

Comissão Municipal de Enfrentamento às Violências Contra Crianças e
Adolescentes

**PROTOCOLO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO À CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS OU TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA E ÀS PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Bela Vista da Caroba - Paraná
Maio de 2022

Reesposáveis pela Revisão do Plano:

Samantha Larissa Torres

Renato Sabino Guimarães

Mariza de Fátima Bonordt

Tania Maria de Oliveira Moura

Marcia Leane Richter

Josefina Herttwer

Marizete de Lima da Silva

Genessi Silva

Leandro Pagnan dos Santos

Clenir Rosani Brozowski Suhre

Tânia Ziliotto Pavanelo

Philippe Salomão Marinho de Araújo(Promotor De Justiça da Comarca de Ampére)

Informações:

Rede Municipal de Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes de Bela Vista da Caroba – PR

E-mail: redebvc@gmail.com

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
OBJETIVOS	6
Objetivo Geral.....	6
Objetivos Específicos.....	6
SETORES ENVOLVIDOS / REDE DE PROTEÇÃO.....	7
DEFINIÇÕES.....	8
Violência Física	8
Violência Psicológica:	8
Negligência	8
Violência Sexual	9
Estupro.....	9
Estupro de vulnerável.....	10
Porta de Entrada	10
Criança	10
Adolescente	10
Adulto/Idoso	10
Pessoa Vulnerável	10
Violência Institucional	11
Revitimização	11
Revelação Espontânea.....	11
Escuta Especializada	11
Depoimento Especial.....	11
RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS PORTAS DE ENTRADA.....	12
Observação dos sinais de alerta junto à população atendida.....	12
Acolhimento e abordagem	14
Atribuições da Gestão das Políticas Sociais.....	15
Garantia da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente	15
Revelação Espontânea.....	15
Escuta Especializada	16
Comunicação ao Conselho Tutelar	16
Registro.....	17
Notificação.....	18
Registro do Boletim de Ocorrência (BO)	18
Encaminhamento ao Serviço de Saúde.....	19
ATENDIMENTO PELO CONSELHO TUTELAR	20
ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE SAÚDE.....	21
Atendimento até 72h	22
Anticoncepção de Emergência (AE)	24
Encaminhamento ao Hospital de Referência – Hospital Regional do Sudoeste (HRS).....	26
Atendimento Após 72hs	27
Anticoncepção de Emergência (AE)	27
Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)	28
Seguimento laboratorial.....	33
Diagnóstico de IST	35
Gravidez decorrente de violência sexual	35
ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	37
ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO	38
CONTINUIDADE DO CUIDADO	39
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	40
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS.....	43
Anexo 1 - Fluxograma para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual.....	43
Anexo 2 – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.....	44
Anexo 3 – Ficha de Registro de Revelação Espontânea.....	46
Anexo 4 – Ficha de Registro de Escuta Especializada a ser Compartilhada na Rede.....	48

ABREVIATURAS E SIGLAS

AE- Anticoncepção de Emergência
AHOC- Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados
APS- Atenção Primária à Saúde
ARV- Antirretroviral
BO- Boletim de ocorrência
CHO- Contraceptivo Hormonal Oral
CMEI- Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social
DIU- Dispositivo Intra Uterino
HCV- Vírus da Hepatite C
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana (*human deficiency virus*)
HPV- Papilomavírus humano (*human papiloma virus*)
HRS- Hospital Regional do Sudoeste
IGHAHB – Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
IST- Infecção Sexualmente Transmissível
PAIF- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PEP- Profilaxia Pós Exposição
PSB- Proteção Social Básica
PSVS - Pessoa em Situação de Violência Sexual
SAE- Serviço de atenção especializada
SCFV- Serviço de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
TR- Teste Rápido
UAPS- Unidade de Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO

As legislações Brasileiras ao referenciarem os direitos das crianças e dos adolescentes, enfatizam a proteção integral que esses deverão receber da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Assim, por um lado, percebe-se que o ordenamento jurídico assegura às crianças e aos adolescentes “com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990, p.1). Por outro lado, percebe-se que esses direitos assegurados legalmente são, por vezes, ameaçados pela violência.

A violência contra crianças e adolescentes esteve presente na história da humanidade desde os mais antigos registros. A ideia de que eles são também “sujeitos de direito” e que merecem proteção e ações específicas do Estado é recente e resultado de um longo processo histórico e cultural. Devido a sua posição frágil nas relações de poder estabelecidas, com frequência, são públicos vulneráveis as várias situações de violências, devido a sua condição peculiar, em decorrência das suas particularidades enquanto ser em desenvolvimento, crianças e adolescentes sempre foram vítimas dos diversos tipos de violência.

Desta forma, no âmbito da proteção a crianças e adolescentes o ECA, em seu Art. 5º prevê que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

E dentre as violências, a violência sexual se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as pessoas no seu direito à vida, à saúde e à integridade física.

Entre as várias manifestações da violência, a sexual é uma das mais danosas, visto que provoca grandes transtornos físicos e emocionais, como ansiedade, medo, pesadelos, dores no corpo, risco de adquirir IST/HIV e de gravidez indesejada, além de tornar suas vítimas mais suscetíveis a outros tipos de violência, ao abuso de drogas, à prostituição, à exploração sexual, às disfunções sexuais, à depressão, às doenças psicossomáticas e ao suicídio.

Neste sentido, a atenção às pessoas em situação de violência sexual, não somente nos

casos de crianças e adolescentes, não é uma ação isolada e o seu enfrentamento depende de iniciativas intersetoriais que possibilitem ações de atendimento, proteção, prevenção a novas situações e medidas para possibilitar a responsabilização dos(as) autores(as) da agressão.

E sendo assim, é essencial a articulação e integração dos serviços de forma a evitar a revitimização de crianças e adolescentes, vítimas ou testemunhas de violência, acima de tudo, oferecer-lhes atendimento humanizado, integral e resolutivo. Assim, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar “as formas traumáticas de intervenção”, além de estar sensibilizados e capacitados para identificar e tratar as pessoas que apresentem sinais e/ou sintomas que possam estar relacionados às diversas formas de violências à que crianças e adolescentes podem estar expostos, incluindo-se a violência sexual.

Neste contexto, o Protocolo Intersetorial de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência e às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município Bela Vista da Caroba - Paraná representa uma ação importante para garantir a união necessária de esforços para combater tanto a violência sexual, como as demais formas de violência, e assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral e humanizado e contribuir para a redução da impunidade dos agressores.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Orientar e sistematizar as condutas dos profissionais da Rede de Atenção e Proteção Social para a identificação das pessoas em situação de violência sexual, bem como de crianças e adolescentes em situação de violência ou testemunhas de violência e a fim de que o atendimento, a notificação, o encaminhamento, o acompanhamento e a realização da profilaxia das doenças resultantes da violência sexual sejam adequados.

Objetivos Específicos

- Promover articulação da rede de proteção;
- Contribuir para a promoção de atendimento integral e humanizado;
- Aumentar a agilidade e resolutividade do atendimento;
- Padronizar o atendimento.

SETORES ENVOLVIDOS / REDE DE PROTEÇÃO

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura;
- Secretaria Municipal de Esporte;
- Secretaria Estadual de Educação;
- Conselho Tutelar;
- Conselho Municipal de Direitos (da Criança e do Adolescente, assistência, saúde, educação e da Pessoa Idosa);
- Segurança pública;
- Poder Judiciário;
- Ministério Público;

DEFINIÇÕES

Conforme o Decreto Municipal N° 163/2019, que normatiza e organiza o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência no Âmbito Municipal, sem prejuízo da tipificação das condutas criminosas, são formas de violência a Violência Física; Violência Psicológica; Violência Sexual; Violência Institucional

Violência Física

Entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico.

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;

Negligência

Negligencia pode ser entendida como a omissão dos cuidados básicos necessários ao desenvolvimento integral de uma pessoa. A negligência também pode ser caracterizada como o abandono, o descuido e a falta de comprometimento e responsabilidade,

caracterizados como seu dever dos pais ou responsáveis. Entre os exemplos estão a dificuldade de garantir alimentação, a falta de cuidados com a saúde, a ausência de roupas adequadas ao clima, o descuido com a higiene e a privação de acesso à escola e a medicamentos. Essa omissão, em termos dos cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente a depender da intensidade, pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte.

A negligência inclui também, a falta de tempo para os filhos, quando a criança ou adolescente não recebe atenção, afeto e carinho necessário para o seu desenvolvimento, quando os pais não acompanham a rotina dos filhos, ou também quando a criança é deixada sozinha, correndo o risco de sofrer um acidente.

Violência Sexual

Define-se como violência sexual 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, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio ou 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, divulgação de cenas de sexo, estupro ou de 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.

ESTUPRO

O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro.

ESTUPRO DE VULNERÁVEL

O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente. Portanto, qualquer prática sexual com menor de 14 anos tipifica o crime de estupro de vulnerável previsto no artigo [217-A](#) do [Código Penal](#), com pena de reclusão de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

Incorre na mesma pena quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Porta de Entrada

Define-se como porta de entrada, para os fins deste protocolo, o serviço que identificou primeiramente a situação de violência. São todos os pontos da rede de proteção: escolas, creches, serviços de saúde, de assistência social, de esporte, cultura, organizações religiosas, delegacias de polícia, Conselho Tutelar, entre outros.

Criança

Pessoa até doze anos de idade incompletos.

Adolescente

Pessoa entre doze e dezoito anos de idade incompletos.

