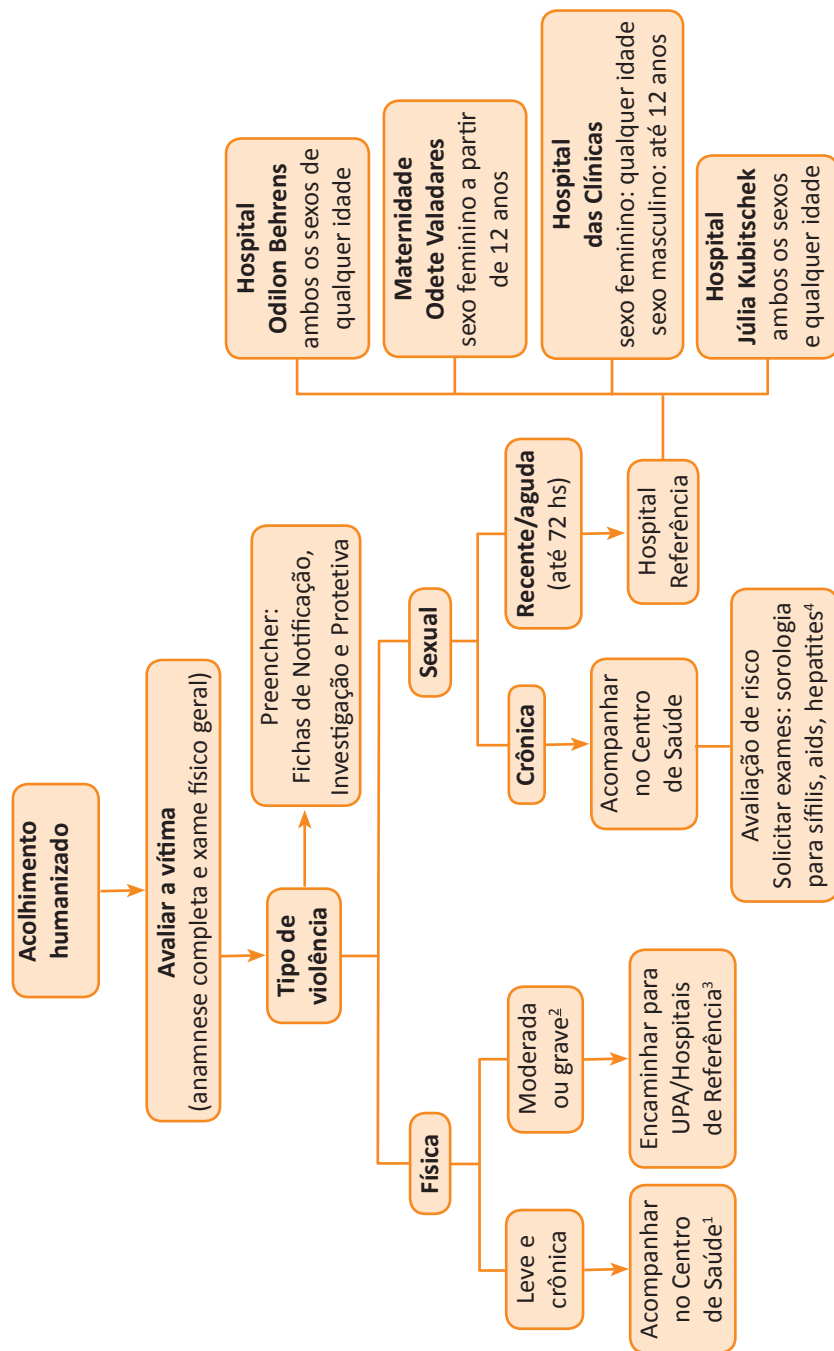
Linha de cuidado pós-internação

A criança e o adolescente, mesmo quando em acompanhamento médico e psicossocial hospitalar/ambulatorial, devem ser acompanhados pelos profissionais dos Centros de Saúde. Deve-se também acompanhar o caso junto ao Conselho Tutelar (CT) e à rede de proteção.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Impactos da violência na saúde da criança e do adolescente: prevenção de violências e promoção da cultura de paz.** Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Editora MS. Brasília. 2009.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA** - Lei nº. 8.060, 1990.
- BRASIL. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos.** Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **Violência um problema para a saúde dos brasileiros.** In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2005.
- NAJAINÉ, K. (Org.) et. al. **Impactos da violência na saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Brasília: OMS/OPAS, 2002.
- SANDERSON, C. **Abuso Sexual em Crianças.** São Paulo: M. Books do Brasil Editora 2005.
- SANTOS, E. S. S.; FERRIANI, M. G.C. **A violência institucional em creches e pré-escolas sob a ótica das mães.** Revista Brasileira de Enfermagem, 62 (1). Brasília, 2009.
- SILVA, A. B. **Bullying.** 2012. **Projeto Justiça na Escola.** 1ª edição. Conselho Nacional de Justiça. Brasília/DF. 2012.

