



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

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

Colombo-PR
2012



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

EQUIPE GESTORA:

Prefeito Municipal

José Antônio Camargo

Secretária Municipal de Saúde

Ivonne Cecília Restrepo Solano

Secretária Municipal de Ação Social e Trabalho

Denise Helena G. Camargo

Secretário Municipal de Educação, Esportes e Cultura

Alcione Luiz Giaretton

Presidente do Conselho Tutelar de Colombo

Jeremias José Fontoura



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

EQUIPE TÉCNICA:

Secretaria Municipal de Saúde

Valquíria Clecy Plucheg – **Coordenadora de Atenção Básica à Saúde**

Daniel Ignacio da Silva - **Coordenador de Saúde Materno-infantil**

Josiane Lunardon Taverna - **Coordenador de Saúde da Mulher**

Secretaria Municipal de Ação Social e Trabalho

Daniella Severgnini - **Coordenadora de Proteção Especial**

Alessandro Ferreira - **Coordenador de Proteção Básica**

Secretaria Municipal de Educação, Esportes e Cultura

Eliziane Chemin - **Coordenadora do CAEC (Centro de Atendimento Especializado à Criança)**



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

SUMÁRIO

1 DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DA REDE	5
2. A VIOLÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS	6
3. SINAIS DE ALERTA	10
4. FLUXO DE ATENÇÃO EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE	10
5. AVALIAÇÃO GLOBAL DO NÍVEL DE GRAVIDADE	29
6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	33
7. ESTRUTURA DA REDE MUNICIPAL DE PROTEÇÃO	35
8. REFERÊNCIAS	36
ANEXO 1 – FLUXOGRAMA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA	37
ANEXO 2 – NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA	38



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

1. DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DA REDE

Rede de proteção é um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a doméstica, intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência.

Trata-se de uma ação intersetorial integrada pela Secretarias Municipais de Ação Social e Trabalho, Saúde e Educação, assim como pelo Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e outras organizações a fins.

São seus objetivos:

- Tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a notificação dos casos;
- Capacitar os profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial
- Oferecer às vítimas, os autores da violência e às famílias o atendimento necessário para ajudar na superação das condições geradoras de violência, bem como na sequela dela resultantes.
- Diminuir a reincidência da violência pelo acompanhamento e monitoramento dos casos
- Desenvolver ações voltadas para a prevenção da violência, com o envolvimento da comunidade.

A rede adota, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069/1990), o princípio da **Doutrina da proteção integral**, na qual todas as políticas públicas promovidas pelo Estado sob a égide da proteção integral recebem a incumbência de serem intersetoriais para possam atingir todas as relações jurídicas das quais as crianças e os adolescentes sejam sujeitos. Estas políticas são classificadas em:



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

- Básicas (prevenção primária) Art. 4º ECA
- Protetivas (prevenção secundária) Art 23, 34, 101, 129 do ECA
- Sócio-educativas (prevenção terciária) Art. 112 e 129 do ECA

2. A VIOLÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

2.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

- **Violência infrafamiliar (doméstica):** É toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam assumir função parenteral, ainda que sem laços de consanguinidade.
- **Violência extra-familiar:** É toda aquela a que estão sujeitas as crianças e os adolescentes fora do convívio familiar, sendo praticada por vizinhos, conhecidos, profissionais de instituições com as quais possuem vínculo e ou desconhecidos.
- **Violência auto-infligida ou auto-agressão:** é a violência praticada contra si mesmo, caracterizada pelas tentativas de suicídio, ou o suicídio, as ideações de se matar e as automutilações.
- **Violência fetal:** é a praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outras). É ainda quando a gestante sofre alguma forma de violência física por outra pessoa, através de ponta pés, socos na barriga e outras formas de agressões inclusive a negligência.

2.2 NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Existem quatro tipos de violência: física, sexual, psicológica e negligência ou abandono, abaixo a descrição de cada uma e seus principais



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

indicadores.

Violência Física - Qualquer ação, única ou repetida, não acidental cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou o adolescente), que lhes provoque dano físico.

Por ordem de frequência, as lesões por maus-tratos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas e, em seguida, no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais. Há presença de queimaduras, feridas, fraturas que não correspondem à causa alegada.

O comportamento muito agressivo ou apático, teme os pais ou responsáveis, fuga de casa com frequência, problemas de aprendizagem são sinais que há maus-tratos.