Adulto/Idoso

Pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, sendo idoso a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Pessoa Vulnerável

Pessoas que, independentemente da idade, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato libidinoso, ou que, por qualquer causa, não pode oferecer resistência.

Violência Institucional

Violência praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento à criança ou ao adolescente vítima ou testemunha de violência (Art. 5º, Inciso I Decreto Federal 9.603/2018).

Revitimização

Discurso ou prática institucional que submeta crianças e adolescentes a procedimentos desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem as vítimas ou testemunhas a reviver a situação de violência ou outras situações que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem (Art. 5º, Inciso I Decreto Federal 9.603/2018).

Revelação Espontânea

É o relato espontâneo da criança ou adolescente sobre situação de violência da qual foi ou está sendo vítima ou sobre ato de violência que tenha presenciado, ao profissional que, possivelmente, tenha despertado sensação de segurança e confiança à criança ou do adolescente.

Escuta Especializada

A escuta especializada pode ser conceituada como: procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente vítima ou testemunha, perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade (artigo 7º da Lei 13.431/2017). A Escuta Especializada não tem o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização, e fica limitada estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e de provimentos de cuidados. (Art. 19, § 4º, Decreto Federal 9.603/2018)

Depoimento Especial

Procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial e/ou judiciária com a finalidade de produção de provas. (Art. 8º da Lei 13.431/2017 e Art. 22 do Decreto Federal 9.603/2018).

*Na falta de profissional especializado da equipe do Poder Judiciário, será nomeada pelo juízo, pessoa capacitada que não realize outros atendimentos ao suposto agressor, à suposta vítima ou às respectivas famílias (Protocolo Escuta Especializada e Depoimento Especial).

RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS PORTAS DE ENTRADA

Diante da suspeita ou confirmação de violência sexual, os profissionais da Rede de Proteção deverão prestar o devido atendimento, de acordo com as especificidades de cada serviço, e efetuar os encaminhamentos necessários para continuidade do cuidado e responsabilização do agressor. O atendimento deve ser realizado de forma articulada com os demais serviços locais de cuidado e proteção social.

O atendimento protetivo, no contexto da rede de proteção, possui caráter de acolhimento e acompanhamento, e não necessariamente da confirmação da ocorrência ou não de violência.

Independente de qual serviço seja a porta de entrada, os procedimentos devem obedecer a uma mesma lógica, seguir orientações pré-definidas, sendo que cada serviço é corresponsável pelo atendimento.

No município de Bela Vista da Caroba o atendimento às PSVS deverá ocorrer em conformidade com o presente protocolo, seguindo a lógica representada no Fluxo Municipal de atendimento Crianças e Adolescentes Vítimas ou testemunhas de Violência e às pessoas em situação de violência sexual (Anexo 1).

Observação dos sinais de alerta junto à população atendida

Compreender os sinais de alerta é de extrema relevância para organizar os encaminhamentos e fluxos de atendimentos de cada caso e estruturar estratégias de prevenção. Tais sinais podem ser traduzidos como um conjunto de indicadores que auxiliam na leitura e na identificação das violências.

Aos profissionais das diversas áreas – saúde, educação, assistência social, segurança pública etc. - cabe detectar e distinguir esses sinais para que seja possível intervir (ver Quadros 1 e 2). Além dos sinais de alerta, a análise profissional para a intervenção deve também contemplar os elementos sócio-históricos e a multiplicidade das vidas das pessoas em situação de violência sexual (PSVS). Dessa forma, é possível problematizar, questionar e compreender os elementos que compõem o fato observado, seja suspeito ou confirmado. Entre esses aspectos estão as considerações a respeito do modo de existência dessas

pessoas, sua história singular e familiar, e seu lugar social, comunitário e econômico. O conhecimento de tais sinais é muito importante, pois nem sempre é fácil detectar a violência. O trabalho em parceria com a Rede de Proteção Social é o caminho mais apropriado para a análise dos casos suspeitos. (PARANÁ, 2018)

Quadro 1 - SINAIS DE ALERTA PARA QUALQUER TIPO DE VIOLÊNCIA

1. Lesões incompatíveis com o acidente relatado ou com a idade e o desenvolvimento psicomotor da vítima. Exemplos: quedas de bebê com menos de 4 meses, fraturas de perna em criança abaixo de 1 ano e queda do berço com fraturas cranianas incomuns para esse tipo de acidente.
2. Presença de várias lesões em distintas partes do corpo ou partes cobertas.
3. Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura.
4. Criança ou adolescente sob a tutela e cuidados exclusivos de um adulto com comportamento de risco. Exemplo: histórico de violência e uso de álcool.
5. Histórico de múltiplos acidentes, incluindo hospitalizações ou outros tratamentos de traumas.
6. Atraso incompreensível para a procura de cuidados médicos diante de alguma situação ou acidente.

Fonte: Paraná, 2018a

Quadro 2 - SINAIS DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA SEXUAL

Físicos:

1. Lesões localizadas em região genital ou por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
2. Gravidez precoce ou aborto.
3. Manifestações de sexualidade precoce para a idade. Exemplos: brincadeiras sexuais erotizadas ou com o uso de força dirigidas a outras crianças e/ou masturbação compulsiva.
4. Histórico de fugas ou tentativas.
5. Presença de hematomas. Exemplo: marcas de corda, cinto e mordidas.
6. Ausência de cuidados com higiene.
7. Resquícios de sangue provenientes das partes íntimas nas roupas.
8. Dificuldades para caminhar e sentar.
9. Dor ao urinar.
10. Uso de roupas inadequadas ao clima.
11. Dificuldades do sono.

Psicológicos:

1. Alterações alimentares, como comer demais ou de menos.
2. Fadiga e cansaço.
3. Dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar. Exemplos: notas baixas na escola, dificuldades para se concentrar.
4. Alterações do sono. Exemplo: pesadelos durante a noite.
5. Alterações do humor. Exemplo: comportamentos agressivos ou extremamente passivos.
6. Depressão.
7. Desconfiança extrema e desmotivada. Exemplo: medo de ficar só ou em companhia de
8. Preferência de um lugar significativo a outro. Exemplo: a criança prefere a escola à casa. Ou não
9. Fugas de casa ou da escola e faltas escolares.
10. Agitação e choro desmotivado.
11. Uso de álcool e outras drogas ou prática de pequenos furtos.

Fonte: Paraná, 2018a

Acolhimento e abordagem

O acolhimento é a primeira etapa do atendimento. Ele facilita a abordagem às vítimas, que podem se sentir bastante ansiosas e com muito medo.

Por acolher, entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais que assegurem a dignidade da PSVS e garantam credibilidade ao atendimento. Neste contexto, a ética, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo são princípios fundamentais.

A escuta atenta e afetiva é ferramenta chave para o acolhimento. É entendida como uma escuta atenciosa e acolhedora, isenta de julgamentos morais ou estigmatizantes ou qualquer forma de discriminação. A abordagem deve ser realizada com sutileza, de forma a valorizar as informações prestadas pela pessoa vítima de violência. É importante agir com muito cuidado a fim de evitar mais traumas e revitimizações. Não devem ser feitos julgamentos e comentários de indignação, censura ou acusação.

Muitas vezes, a vítima não se sente à vontade para falar sobre o que viveu quando está na presença de familiares, até porque estes podem ser os próprios autores da violência. O profissional deve expressar que está pronto para ouvir e proporcionar um ambiente em que se sintam seguros e confiantes, com oportunidade para pessoa expressar o que sente e conversar sobre a situação de violência na qual está envolvida.

Destaca-se que a escuta atenta não significa que a pessoa vítima de violência será apenas ouvida, significa, essencialmente, traduzir as necessidades de proteção social e cuidados em oferta de serviços. Desse modo, é fundamental escutar atentamente o relato da vítima ou do responsável, a fim de obter informações suficientes para identificar as necessidades de atendimento do caso, ainda que preliminares.

Deve-se, também, zelar pelo sigilo das informações prestadas pela vítima ou por seu responsável. Comunicar a outros profissionais apenas o necessário para garantir o atendimento apropriado. Tal medida é necessária para que se proteja ao máximo a integridade psíquica e moral da vítima e da família.

Na abordagem dos pais ou responsáveis, nas situações envolvendo crianças ou adolescentes, o profissional deve ser honesto e objetivo, fornecendo as informações necessárias. Os pais são responsáveis pelo cuidado dos seus filhos e, na maioria das vezes, devem ser comunicados logo que possível sobre o caso. Os profissionais devem explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda competente e de que precisará acompanhar os desdobramentos das ações de cuidado e proteção.

É fundamental informar a pessoa em situação de violência sexual ou seu responsável sobre o fluxo de atendimento e a importância de cada medida.

Atribuições da Gestão das Políticas Sociais

Cabe aos gestores municipais das Secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde:

- Disponibilizar espaço físico apropriado e acolhedor (em conformidade com o Art. 10 da Lei 13.431/2017) para o atendimento às PSVS;
- Formação continuada de seus servidores na perspectiva de qualificar a escuta e organizar um fluxo interno a fim de melhorar a resolutividade do atendimento;
- Promover o diálogo entre os diversos serviços e políticas públicas e estimular a articulação e efetivação de ações intersetoriais;
- Garantir profissionais capacitados para o atendimento.

Garantia da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente

A Doutrina da Proteção Integral prevê que crianças e adolescentes devem receber proteção especial em função de sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, sendo detentores, inclusive de um conjunto de direitos específicos que visam assegurar-lhes plenas condições para o seu desenvolvimento integral e sem violência.