I - Fluxo de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violências



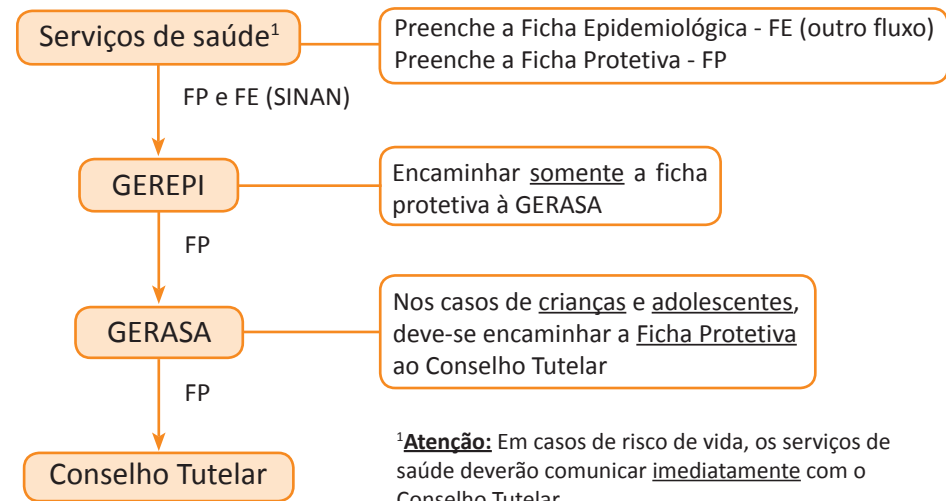
¹Pequenas contusões, escoriações leves, que podem ser tratadas com os recursos do Centro de Saúde;

²Lesões que necessitam de intervenção cirúrgica/ortopédica/neurológica;

³Hospital João XXIII, Hospital das Clínicas, Hospital Odilon Behrens, Hospital Risoleta Neves e Hospital Odilon Behrens;

⁴Se necessário encaminhar para serviço especializado (CTR Orestes Diniz).

II - Fluxo de notificação epidemiológica e protetiva (crianças e adolescentes)



Fonte: GEEPI/GVSI/SMSA-BH

III - Hospitais de referência

Violência sexual

Hospital	Endereço	Telefone	Atendimento
Odilon Behrens	Rua Formiga, 50 São Cristovão onibus: 1207, 4406	3277 183/6175 3277 6136	Sexo masculino e feminino de qualquer idade
Maternidade Odete Valadares	Av. Contorno, 9494 Prado onibus: SCO1, SCO3	3275-2755	Sexo feminino a partir de 12 anos
Júlia Kubitschek	Av. Dr. Cristiano Rezende, 2745 Barreiro/Milionários onibus: 3054	3389 7800 3381 4581 3322 2727/2722	Sexo feminino e masculino de qualquer idade
das Clínicas	Av. Alfredo Balena, 110 ônibus: 9101, 9250, 2201, 2215, 3050, 5502, 9204, 9407	3409-9300	Sexo feminino de todas as faixas etárias Sexo masculino até os 12 anos

Violência física

Local	Endereço	Telefone
Hospital João XXIII	Av. Alfredo Balena, 400 Santa Efigênia	3239 9200/3239 9201
Hospital Odilon Behrens	Rua Formiga, 50 Cachoeirinha	3277 6183/3277 6122
Hospital das Clínicas	Av. Alfredo Balena, 110 Santa Efigênia	3409 9300
Hospital Risoleta Neves	Rua das Gabirobas, 1 Vila Clóris	3459 3200
UPA Centro Sul	Rua Domingos Vieira, 488 Santa Efigênia	3277 4572/4544
UPA Barreiro	Av. Aurélio Lopes, 20 Diamante	3277 5840/3277 5841
UPA Norte Policlínica 1º de Maio	Rua Oscar Lobo Pereira, 270 1º de Maio	3277 7464
UPA Nordeste	Praça 13 de Maio, S/N Silveira	3277 5619
UPA Leste	Rua Vinte e Oito de Setembro, 372 Esplanada	3277 9025/3277 9030
UPA Oeste	Rua Campos Sales, 472 Gameleira	3277 7044
UPA Venda Nova	Rua Padre Pedro Pinto, 322 Venda Nova	3277 8904
UPA PAMPULHA	Av. Santa Terezinha, 515 Santa Terezinha	3277 8441/3277 8535

Profilaxias das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS

O tratamento e a profilaxia são realizados pelos hospitais de referência e serviços especializados, contudo as equipes de saúde da família, enquanto coordenadora do cuidado, deve conhecer todo o esquema terapêutico prescrito para o usuário para uma adequada vigilância dos casos.

Infecção pelo vírus da hepatite B

Status vacinal	Conduta
Esquema vacinal completo	Não necessita de dose de reforço ou IGH HB
Esquema vacinal incompleto	01 dose única de IGH HB até 07 dias após a violência + 01 dose da vacina e completar o esquema (0, 1, 6 meses)

IV - Profilaxia pós-exposição sexual para o HIV

A profilaxia do HIV deve ser iniciada o mais precocemente possível, com limite de até 72 horas da violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por quatro semanas, conforme esquemas do quadro abaixo.