Violência Sexual: É toda a ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas e drogas. Pode ser caracterizada pelas seguintes situações:

- Assédio Sexual
- Estupro
- Atentado Violento ao pudor Pornografia Infantil Exploração Sexual

Violência Psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.

O tipo de violência mais difícil de detectar em sua forma isolada. Por outro



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

lado, costuma estar presente concomitantemente aos demais tipos de abuso.

Pode ser passivo (abandono emocional, negligência com os cuidados afetivos) ou ativo (expressado de forma verbal ou em atitudes de ameaça, castigos, críticas, rejeição, culpabilização, isolamento).

Os sintomas e transtornos que aparecem nas crianças que sofrem maus-tratos psicológicos não são específicos, podendo aparecer não só em outros tipos de maus-tratos como também em decorrência de patologias de outras etiologias. Costuma ter conseqüências a longo prazo. Podemos encontrar:

- Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional, social.
- Distúrbios de comportamento tais como agressividade, passividade.
- Problemas psicológicos que vão desde a baixa auto-estima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a agressividade e a sexualidade.
- Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, escape fecal). Psicose, depressão, tendências suicidas.
- Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar num acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

Violência por Negligência: pode chegar a causar a morte ou danos irrecuperáveis, já que priva a criança de algo de que ela necessita para o seu desenvolvimento sadio (ausência de proteção, privação de alimentos, ou de medicamentos, atraso de vacinação).

Este tipo de violência é de difícil identificação em nosso país uma vez que muitas vezes esse estado de abandono acontece em decorrência da precária situação sócio- econômica da família.



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

A negligência é um dos tipos de maus-tratos mais freqüentes, e aparece muitas vezes associada a outras formas.

Dois critérios são necessários para caracterizar a negligência:

- Cronicidade (deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligente)
- Omissão (um responsável deve ter deixado de satisfazer alguma necessidade da criança).

Embora haja a discussão a respeito de quem é o responsável pelos cuidados da criança (Estado, sociedade, família), e das repercussões que as dificuldades sócio- econômicas podem ter na sua vida, considera-se que a negligência ocorre quando não se satisfazem as necessidades básicas da criança.

Mesmo em condições de pobreza, a família possui um estoque de possibilidades para prover os cuidados de que a criança necessita. Esse "padrão" é observável, na prática, pela comparação com os cuidados que outras famílias, em mesma situação de pobreza, dispensam aos seus filhos.

A criança negligenciada pode apresentar:

- Aspecto de má higiene;
- Roupas não adequadas ao clima local;
- Desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes;
- Lares sem medidas de higiene e de segurança;
- Falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição; Freqüência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade, não participação dos pais nas tarefas escolares;
- Grandes períodos de tempo sem atividades, adolescentes com muito tempo livre sem supervisão, expostos ao provável contato com ambientes de risco.



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

3. SINAIS DE ALERTA

O primeiro sinal de alerta que aponta para uma situação de risco para a violência intrafamiliar é a constatação da diminuição, perda ou ausência de vínculos entre pais e filhos, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento desta família.

Devem estar todas as equipes (saúde, educação, ação social e Conselho Tutelar, etc.) atentos para a ocorrência de alterações no comportamento:

- Criança muito tímida, retraída ou apática,
- Sintomas de depressão,
- Sinais de pânico ao contato físico ou á pessoas,
- Baixo rendimento escolar das crianças e adolescentes,
- Presença de lesões,
- Outros agravos presentes (infecção urinária e assaduras de repetição, etc)

4. FLUXO DE ATENÇÃO EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Nos casos suspeitos de violência contra a criança ou o adolescente, a situação deverá ser avaliada sistematicamente, sempre que possível com a presença de mais um profissional.

O histórico e a presença de um ou mais sinais de alerta levam a uma avaliação global da situação, podendo afastar ou manter a suspeita. Quando a suspeita se mantiver. É o momento em que se deve incluir a criança ou o adolescente na Rede de Proteção, preenchendo a Notificação Obrigatória (NO) em três vias.

Durante o preenchimento da NO, é á avaliada a gravidade da situação, para que a criança ou o adolescente e seus familiares sejam encaminhados para o Centro de Referência Especializado em Assistência



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

Social (CREAS), afim de que a situação seja revertida ou estabilizada. Nesta avaliação verifica-se se há necessidade de contatar o conselho tutelar de imediato. (Vide Fluxo de atendimento em anexo). As ações serão acompanhadas e monitoradas pela Rede local em suas reuniões mensais, a qual realizará a avaliação global da situação.