Para fins de efetivação deste protocolo levar-se-á em conta o princípio da prioridade absoluta em todos os serviços que compõe a rede, em conformidade ao disposto no art. 4º, parágrafo único do ECA.

Com o advento da Lei 13.431/2017, regulamentada pelo Decreto Federal 9.603/2018, que estabelece o Sistema da Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente vítima ou testemunha de violência, dever-se-á observar os seguintes procedimentos no atendimento intersetorial de crianças e adolescentes em situação de violências:

REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Diante de uma revelação espontânea da criança ou adolescente sobre atos de violência, o profissional a quem a revelação foi feita, independentemente de que órgão fizer parte, deverá acolher a vítima, escutá-la sem interrupções, efetuando o mínimo possível de perguntas.

Após a revelação espontânea, o profissional informará, de acordo com o grau de entendimento da criança ou adolescente, que efetuará a comunicação obrigatória às autoridades competentes, quanto à situação de violência, descrevendo para a vítima como será o fluxo do atendimento do caso pela rede existente no município.

Feita a revelação espontânea, deve ser terminantemente proibido a condução da criança ou adolescente para que outros profissionais da mesma instituição interroguem novamente a criança ou adolescente sobre o fato. Caberá ao profissional que ouviu a revelação em primeira mão, reproduzir os acontecimentos, da forma mais fidedigna possível, para seus superiores hierárquicos e demais órgão que atuarão na proteção da vítima. (Recomendação 001/2018 CEDCA-PR)

Em qualquer dos casos a instituições a que está vinculado o profissional que recebeu o relato espontâneo deve comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar, conforme ficha de registro constante neste protocolo no Anexo 03.

ESCUTA ESPECIALIZADA

A escuta especializada poderá ser feita por órgão da rede de proteção, provenientes das áreas da assistência social, saúde, educação e organizações da sociedade civil, dentre outras que trabalhem na área de defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, por profissional previamente capacitado.

O objetivo da escuta especializada é de assegurar o acompanhamento da vítima ou testemunha de violência em suas demandas, na perspectiva de superação das consequências da violação sofrida, inclusive no âmbito familiar. Nessa fase o foco deve ser voltado para o provimento de cuidado e atenção que a criança ou adolescente em situação de violência necessita.

COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR

Nas situações de violência envolvendo crianças ou adolescentes é obrigatória a comunicação imediata ao Conselho Tutelar. Desse modo, quando o relato espontâneo da criança ou adolescente ou a percepção da suspeita ou confirmação da violência sexual acontecer nos serviços de educação, assistência social, saúde, cultura, esporte, organizações

da sociedade civil, o fato deverá ser comunicado, obrigatoriamente, ao Conselho Tutelar¹, através de contato *por telefone e Ficha de Notificação Compulsória do SINAN e com o envio de uma via da ficha do SINAN à Vigilância Epidemiológica*.

A instituição que observar a suspeita ou confirmação da violência deverá proceder um registro objetivo e claro do relato da criança/adolescente ou dos fatos observados que provocaram a suspeita e enviar ao Conselho Tutelar, a fim de subsidiar os demais atendimentos, encaminhamentos e evitar a repetição do relato dos fatos pela criança/adolescente. No Anexo 04 deste protocolo consta a ficha para registro de escuta especializada a ser compartilhada na Rede.

¹ Qualquer órgão da rede de proteção que tomar conhecimento de criança ou adolescente em situação de violência deverá comunicar o Conselho Tutelar, na forma do art. 13 do ECA, acompanhando o caso posteriormente dentro de suas atribuições específicas.

Registro

O serviço porta de entrada deverá fazer o registro em forma de relatório das informações relatadas pela pessoa em situação de violência sexual e/ou dos sinais identificados. Esse registro deverá ser encaminhado ao serviço que dará continuidade ao atendimento.

Em caso de violência sexual sempre que possível, registrar a data e hora da violência sexual, o mais exato possível para identificar se o atendimento está em um prazo antes ou após 72 horas da violência, essa informação é chave para a sequência do atendimento clínico.

Quando for criança ou adolescente, o encaminhamento do caso deve incluir o registro do atendimento realizado, constando o relato espontâneo da vítima e informações coletadas com os responsáveis ou acompanhantes, evitando-se a revitimização em decorrência da repetição dos fatos.

A ética é fundamental no atendimento às PSVS. Manter sigilo sobre as informações prestadas pela vítima ou pelo seu responsável, repassando a outro profissional ou outro serviço, apenas as informações necessárias para garantir o atendimento adequando.

¹ Conforme determina o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Notificação

O registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências compõe o atendimento integral às pessoas em situação de violência. A notificação é uma ferramenta que tem por objetivo produzir evidências epidemiológicas, subsidiando o planejamento, o monitoramento, a avaliação e execução de políticas públicas integradas e intersetoriais.

O preenchimento da ficha de notificação (Anexo 2) será realizado pelo serviço que for a porta de entrada no atendimento e estará disponível em todos os pontos da rede de proteção. Se por algum motivo não for preenchida na porta de entrada, o primeiro serviço de saúde que prestar o atendimento à vítima realizará, obrigatoriamente, a notificação.

O registro será realizado em três vias, a via original obrigatoriamente deverá ser encaminhada ao serviço de vigilância epidemiológica e uma cópia deverá ser encaminhada ao Hospital Regional - nos casos que a violência seja identificada até 72 horas após a ocorrência. Uma via da ficha de notificação será utilizada para comunicar o Conselho Tutelar. E uma cópia deverá ser arquivada pela unidade notificadora.

Registro do Boletim de Ocorrência (BO)

É obrigatório o Registro de Ocorrência Policial nos casos de violência envolvendo crianças, adolescentes ou pessoas incapazes. Todavia, esse registro deverá ocorrer paralelamente ao atendimento pela equipe de saúde, uma vez que a todas as condutas clínicas deverão ser implementadas com a maior brevidade possível a fim de minimizar os riscos à saúde da vítima. Em hipótese alguma este procedimento policial poderá retardar o atendimento clínico, colocando em risco a saúde da vítima.

O protocolo de atendimento a crianças e adolescentes vítima de violência exige que para o encaminhamento ao Hospital Regional ou ao IML, onde serão realizados os exames periciais necessários a cada caso de violência, primeiramente seja realizado o registro do B.O junto a Delegacia de Polícia Civil na cidade de Ampére que emitirá a guia ao Hospital Regional, nos casos de violência sexual, ou ao IML nos demais casos de violência. Não há a necessidade do comparecimento da vítima a delegacia para emissão da guia, a mesma poderá ser feita pelo responsável ou pelo Conselho Tutelar.

Não há obrigatoriedade de registro policial da ocorrência quando a vítima for adulta e não vulnerável. No entanto, é fundamental orientá-la e incentivá-la a fazer o registro, na

perspectiva da responsabilização do agressor. O atendimento à saúde da vítima de violência sexual é prioritário, portanto, os casos de violência sexual com indicação de avaliação clínica deverão ser encaminhados primeiramente ao serviço de saúde, que, por sua vez, orientará a vítima quanto à importância do registro do BO.

Nos casos de violência contra pessoas idosas é obrigatório comunicar a autoridade policial, Ministério Público.

Em todos os casos, a denúncia é o que instaura o Inquérito Policial, que pode culminar na responsabilização do agressor. Portanto, é necessário que a vítima ou seus responsáveis sejam adequadamente orientados quanto à relevância da denúncia.

Nos finais de semana, feriados e no período da noite, fora do horário de expediente da Delegacia de Polícia Civil da cidade de Ampére, as vítimas deverão ser encaminhadas ao 19.^a Subdivisão Policial de Francisco Beltrão, localizada à Rua Tenente Camargo, 733, Presidente Kennedy, Francisco Beltrão-PR, 85605-090, Tel: (46) 3905 2400.

Encaminhamento ao Serviço de Saúde

As pessoas em situação de violência sexual deverão ser encaminhadas ao serviço de saúde para avaliação clínica, onde serão adotadas as condutas para proteção da sua saúde.

Destaca-se que não há indicação de atendimento clínico para as vítimas de violência sem exposição ao contato contaminante com o agressor em práticas como: carícias nos órgãos genitais, masturbação, tentativa de estupro sem penetração (vaginal, oral ou anal), ou abuso sexual sem contato físico (assédio sexual, voyeurismo, exibicionismo). Porém, cabe ressaltar a importância do acompanhamento dessas vítimas pela Rede de Proteção Social e da avaliação quanto à necessidade de acompanhamento psicológico.

Os serviços de saúde de referência no município para o atendimento são a Unidade Básica de Saúde - nos dias úteis, e nos feriados e finais de semana bem como em período noturno o Hospital Regional da Fronteira.

ATENDIMENTO PELO CONSELHO TUTELAR

O conselheiro tutelar orientará a família ou responsável pela criança/adolescente a fazer o registro do BO na delegacia e aplicará as medidas protetivas necessárias ao caso, encaminhamento ao CRAS e ao Ministério Público.

Quando a família não for localizada ou o responsável legal for o agressor e não tiver na família extensa pessoa de referência que promova os encaminhamentos necessários para a proteção imediata da criança/adolescente, o Conselho Tutelar assumirá o acompanhamento da criança/adolescente nos procedimentos urgentes, conforme fluxo de atendimento e aplicará as Medidas Protetivas² necessárias.

Após encaminhará a criança ou adolescente, vítima ou testemunha de violência para a realização de escuta especializada junto a profissional da Rede Municipal que esteja devidamente capacitado para realização da mesma.