Faixa etária	Medicamento	Dose	Apresentação
Crianças	Zidovudina (AZT)	240 mg/kg/dose – 12/12 horas (máx. 300 mg/dose), VO, por 28 dias.	10 mg/ml (sol. oral)
	Lanivudina (3TC)	4 mg/kg/dose - 12/12 horas (máx. 150 mg/dose), VO, por 28 dias.	10 mg/ml (sol. oral)
	Lopinavir/Ritonavir (LPV-ritonavir)	230mg/m ² LPV/ dose, de 12/12 horas (máx. 400/100mg dose), VO, por 28 dias.	80 mg/20 mg (sol. oral)
Adolescentes e adultos	Zidovudina e Lami- vudina (300/150 mg) (Lopinavir + Ritona- vir) (200/50mg)	1 comprimido 12/12 horas, VO, por 28 dias. 2 comprimidos de 12/12 horas, VO, por 28 dias.	300/150 mg 200/50 mg

V - Profilaxia pós-exposição sexual para doenças sexualmente transmissíveis não virais

Doença	Tratamento	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg	Adolescentes e adultos
Sífilis	Primeira escolha	Penicilina G Benzatina - 50.000 U/kg, IM, em dose única (dose Max. - 2,4 milhões UI).	Penicilina G Benzatina – 2,4 milhões, IM, em dose única (1,2 milhões UI em cada nádega).
(<i>Treponema pallidum</i>)	Tratamento alternativo	Eritromicina, 50 mg/kg/dia, VO de 6/6 h por 15 dias	Se comprovada história de hipersensibilidade à penicilina, utilizar Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6 em 6 horas durante 15 dias, ou Ceftriaxona, ou Azitromicina.
Gonorréia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Primeira escolha	Ceftriaxona - 250 mg, IM, em dose única.	Ofloxacina 400 mg VO, dose única (contra indicado em gestantes).
	Tratamento alternativo		Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou Cefixima, 400 mg, VO, ou Tianfenicol 2,5 g, VO (contra indicado em gestantes).
Cangro Mole (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Primeira escolha	Azitromicina - 20mg/kg, VO, em dose única (dose Max. - 1g)	Azitromicina 1g, VO, dose única.
	Tratamento alternativo	Ceftriaxona - 125 mg, IM, dose única.	Ceftriaxona 250mg IM, dose única
Clamidiose (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Primeira escolha	Metronidazol - 15 mg/kg/dia, de 8/8 horas, VO, durante 7 dias (dose max.- 2g)	Metronidazol, 2 g, VO, dose única. Em gestantes, evitar uso de no primeiro trimestre de gestação.
	Tratamento alternativo	Secnidazol 10 mg/Kg, VO, dose única	Secnidazol ou Tinidazol 2g, VO, dose única. Em gestantes, evitar uso de no primeiro trimestre de gestação.
Síntese do tratamento		Penicilina G Benzatina 50.000, U/kg + Ceftriaxona 250 mg, IM + Azitromicina, 20mg/kg, VO + Metronidazol, 15 mg/kg/dia, VO, dose única, por 7 dias	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões, IM + Ceftriaxona 250 mg IM + Ofloxacina 400 mg VO + Metronidazol, 2 g, VO GESTANTES: Penicilina G Benzatina 2,4 milhões IM, Ceftriaxona 500 mg, IM + Azitromicina, 1 g. VO + Metronidazol, 2 g. VO, dose única (evitar uso de no primeiro trimestre de gestação).

CONSELHOS TUTELARES POR REGIONAL

Regional	Endereço	Telefone
Conselho Tutelar Barreiro	Rua Flávio Marques Lisboa, 345 Barreiro de Baixo	3277 8924 3277 8925
Conselho Tutelar Centro - Sul	Rua Mucuri, 289 Floresta	3277 4757 3277 9225
Conselho Tutelar Leste	Rua Casa Branca, 142 Pompéia	3277 4407 3277 4604
Conselho Tutelar Nordeste	Av. Bernardo Vasconcelos, 1379 Cachoeirinha	3277 6122
Conselho Tutelar Noroeste	Rua Rio Pomba, 287 Bonfim	3277 9267 3277 7168
Conselho Tutelar Norte	Rua Pastor Murilo Cassete, 85 São Bernardo	3277 6655 3277 6658
Conselho Tutelar Oeste	Avenida Barão Homem de Melo, 382 Nova Granada	32777008
Conselho Tutelar Pampulha	Avenida Otacílio Negrão de Lima, 2220 São Luiz/Pampulha	3277 7970 3277 7959
Conselho Tutelar Venda Nova	Rua Alcides Lins, 470 Venda Nova	3277 5512 3277 9487
Central de informações		3277 5888

PLANTÃO CENTRALIZADO

3277 1912

Horários de funcionamento

- segunda a sexta feira: 18 às 8h
- sábado, domingo e feriado: 24 horas

Endereço

Avenida Bernardo Monteiro, 390 - A
Santa Efigênia



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br