Para que haja uma visão global da situação, apresenta-se um conjunto de procedimentos a serem consultados e utilizados pelas equipes das Unidades Notificadoras, de acordo com a gravidade do caso:

A) CASOS LEVES:

- Realizar abordagem da criança ou do adolescente, valorizando o acolhimento, a escuta e o diálogo.
- Abordar se possível os pais e os responsáveis da criança ou do adolescente, seguindo os padrões éticos do acolhimento.
- Conforme análise da situação, realizar orientações aos familiares , devidamente registradas.
- Nas unidades educacionais, avaliar a necessidade de orientações aos professores que atuam com a criança ou o adolescente e os demais profissionais das escolas, sempre observando o sigilo.
- Em caso de confirmação da suspeita , estabelecer o nível de gravidade da situação **(Vide a classificação da situação em anexo)**
- Inserir a criança ou o adolescente na Rede de proteção, preencher o NO (Vide fluxo de encaminhamento da NO em anexo),
- Encaminhar a criança ou o adolescente aos serviços disponíveis da rede (Saúde, Educação e Ação Social), conforme a necessidade.



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

B) CASOS MODERADOS:

Adotar os mesmos procedimentos referentes aos casos leves acrescidos dos itens abaixo:

- Em caso de necessidade contactar imediatamente o Conselho Tutelar.
- Inserir a criança ou o adolescente em espaços de atendimento de serviços e programas, de **forma priorizada**.

C) CASOS GRAVES

Adotar os mesmos procedimentos referentes aos casos leves e moderados, acrescidos dos itens abaixo:

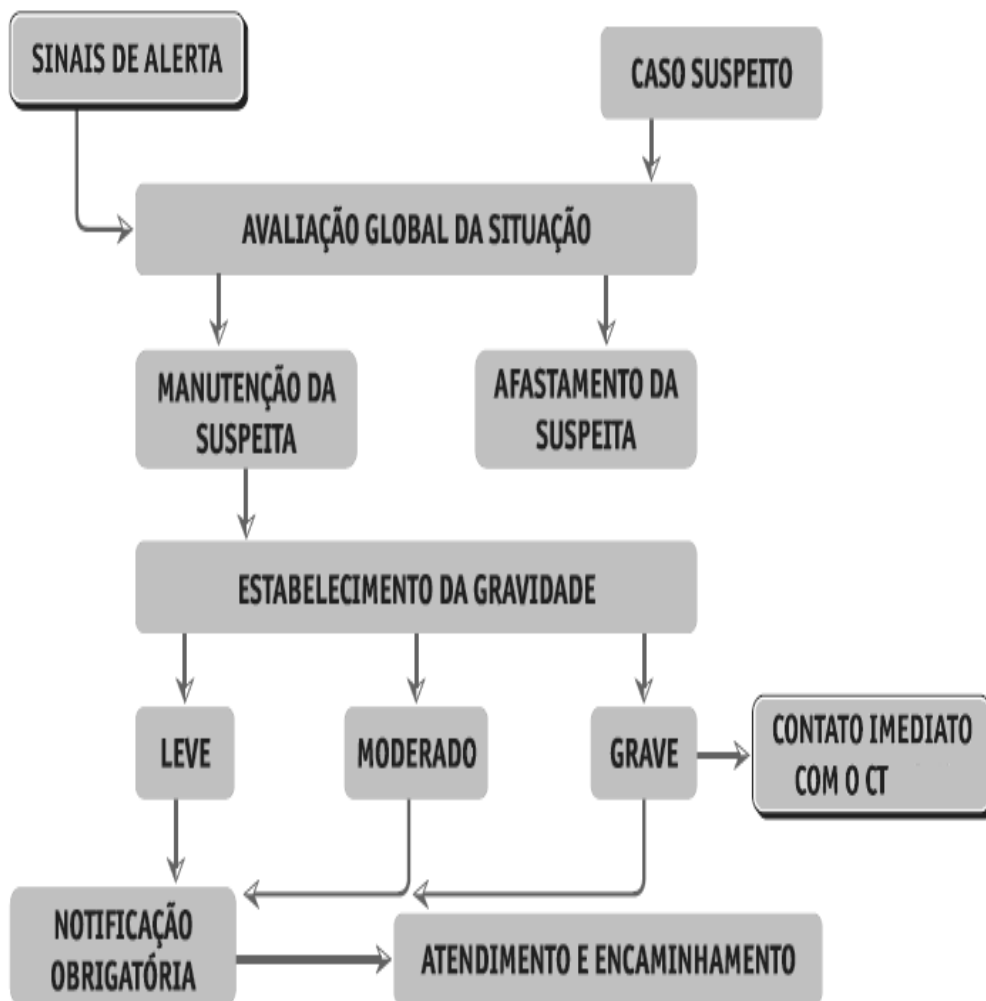
- Em situações de emergência, procurar **garantir a proteção da criança ou do adolescente** até que os serviços pertinentes prestem o devido atendimento e encaminhamento do caso.
- Encaminhar família, para **Delegacia de Polícia** para lavrar boletim de ocorrência e ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito.
- **Contatar imediatamente o Conselho Tutelar**, encaminhando em caráter de emergência a ficha de notificação (1ª via branca) através de fax ou de veículo da respectiva secretaria da unidade notificadora.
- **Contatar via telefone o CREAS (dias úteis)**, encaminhando em caráter de emergência a ficha de notificação (2ª via amarela) através de fax ou de veículo da respectiva secretaria da unidade notificadora.
- **Nos casos de violência sexual ocorridas até 72 horas** as crianças ou os adolescentes devem ser encaminhados para um dos hospitais de referência, caso a violência tenha ocorrido a mais de 72 horas as mesmas devem ser encaminhadas para as Unidades de Saúde, conforme anexo deste protocolo. Ver próximo item