² Determinada nos artigos 101, I a VII e artigo 129, I a VII do Estatuto da Criança e do Adolescente.

ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE SAÚDE

No que tange a atenção à saúde da PSVS, em âmbito nacional, destacam-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS. Em âmbito estadual, destaca-se a Resolução Conjunta N° 03/2014 — SESA/SESP.

O cuidado em saúde à PSVS deve ser realizado conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde:

- A PSVS deverá ser acolhida em ambiente seguro e que garanta a sua privacidade;
- Identificar a necessidade da abordagem clínica buscando evidenciar inicialmente o tipo e a natureza da violência sofrida;
- 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;
- Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário, com letra legível, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- A violência sexual constitui-se agravo de notificação obrigatória e imediata, conforme definido na Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Portanto, deverão ser notificados todos os casos atendidos nos serviços de saúde que ainda não foram notificados por outros serviços da rede. O instrumento utilizado para a notificação é a **Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada** (Anexo 2);

Não há nenhuma previsão legal para exigência do B.O para realização do atendimento na saúde, contudo, no caso de crianças, adolescentes e pessoas idosas o Conselho (ou outro órgão na ausência deste) deverá ser imediatamente comunicado para as providências cabíveis. Cabe a equipe de saúde acolher e fornecer orientações às pessoas quanto aos seus direitos e importância de buscar proteção e demais providências legais.

As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação (BRASIL, 2010).

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham um alto grau de suspeição. No Quadro 3, destacam-se possíveis sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes.

Quadro 3 – Sinais de violência sexual em crianças e adolescentes

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

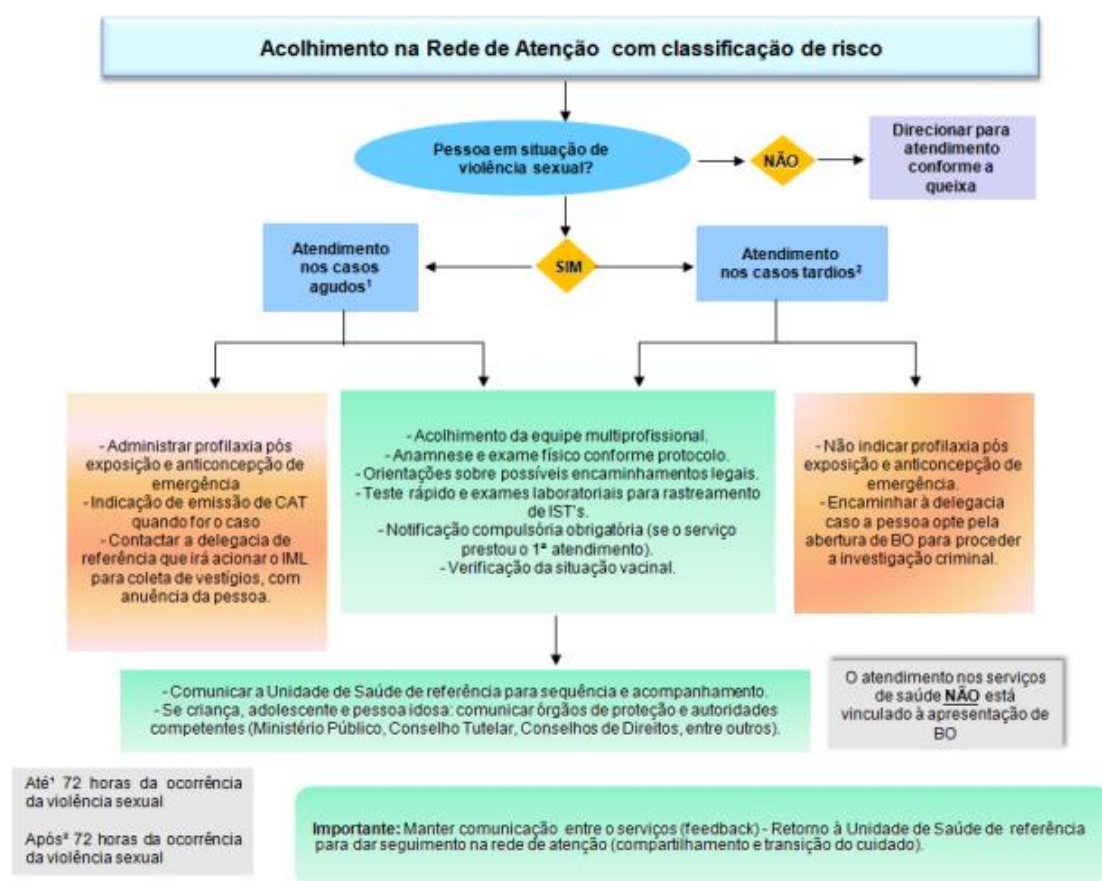
Fonte: BRASIL, 2010.

O atendimento clínico das PSVS está condicionado ao tempo transcorrido entre a ocorrência da violência e a entrada no serviço de saúde. Assim, estão preconizadas ações a serem executadas **até 72 horas e após 72 horas** da situação de violência sexual, conforme descrito abaixo, seguindo a lógica representada no *Fluxograma para o atendimento a crianças e Adolescentes vítimas de Violências às pessoas em situação de violência sexual* (Anexo 1).

Atendimento até 72h

As medidas profiláticas apresentam maior eficácia quando realizadas até 72h da agressão. Desse modo, as situações de violência sexual com menos de 72h requerem abordagem de emergência.

A PSVS com menos de 72h da violência terá o atendimento clínico inicial no serviço de saúde municipal e será encaminhada em seguida ao Hospital Regional do Sudoeste (HRS) para continuidade do atendimento.



FONTE: SESA/DAV/CRAS/Gerência de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar (2021)

As profilaxias deverão ser realizadas conforme o tempo de exposição a violência, como indica o quadro abaixo.

Tempo	0 a 72 horas	73 a 120 horas (4 a 5 dias)	121 a 336 horas	Após 336 horas
Profilaxia	HIV	-	-	-
	Hepatite B	Hepatite B	Hepatite B	-
	Tétano	Tétano	Tétano	Tétano
	IST	IST	IST	IST*
	Contracepção	Contracepção	-	-

FONTE: Adaptado do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Florianópolis, (2016).
 NOTA:*Recomenda-se a realização da profilaxia das IST em até 14 dias. Após esse prazo avaliar caso a caso.

Diante da ampla gama de IST, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de

exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões (PARANÁ, 2018a). Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar no atendimento: tipo de material biológico envolvido, tipo de prática sexual sofrida (penetração anal, oral, vaginal), idade, quantidade de agressores, tempo de exposição (cárcere privado/sequestro/abuso crônico), condição do hímen (se íntegro ou com rotura cicatrizada ou recente, única ou múltipla), presença de traumatismos genitais, suscetibilidade, lesões prévias em mucosas, presença de IST ao exame.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Portanto, o serviço de saúde que prestar o primeiro atendimento deverá administrar a AE.

A AE está indicada para todas as mulheres e/ou adolescentes (que já apresentem sinais de puberdade e não estejam na menopausa) 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 – CHO, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, DIU, 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 da mulher, a AE poderá ser desnecessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas (Quadro 4).

Quadro 4 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Via	Posologia
Levonorgestrel (primeira escolha)	0,75mg de levonorgestrel	Oral	02 comp. em dose única
	1,5mg de levonorgestrel		01 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05mg de etinil-estradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 h (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel/comp.		04 comp. 12/12 h (total de 08 comp.)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica, 2012

Comparado ao levonorgestrel, os anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) apresentam maior taxa de falha. A frequência e a intensidade dos efeitos colaterais também são maiores. Os AHOC não devem ser empregados quando se utiliza o ritonavir, presente na profilaxia da infecção pelo HIV, pela significativa redução dos níveis séricos do etinilestradiol no sistema microssomal hepático. Portanto, esse método constitui segunda escolha, reservado somente para situações excepcionais, nas quais o levonorgestrel se encontre indisponível.

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares, são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o uso dos AHOC. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC.

Caso ocorra vômito nas primeiras 2 horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Se o vômito persistir, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, onde a via oral não pode ser usada.

Estudos verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora

com taxa significativamente menor de proteção. Seu emprego, portanto, não deve ser limitado aos três primeiros dias da violência sexual.

ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA – HOSPITAL REGIONAL DO SUDOESTE (HRS)

As PSVS com menos de 72h transcorridas do momento da violência deverão, após atendimento clínico inicial no serviço municipal, ser encaminhada ao HRS para continuidade da atenção.

Para encaminhar a vítima ao hospital de referência, a equipe de saúde do município deverá fazer contato telefônico prévio com o setor de emergência do HRS, assim como, deverá enviar os seguintes documentos:

- Guia de Referência e Contra-Referência, integralmente preenchida, com relatório do atendimento apresentando dados da violência, avaliação clínica e procedimentos realizados na unidade de saúde;
- Cópia da Ficha de Notificação da violência;
- Cópia do Histórico de Vacinação da vítima (sempre que possível);
- Cópia do Boletim de Ocorrência quando esse já foi registrado no município;
- Achados que constituam provas médico-legais, quando existentes.

Casos de abuso sexual que envolva, exclusivamente, práticas como carícias nos órgãos genitais, masturbação, tentativa de estupro sem penetração (vaginal, oral ou anal), ou abuso sexual sem contato físico (assédio sexual, voyeurismo, exibicionismo) não há indicação de encaminhamento da vítima ao hospital de referência. No entanto, deverá ser garantido atendimento na rede municipal, conforme necessidade de cada caso.

crime alegado, como para a identificação e responsabilização do(a) autor(a). Assim, é pertinente que os(as) profissionais de saúde atentem para esses elementos e nas situações em que a vítima ou seus responsáveis tenham em mãos roupas, lençóis, preservativos ou outros materiais que possam servir de prova, os mesmos deverão ser acondicionados em embalagem de papel e encaminhados juntamente com a vítima ao HRS.

Quando houver relato de que esses materiais encontram-se no local do crime, orientar a fim de que não ocorra manipulação das peças e comunicar a delegacia de polícia sobre a existência dos mesmos.

Ressalta-se que o transporte da PSVS até o hospital de referência será realizada com veículo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O transporte é de responsabilidade da SMS, deverá ser exclusivo para a vítima e acompanhante(s) e com motoristas orientados quanto aos aspectos de humanização do atendimento, sigilo e ética.

Crianças, adolescentes ou incapazes devem ser acompanhados por responsável.

O HRS dará continuidade ao atendimento emergencial iniciado no serviço de saúde municipal. A PSVS será atendida em conformidade com o Protocolo de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual do HRS: acolhimento, profilaxia para IST/HIV e hepatite B, realização dos exames laboratoriais e periciais e atendimento psicossocial, entre outros. Após, a PSVS será contra referenciada para seguimento na rede de atenção e proteção social municipal. (PARANÁ, 2018)

Atendimento Após 72hs

As PSVS atendidas nos serviços de saúde com mais de 72h transcorridas da violência terão o atendimento clínico realizado integralmente pelos serviços municipais, uma vez que nessas situações não há indicação de encaminhamento ao HRS. Elas devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados:

- Disponibilizar atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Disponibilizar a coleta imediata do material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Disponibilizar profilaxia da gravidez, das IST não virais e do vírus da Hepatite B;
- Agendar retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso, em virtude da maior taxa de proteção ser verificada nesse período. No entanto, estudos verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção. Desse modo, a administração da AE poderá ocorrer até 5 dias após a ocorrência de violência sexual, observadas as indicações descritas no item 7.1.1.

PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

A profilaxia das ISTs pós-violência sexual deverá contemplar os agravos mais prevalentes. Para avaliação da indicação da profilaxia alguns aspectos devem atentamente ser observados:

- Tempo transcorrido da agressão;
- Tipo de material biológico envolvido;
- Tipo de violência sofrida (anal, oral ou vaginal);
- Número de agressores;
- Tempo de exposição (única, múltipla ou crônica);
- Ocorrência de traumatismos genitais;
- Condição himenal: íntegro, roto, lesão cicatrizada ou recente;
- Idade e susceptibilidade vítima;
- Presença de IST ou úlcera genital prévia;
- Histórico do agressor: se possível realizar testes rápidos (HIV, Hepatite B e C, Sífilis) e levantar o histórico vacinal.

Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida – situação comum em violência sexual intrafamiliar – ou quando ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST 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. Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos, a profilaxia das IST não virais, do HIV e da hepatite B não está recomendada, porém é essencial que se interrompa o ciclo de violência.

A pessoa vítima de abuso sexual sexualmente ativa deve ser orientada quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais subsequentes à violência até que sejam descartadas possíveis contaminações. No momento do atendimento emergencial a pessoa pode não dispor de interesse em ouvir sobre atividade sexual futura, desta forma, deverá receber

apoio e informação nos atendimentos posteriores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

1.1.1.1 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis NÃO VIRALIS

A profilaxia das IST 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, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das PSVS dos possíveis e intensos impactos da violência sexual.

A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma IST.

No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos de violência sexual, deve-se colher material de conteúdo vaginal para diagnóstico de tricomoníase, gonorreia e clamídia.

A profilaxia das ISTs não virais não está recomendada nos casos de abuso crônico, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, porém, a avaliação deverá ser individualizada.

Os esquemas de profilaxia (Quadro 5) devem considerar a eficácia da medicação, a comodidade posológica, a presença de reações adversas e de interações medicamentosas.

Esquema de Tratamento recomendado para as IST				
IST	Medicação	Posologia		
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg	Crianças adolescentes menos de 45kg	e com
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM	
Gonorréia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125mg, IM, dose única	
Clamídia	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única	
Tricomoníase	Secnidazol Metronidazol	ou 2g, VO, dose única	15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias	

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico De Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018).

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das IST não virais em situações de violência sexual. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser eventualmente postergada em até 14 dias, em função das condições de adesão ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento, no entanto, se recomenda a profilaxia imediata, sempre que possível.

Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Sendo assim, é preferível adotar o esquema: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.

Caso seja feita a opção por medicações orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as IST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual.

Os médicos devem informar aos pacientes sobre os benefícios e os efeitos adversos associados à profilaxia. Podem ser associados antieméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

1.1.1.2 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis VIRAIS

A profilaxia das IST virais contempla a prevenção da Hepatite B e do HIV. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade.

Algumas IST virais, como as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV), ainda não possuem profilaxias para situações de violência.

Apesar do risco de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Porém, também não existe até o momento medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição.

Imunoprofilaxia da hepatite B

Está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Porém, é necessário considerar as situações em que a profilaxia não está indicada:

- Casos de violência sexual em que a vítima apresente exposição crônica e repetida;
- Pessoas com esquema vacinal para Hepatite B completo;
- Pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado;
- Vítimas sem exposição ao contato contaminante com o agressor: práticas sexuais em que não haja possibilidade de contato com fluidos corporais ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

Cabe ressaltar, que a decisão de iniciar a imunoprofilaxia contra a hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou à realização de exames complementares. O início da profilaxia está recomendado para pessoas não imunizadas, ou com esquema vacinal desconhecido ou incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames.

Quando indicada, a primeira dose da vacina deve ser administrada na ocasião do atendimento, no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa, e as doses posteriores realizadas nas UAPS, após análise dos exames de primeira consulta.

Nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto também deverá ser indicado a imunoglobulina humana anti- hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da que recebeu a vacina, e se a dose ultrapassar 5mL,

deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato

Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas previamente.

A gestação não contraindica a imunoprofilaxia com vacina ou IGHAHB, em qualquer idade gestacional.

Quando administrar profilaxia HB?	Quando não administrar a profilaxia HB?	Quando administrar a profilaxia tétano?
<p>Quando houver suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor.</p> <p>Esquema vacinal incompleto . Seguir as recomendações contidas no fluxograma de conduta pós exposição deste protocolo e calendário preconizado pelo MS.</p>	<p>Quando não houver contato com fluidos corpóreos. Status vacinal do agressor conhecido, esquema vacinal está completo mediante consulta à carteira de vacinação.</p> <p>Uso de preservativo durante todo o ato de violência sexual.</p> <p>Casos de violência crônica (geralmente intrafamiliar), a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada.</p> <p>Entretanto deverá proceder a investigação nos casos crônicos. Adotar conduta após investigação sorológica da vítima.</p> <p>Esquema vacinal completo (verificar a carteira de vacinação).</p>	<p>Quando a pessoa apresentar lesões e/ou ferimentos e houver presença de terra e/ou sujidade.</p> <p>O profissional deverá investigar o status em relação à vacina antitetânica.</p> <p>Sempre avaliar o histórico vacinal e tipologia do ferimento antes de indicar a vacina antitetânica (consultar a carteira de vacina).</p>

FONTE: Adaptado do Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (2014) e Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual (2018)

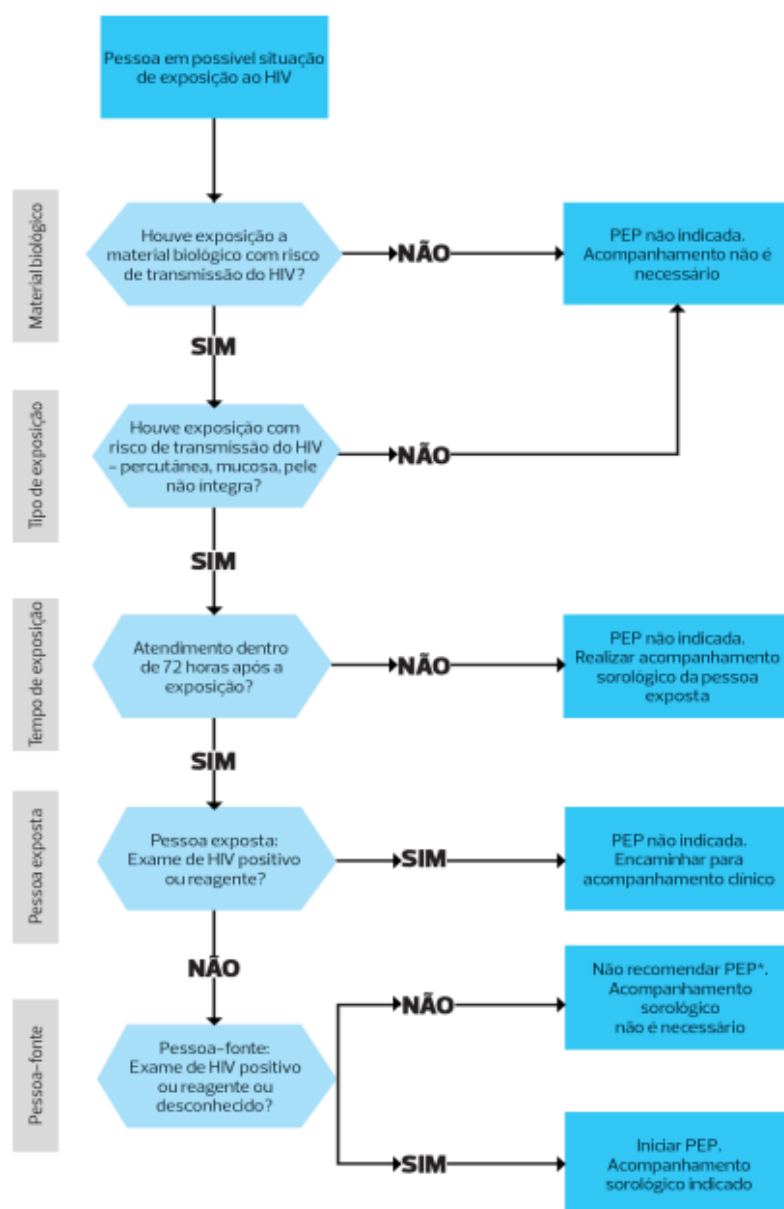
Profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP)

A profilaxia do HIV é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, que deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias, portanto, é iniciada no hospital de referência, devendo ser acompanhada pela equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de origem, a quem cabe o incentivo ao uso correto das medicações e o monitoramento de possíveis efeitos colaterais.