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

- Inserir o caso para discussão da Rede nas próximas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Fluxo de atendimento da vítima de violência





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

4.1 ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

4.1.1 Atendimento nos Casos de Agressão Ocorrida até 72 Horas

a) Atendimento na Unidade de Saúde

- Realizar a contracepção de emergência o mais precocemente possível nas pacientes em idade fértil que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso.
- Providenciar o transporte imediato da vítima ao hospital de referência
- Orientar os familiares para não higienizar a criança ou o adolescente e não trocar a sua roupa.
- Preservar a criança e o adolescente impedindo que repitam o relato da agressão, permitindo que eles relatem apenas o que julgar importante.

b) Atendimento no Hospital de Referência

- Solicitar a requisição dos exames periciais na Delegacia de Polícia
- Solicitar a presença do médico legista de plantão, através de contato telefônico.
- Aguardar a presença do médico legista para que os exames clínicos, laboratoriais e periciais sejam realizados num único momento, humanizando o atendimento. A vítima não deve ser higienizada, assim como suas roupas não devem ser trocadas antes do exame clínico e pericial para não remover possíveis provas, a não ser que haja risco de vida.
- O atendimento e a coleta de exames devem ser realizados conjuntamente. Nesse momento, ambos os médicos estabelecem o nível de gravidade, o risco de gravidez e o risco de exposição para a infecção das DST/AIDS. A vítima poderá ser internada ou orientada para o tratamento ambulatorial.
- A prescrição da contracepção de emergência, quando necessária, da profilaxia das DST/AIDS e hepatite B, e a solicitação de coletas dos exames laboratoriais complementares são da competência do médico clínico.
- A vítima e seus pais devem ser encaminhados para o Serviço Social e Serviço



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

de Psicologia.

- O médico clínico deve realizar os registros necessários no prontuário médico, não só para o acompanhamento da vítima como também para fins legais. Devem constar no registro: data, hora dos atendimentos, história clínica, exame físico completo, exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões (relatando se são recentes ou não e sua localização específica, utilizando o modelo horário), descrição do relato da paciente, orientações fornecidas e a identificação de todos os profissionais que também prestaram o atendimento.
- O médico clínico deve preencher a Notificação Obrigatória da Rede de Proteção e a Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual.
- Nos casos de suspeita ou confirmação de gravidez nas adolescentes vítimas de violência sexual, deve-se identificar se há o desejo de interrupção da gravidez e a existência de valores morais ou religiosos que possam determinar ou influenciar a sua decisão.
- No caso da impossibilidade de realizar o aborto ou da decisão de manter a gestação, a adolescente deve ser encaminhada à Unidade de Saúde mais próxima de residência para a realização do pré-natal e/ou encaminhamento para adoção.
- As vítimas devem ser acompanhadas pelos hospitais por um período de 6 meses.

c) Orientações para a Vítima e para os Pais

- Orientar a vítima e os pais e/ou responsáveis sobre o tratamento e os encaminhamentos necessários.
- Na ausência ou na recusa dos pais e/ou responsáveis em seguir as orientações, solicitar a presença imediata do Conselho Tutelar.