A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus. Deve ser indicada após qualquer situação de

violência sexual em que exista risco de contágio.

Está contra indicada em caso de abuso crônico, com exposição repetida ao mesmo agressor.



FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2018)

Seguimento laboratorial

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizadas no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de IST, HIV ou hepatite. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início das profilaxias, quando indicadas.

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e na investigação das IST/HIV/Hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e ginecológico, associados aos testes complementares. Os serviços de saúde devem oferecer suporte laboratorial para a execução dos exames recomendados (Quadro 6) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

Quadro 6 – REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL

Tempo	0 a 72 horas	73 a 120 horas (4 a 5 dias)	121 a 336 horas	Após 336 horas	-
Exames Laboratoriais	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	-
	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez
	Sífilis	Sífilis	Sífilis	Sífilis	Sífilis
	Anti-HIV	Anti- HIV	Anti- HIV	Anti- HIV	Anti- HIV
	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)
	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)
	TGO, TGP, HMG, GJ, CR, TFGc	-	-	-	-

FONTE: Adaptado do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Florianópolis, (2016).

As PSVS atendidas nos serviços de saúde antes das 72h da agressão e encaminhadas ao HRS realizarão os exames recomendados na admissão no próprio hospital. Para esses casos o acompanhamento laboratorial na APS deverá seguir os intervalos preconizados, conforme protocolo definido no quadro acima.

A realização de hemograma e dosagem de transaminases é necessária somente para pessoas que iniciem a profilaxia com antirretrovirais. Portanto esses exames serão realizados na admissão no Hospital Regional do Sudoeste e deverão ser repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico, na APS, juntamente com o β HCG para mulheres em idade fértil.

As PSVS atendidas nos serviços de saúde após as 72h da agressão (não encaminhadas ao

HRS) devem realizar os exames de admissão no laboratório *local* credenciado no município, conforme pactuação da SMS.

A testagem da sífilis, do HIV, da Hepatite B e da Hepatite C será realizada através de teste rápido (TR), porém quando necessário, nos casos de VDRL, HCV e HbsAg poderá ser solicitado a confirmação por sorologia. O TR HIV é confirmatório. Em caso de TR positivo para sífilis ou hepatite encaminhar amostra ao LACEN para confirmação diagnóstica.

O acompanhamento laboratorial das vítimas atendidas pelo serviço de saúde após 72h da agressão dependerá do tempo transcorrido do evento e da janela imunológica do agente. Portanto, a decisão deverá ser individualizada com base na avaliação do caso. Fica a critério clínico definir os exames de seguimento que deverão ser realizados.

Diagnóstico de IST

Frente à confirmação diagnóstica de alguma IST durante o acompanhamento da vítima, deverá ser implementado o tratamento conforme protocolos estabelecidos. Para maiores informações consultar o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

As pessoas diagnosticadas com HIV deverão ser encaminhadas ao SAE/CTA para acompanhamento.

Gravidez decorrente de violência sexual

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848/ 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações

completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.

Quando a vítima optar pelo abortamento, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de referência para interrupção da gravidez, que, no âmbito da 8ª Regional de Saúde, é o Hospital Universitário de Cascavel (CIB/PR). Para maiores informações consultar a Norma Técnica do Ministério da Saúde: *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Garantir seguimento ambulatorial após a realização do abortamento.

Nos casos em que a opção foi pela continuidade da gestação, oferecer acompanhamento pré-natal. A mulher/adolescente deverá ser vinculada ao Pré Natal conforme critérios definidos na Rede Mãe Paranaense. Enfatiza-se a necessidade de acompanhamento psicológico da gestante.

Nas situações em que a mulher/adolescente demonstre interesse em realizar a entrega da criança para adoção, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção. Encaminhar a mesma à Vara da Infância e Juventude, conforme determina o art. 13, § 1º do Estatuto da Criança e Adolescente (LEI Nº 8.069/90). Concomitante deverá garantir-se a assistência psicológica à gestante/mãe, cumprindo o que dispõem o artigo 8º do ECA, § 4º e 5º.

Os trâmites para efetivar o processo de adoção é de responsabilidade da Justiça da Infância e Juventude, que respeitará o Cadastro de Pretendentes à Adoção existente em cada comarca.

ANTEDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Todos os serviços oferecidos no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), governamentais e não governamentais, deverão manter-se atentos aos sinais de violência durante os atendimentos e visitas domiciliares. Nos casos de suspeita e/ou confirmação de violência realizar a notificação compulsória e, se for criança ou adolescente comunicar, obrigatoriamente, o Conselho Tutelar.

Os serviços da Proteção Social Básica (PSB) realizados no CRAS (PAIF e SCFV) ou por organização não governamental deverão priorizar o atendimento às vítimas e testemunhas de violência: - Receber e atender os casos encaminhados por outros serviços, realizando as ações necessárias; - Desenvolver serviços, programas e projetos relacionados ao desenvolvimento da função protetiva das famílias, desenvolver junto com as famílias estratégias de manejos e prevenções das situações de vulnerabilidades e violências e o fortalecimento dos vínculos sociofamiliares.

O CRAS deverá realizar atendimento de emergência às vítimas e testemunhas de violência: - Acolher as vítimas e as famílias encaminhadas pelos serviços da rede e/ou aqueles que procuram espontaneamente o serviço. Deve-se avaliar a gravidade do caso³, as possibilidades pessoais e os recursos sociais e familiares, construir o Plano de Atendimento Familiar e/ou Plano de Atendimento Individual e efetivar o atendimento, acompanhamento e encaminhamentos necessários ao caso.

O acompanhamento especializado compreende a realização de atendimentos continuados, segundo as demandas específicas de cada situação. Proporcionar espaço de escuta qualificada e reflexão, além de suporte social, emocional e jurídico-social às famílias e indivíduos acompanhados. Oferecer orientações psicossociais direcionadas a promoção de direitos, preservação de vínculos familiares e comunitários, a fim de fortalecer a função protetiva das famílias diante de situações que as fragilizam. Tais ações são desenvolvidas através de acolhida, atendimentos individuais, familiares ou em pequenos grupos, visitas domiciliares ou institucionais e encaminhamentos para toda a rede de atendimento e proteção.

³ Utilizar os critérios de avaliação de gravidade do caso disponível no Caderno orientativo para o trabalho intersetorial no enfrentamento da violência contra criança e adolescente (.39 a 45)

ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO

As escolas (estaduais e municipais) e centros municipais de educação infantil (CMEIS) constituem-se como um espaço privilegiado de identificação de sinais de violência ou de revelação de situações de violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais da educação deverão ficar atentos aos sinais de violência em crianças e adolescentes. Nas situações suspeitas de violência devem ser descartadas as causas clínicas e problemas de comportamento que podem ser confundidos com sinais de violências, tais como deficiência auditiva ou visual, indisciplina e dificuldades de aprendizagem. Buscar ajuda da equipe de saúde para avaliar as causas clínicas.

Solicitar a presença dos pais ou responsáveis para avaliar os sinais observados em seus filhos. Eles devem ser ouvidos, acolhidos e orientados em relação ao verificado. Deve-se oferecer apoio para evitar a possibilidade de gerar mais situações de violência.

Quando a criança ou adolescente relevar atos de violência no espaço escolar, o profissional que foi escolhido pela criança ou adolescente para ouvir a revelação deverá acolher e escutá-lo sem interrupções, com o mínimo de questionamentos, informá-lo sobre o dever e os procedimentos da notificação às autoridades e o fluxo de atendimento.

Em casos de suspeita ou confirmação da violência o estabelecimento de ensino deverá preencher a ficha de notificação *Sinan* e comunicar obrigatoriamente o conselho tutelar.

Priorizar o atendimento às crianças em situação de violência em atividades de contraturno escolar, atividades extraclasse realizadas pela escola ou outras instituições da Rede de Proteção Social. Acompanhar atentamente estes casos para minimizar os possíveis prejuízos pedagógicos e adotar medidas para evitar a evasão escolar.

CONTINUIDADE DO CUIDADO

A pessoa vítima ou testemunha de violência deverá ter garantido o seguimento na Rede de Atenção e Proteção Social, com acompanhamento multiprofissional para suas demandas sociais, psicológicas e médicas, proporcionando, assim, sua reestruturação emocional e reintegração social.

O acompanhamento clínico será norteado pelo presente protocolo, conforme capítulo 8- *Atendimento pelo Serviço de Saúde*, e por protocolos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR) e Ministério da Saúde.

O atendimento psicoterapêutico, quando indicado, será realizado pelos profissionais de psicologia que atuam nos serviços de saúde.

O acompanhamento psicossocial no âmbito do SUAS, possui caráter coletivo, prioritariamente, através dos grupos de apoio às crianças, adolescentes e suas famílias e pelas oficinas socioeducativas com a finalidade de fortalecimento ou restabelecimento dos vínculos familiares e comunitários, promoção das funções sociais da família; a reparação de experiências de violações de direitos.

As situações de violência com gravidade moderada e grave necessitam de acompanhamento intersetorial, através da discussão e acompanhamento dos casos em rede.

Para os casos encaminhados ao HRS, deverá ser garantida a continuidade do cuidado na Rede de Atenção e Proteção Social, em conformidade com as recomendações realizadas pela equipe multiprofissional hospitalar e com o presente Protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação deste protocolo e dos fluxos de atendimento serão coordenados pelos representantes das instituições com participação na Rede de Proteção que ficará responsável pela atualização das informações.

A atualização do protocolo e dos fluxos de atendimento ocorrerá *semestralmente* em reunião extraordinária específica para o tema.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: https://cedecarj.files.wordpress.com/2017/11/livro-plano-nacional-12_02_2015.pdf. Acesso em 21 mar. 2019.

BRASIL. Decreto Federal 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, DF, 11 dez. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p 1 - 2.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 06 de março de 2014.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 21 de março de 2019.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 2 ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Lei 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, DF, Seção 1, 5 abr. 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 21 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 124 p.

BRASIL. 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**. 1. ed. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Seção I, nº 63. p 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106p.

Brasil. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 86, p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição**

(PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. 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]. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente. **Parâmetros de Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência.** Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/crianca-e-adolescente/parametros-de-escuta-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-violencia.pdf/view>.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência.** Hedi Martha Soeder Murano *et al.* (Orgs.) 3.ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=861>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ITAIPU BINACIONAL. Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência do Município de Foz do Iguaçu. CRAVEIRO, A.V. (Org.). Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Deliberação Nº 027**, de 11 de março de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2999>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Grupo de Trabalho - Lei nº 13.431/2017. **Ato Conjunto: implementação da Lei nº 13.431/2017.** Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/convenios/2019/ato_conjunto_2019_parana_lei13431.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. **Responsabilidade Compartilhada: Caderno orientativo para o trabalho intersetorial no enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes.** Coordenação da Política da Criança e do Adolescente. Curitiba: Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social, 2018a. 160 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. Conselho Estadual dos

Direitos da Criança e do Adolescente. **Recomendação 001/2018 CEDCA-PR** - sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, conforme disposto na Lei nº 13.431, de 2017. Disponível em: http://www.cedca.pr.gov.br/arquivos/File/notas_tecnicas/RECOMENDACAO_DO_CEDCA_-_001.pdf. Acesso em: 27 mar. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR). Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecóits. **Protocolo de atendimento à pessoa em situação de violência sexual**. Ago. 2018b. Francisco Beltrão - PR.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR). Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual/ SAS**; Autoras: Márcia Huçulak, Maria Cristina Fernandes Ferreira, Hellem Luciana Damrat Tchaikowski . 2. ed. Curitiba: SESA, 2017. 35 p.

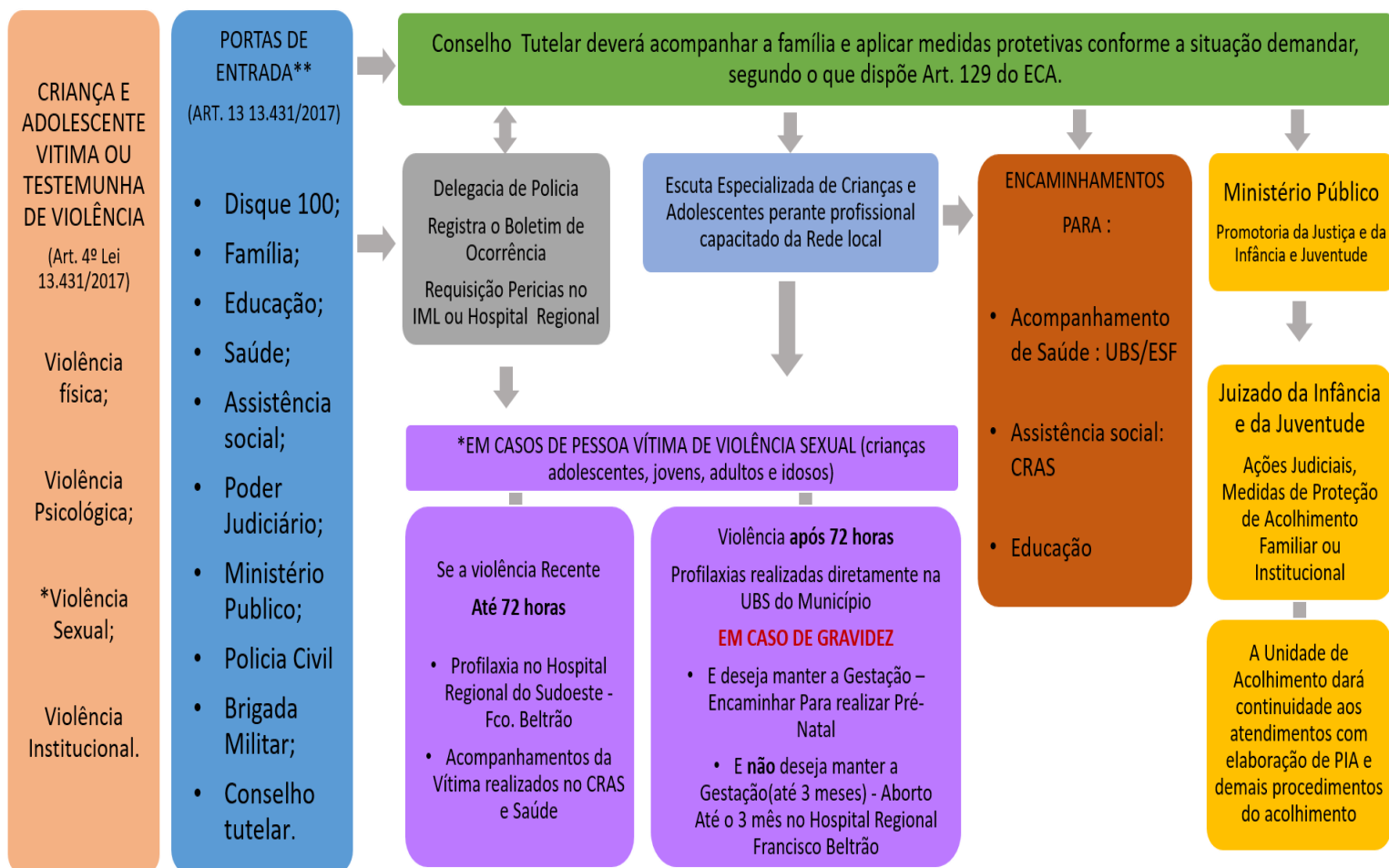
PARANÁ. Secretarias de Estado da Saúde. Secretaria de Estado de Segurança Pública. Resolução Conjunta SESA/SESP nº 03, de 13 de agosto de 2014. Define parceria entre as Secretarias de Saúde e de Segurança Pública para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial Executivo** [Poder Executivo Estadual]. Curitiba, PR, 18 ago. 2014. N. 9271. p 132-133.

Recomendação 001/2018 CEDCA-PR. Sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, conforme disposto na Lei nº 13.431, de 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Crianças_e_Adolescentes_Vítimas_de_Violência-compressed.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

ANEXOS

Anexo 1 - Fluxograma para o atendimento Crianças e Adolescentes em situação de violência



** Em todos os casos de violência envolvendo crianças e adolescentes é obrigatória a notificação ao CT, bem como o encaminhamento do caso com ficha SINAN e relatório de revelação espontânea.

Anexo 2 – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>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, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	3	Código (CID10)		Y09
	4	UF	5	Município de notificação
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora		
	7	Nome da Unidade Notificadora		
	8	Unidade de Saúde		
	9	Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	10	Nome do paciente		
	11	Data de nascimento		
	12	(ou) Idade		
	13	Sexo		
Dados da Pessoa Atendida	14	Gestante		
	15	Raça/Cor		
	16	Escolaridade		
	17	Número do Cartão SUS		
Dados da Ocorrência	18	Nome da mãe		
	19	UF	20	Município de Residência
	21	Código (IBGE)		
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)
Dados Complementares	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)
	26	Geo campo 1		
	27	Geo campo 2		
	28	Ponto de Referência		
Dados da Ocorrência	29	CEP		
	30	(DDD) Telefone		
	31	Zona		
	32	Pais (se residente fora do Brasil)		
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		
	34	Ocupação		
	35	Situação conjugal / Estado civil		
	36	Orientação Sexual		
Dados da Ocorrência	37	Identidade de gênero		
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		
	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
	40	UF	41	Município de ocorrência
Dados da Ocorrência	42	Código (IBGE)		
	43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida,...)
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)
	47	Geo campo 3		
Dados da Ocorrência	48	Geo campo 4		
	49	Ponto de Referência		
	50	Zona		
	51	Hora da ocorrência		
Dados da Ocorrência	52	Local de ocorrência		
	53	Ocorreu outras vezes?		
	54	A lesão foi autoprovocada?		
	55	Local de ocorrência		

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 64 Ciclo de vida do provável autor 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 (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136			
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Anexo 3 – Ficha de Registro de Revelação Espontânea



REDE DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Município de Bela Vista da Caroba - PR
Av. Paraná, Centro. Fone: (46) 3557 1295.



REGISTRO DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Data da Revelação: ____/____/____

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA /ADOLESCENTE

Nome: _____

Nome social: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Com deficiência? () não () sim, qual: _____

Filiação: _____

Responsável Legal: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ - Telefone: () _____ -

B) DESCRIÇÃO DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA (do ocorrido):

(Incluir na descrição, se possível, a data, hora, local e município do ocorrido)

[illegible]

Encaminhamento: _____

Código do Registro da Revelação:

ORIENTAÇÕES PARA O REGISTRO DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Documento que deverá ser preenchido quando a criança ou adolescente abordar profissional e relatar espontaneamente que foi e/ou está sendo vítima de violência e/ou presenciou algum ato de violência. Independente do local e das circunstâncias em que a criança ou adolescente efetuar a revelação espontânea, o profissional deverá preencher esse instrumento e encaminhá-lo institucionalmente, com a maior brevidade

possível.

O Registro da Revelação Espontânea servirá como um ato administrativo sigiloso e urgente. Este documento deverá ser enviado aos órgãos competentes, pelo responsável do estabelecimento, via ofício em envelope lacrado. A cópia desse registro deverá ser arquivada na instituição, com a identificação do profissional que ouviu a criança ou adolescente.

O presente formulário não substitui a necessidade de preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada pelos serviços de notificação, ou qualquer outro instrumento previamente pactuado na Rede de Proteção/Atenção.

O fluxo de encaminhamento do Registro de Revelação Espontânea deverá ser deliberado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, reconhecendo a autonomia para a definição da Política de Proteção Municipal. Contudo, seguem sugestões possíveis de encaminhamentos:

- a. Centro de Recebimento e Monitoramento das Denúncias de Violências do Município ou órgão municipal similar;
- b. Conselho Tutelar;
- c. Referência da Rede de Proteção/Atenção do município;

Em caso que se evidencie a prática de crime o Registro de Revelação Espontânea deverá ser protocolado no Ministério Público ou na Polícia Civil do município.

Qual deverá ser a postura do profissional?

Deverá acolher, ouvir e estimular o relato livre, sem perguntas fechadas ou sugestivas, não demonstrando reações que possam impressionar, suggestionar ou constranger a criança ou adolescente. Ouvir a revelação sem julgamento de valor ou questionamentos. Em hipótese alguma deve-se preencher esse instrumento na presença da criança ou adolescente.

Quem preencherá o Instrumento de Registro da Revelação Espontânea?

A regra é de que o instrumento seja preenchido pela pessoa que a criança ou adolescente procurar para fazer a revelação.

Excepcionalmente, em caso de dificuldade no preenchimento/escrita do Instrumento poderá haver o auxílio necessário. Em nenhuma hipótese a criança/adolescente deverá ser conduzido para ser ouvido por pessoa diversa daquela que ela elegeu como de sua confiança para o relato.

Como preencher o Registro da Revelação Espontânea?

Preencher todos os campos de forma legível. Colocar os dados de identificação completos que poderão ser acessados após a escuta da criança/adolescente.

Preencher a data, horário e local da ocorrência somente se constar no livre relato.

O registro deverá ser preenchido logo em seguida à revelação espontânea para que se tenha a integralidade dos fatos. Caso necessitar de mais espaço, utilizar o verso da folha.

A descrição dos fatos deverá ser redigida de forma fidedigna sem omitir nenhum detalhe exposto e sem fazer deduções pessoais sobre a situação, utilizando as próprias palavras da criança/adolescente, mesmo que os termos possam ser inadequados.

O profissional poderá fazer, após a descrição do relato, caso considere necessário, observações pertinentes à sua impressão quanto à postura da criança ou adolescente, presença de lesões, choro, entre outros.

Se ocorrerem novos relatos deverão ser preenchidos tantos instrumentais quantos necessários.

No campo encaminhamento deverá constar o local/setor para o qual foi direcionado o documento. O código da instituição/unidade refere-se ao registro da unidade notificante junto ao cadastro de estabelecimentos de sua área específica, por exemplo, se for uma unidade básica de saúde será o código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso for uma unidade de ensino será o código do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisas (INEP), entre outros.

Anexo 4 – Ficha de Registro de Escuta Especializada a ser Compartilhada na Rede



REDE DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Município de Bela Vista da Caroba - PR
Av. Paraná, Centro, Fone: (46) 3557 1295.



REGISTRO DE ESCUTA ESPECIALIZADA

Data e Hora da Escuta Especializada: ____/____/____, às ____ horas.

Órgão que realizou o atendimento: _____

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

Nome: _____

Nome social: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Com deficiência? () não () sim, qual: _____

Filiação: _____

Responsável Legal: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ - _____ Telefone: () _____ - _____

B) PRIMEIRO ATENDIMENTO? (Se não, indicar órgão anterior e existência de documentos de registro do caso, como Boletim de Ocorrência, Ficha de Notificação, Prontuário ou outros relatos e registros, ex. Revelação Espontânea)

C) DESCRIÇÃO OBJETIVA DOS POSSÍVEIS FATOS/RELATO DO RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE:

D) LIVRE RELATO DA OCORRÊNCIA PELA VÍTIMA (descrever com as palavras da criança/adolescente, atentando para observação do ambiente, da situação, reincidência, indicação de possível agressor e possíveis provas colhidas, data, hora, local e município do ocorrido):

Encaminhamento: _____

Código do Registro da Escuta Especializada: _____

ORIENTAÇÕES PARA O REGISTRO DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Documento que deverá ser preenchido quando a criança ou adolescente abordar profissional e relatar espontaneamente que foi e/ou está sendo vítima de violência e/ou presenciou algum ato de violência. Independente do local e das circunstâncias em que a criança ou adolescente efetuar a revelação espontânea, o profissional deverá preencher esse instrumento e encaminhá-lo institucionalmente, com a maior brevidade possível.

O Registro da Revelação Espontânea servirá como um ato administrativo sigiloso e urgente. Este documento deverá ser enviado aos órgãos competentes, pelo responsável do estabelecimento, via ofício em envelope lacrado. A cópia desse registro deverá ser arquivada na instituição, com a identificação do profissional que ouviu a criança ou adolescente.

O presente formulário não substitui a necessidade de preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada pelos serviços de notificação, ou qualquer outro instrumento previamente pactuado na Rede de Proteção/Atenção.

O fluxo de encaminhamento do Registro de Revelação Espontânea deverá ser deliberado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, reconhecendo a autonomia para a definição da Política de Proteção Municipal. Contudo, seguem sugestões possíveis de encaminhamentos:

- a. Centro de Recebimento e Monitoramento das Denúncias de Violências do Município ou órgão municipal similar;
- b. Conselho Tutelar;
- c. Referência da Rede de Proteção/Atenção do município;

Em caso que se evidencie a prática de crime o Registro de Revelação Espontânea deverá ser protocolado no Ministério Público ou na Polícia Civil do município.

Qual deverá ser a postura do profissional?

Deverá acolher, ouvir e estimular o relato livre, sem perguntas fechadas ou sugestivas, não demonstrando reações que possam impressionar, suggestionar ou constranger a criança ou adolescente. Ouvir a revelação sem julgamento de valor ou questionamentos. Em hipótese alguma deve-se preencher esse instrumento na presença da criança ou adolescente.

Quem preencherá o Instrumento de Registro da Revelação Espontânea?

A regra é de que o instrumento seja preenchido pela pessoa que a criança ou adolescente procurar para fazer a revelação.

Excepcionalmente, em caso de dificuldade no preenchimento/escrita do Instrumento poderá haver o auxílio necessário. Em nenhuma hipótese a criança/adolescente deverá ser conduzido para ser ouvido por pessoa diversa daquela que ela elegeu como de sua confiança para o relato.

Como preencher o Registro da Revelação Espontânea?

Preencher todos os campos de forma legível. Colocar os dados de identificação completos que poderão ser acessados após a escuta da criança/adolescente.

Preencher a data, horário e local da ocorrência somente se constar no livre relato.

O registro deverá ser preenchido logo em seguida à revelação espontânea para que se tenha a integralidade dos fatos. Caso necessitar de mais espaço, utilizar o verso da folha.

A descrição dos fatos deverá ser redigida de forma fidedigna sem omitir nenhum detalhe exposto e sem fazer deduções pessoais sobre a situação, utilizando as próprias palavras da criança/adolescente, mesmo que os termos possam ser inadequados.

O profissional poderá fazer, após a descrição do relato, caso considere necessário, observações pertinentes à sua impressão quanto à postura da criança ou adolescente, presença de lesões, choro, entre outros.

Se ocorrerem novos relatos deverão ser preenchidos tantos instrumentais quantos necessários.

No campo encaminhamento deverá constar o local/setor para o qual foi direcionado o documento. O código da instituição/unidade refere-se ao registro da unidade notificante junto ao cadastro de estabelecimentos de sua área específica, por exemplo, se for uma unidade básica de saúde será o código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso for uma unidade de ensino será o código do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisas (INEP), entre outros.