Orientar os pais e/ou responsáveis para que realizem o Boletim de Ocorrência na delegacia de polícia do Município.

- Orientar o retorno ao serviço em casos de atraso menstrual.



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

- Explicar sobre os procedimentos que serão realizados durante o acompanhamento até a alta, ressaltando a importância em seguir o tratamento proposto.
- Caso a adolescente tenha vida sexual ativa, orientar para o uso de preservativo em todas as suas relações até que tenha alta. Enfatizar de que, mesmo utilizando outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível contaminação. Deve-se também fornecer preservativos.

d) Anticoncepção de Emergência – AE

A anticoncepção de emergência (AE) é uma medida essencial no atendimento de adolescentes que sofreram estupro, que já tenham atingido a menarca e que não estejam em uso de contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar a eficácia do método utilizado. No entanto, o médico deve avaliar a necessidade da indicação do AE nas adolescentes em que o desenvolvimento puberal estiver bem adiantado mas ainda sem a menarca, uma vez que há relatos de adolescentes que engravidaram antes da menarca. Esse fato deve ser considerado diante da possibilidade de haver ocorrido a ovulação cerca de 14 dias, antes da menstruação.

A probabilidade média de ocorrer gravidez após uma única relação sexual sem proteção, em qualquer dia do ciclo menstrual, é de 2 a 4 %, sendo que este risco aumenta no período fértil.

A AE pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva ou fase do ciclo menstrual para a prevenção da gravidez.

O mecanismo de ação da AE, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, altera o desenvolvimento dos folículos impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil,



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

dificultando a migração dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas em direção ao óvulo. Por esses mecanismos, a AE impede a fecundação.

Não existem evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação, de que atue impedindo a implantação ou de que implique a eliminação precoce do embrião. Não há efeitos abortivos com o uso da AE. (CURITIBA, 2008)

A anticoncepção de emergência pode ser realizada de duas formas:

- Como primeira opção utiliza-se o progestágeno puro, o **levonorgestrel** em dose única até 72 horas após a agressão. Alguns estudos têm demonstrado que o método ainda é eficaz se usado até 5 dias após a relação sexual desprotegida, mas com redução do seu efeito, portanto a medicação deve ser administrada o mais cedo possível.
- Como segunda opção utiliza-se o **método de Yuzpe** que consiste na utilização de anticonceptivos orais combinados (**estrogênio e progestágeno**), de uso rotineiro no planejamento familiar. A associação mais estudada é a que contém etinil-estradiol e levonorgestrel e devendo ser administrada o mais precoce possível. Essa opção só deve ser utilizada na falta do levonorgestrel, pois sua eficácia é menor e seus efeitos colaterais mais intensos. Em caso da paciente apresentar vômitos, utilizar antieméticos, e, se o vômito ocorrer dentro das primeiras 2 horas após a ingestão, repetir a dose do hormônio.



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

PRIMEIRA OPÇÃO

APRESENTAÇÃO COMERCIAL <i>Postinor®</i>	POSOLOGIA
Levonorgestrel 0,75mg	Dose única de 2 comp. VO ou 1 comp. de 12/12 hs VO

SEGUNDA OPÇÃO

APRESENTAÇÃO COMERCIAL <i>Neovlar®</i>	POSOLOGIA
Levonorgestrel 0,25mg + etinil-estradiol 0,05 mg	Dose única de 4 comp. VO ou 2 comp. de 12/12 hs VO

TERCEIRA OPÇÃO

APRESENTAÇÃO COMERCIAL <i>Microvlar® Nordette® Ciclo 21®</i>	POSOLOGIA
Levonorgestrel 0,15mg + etinil-estradiol 0,03mg	Dose única de 8 comp. VO ou 4 comp de 12/12 hs VO

Figura 1 – Opções para anti-concepção de emergência. (CURITIBA, 2008)

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
GRAVIDEZ	β hcg
SÍFILIS	VDRL
HIV	Anti-HIV
HEPATITE B*	HBsAg e anti HBsAg
HEPATITE C	Anti-HCV
GONOCOCO, CHLAMÍDIA E TRICHOMONAS	Imunofluorescência direta, cultura, bacterioscopia e exame a fresco

*Interpretação da pesquisa de hepatite B e conduta:

Figura 2 - Exames Laboratoriais no 1.º Atendimento: Momento Imunológico Zero.



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

HBsAg	Anti HBsAg	CONDUTA
Negativo	Negativo	Vacinação hepatite B
Negativo	Positivo	Imunidade comprovada
Positivo	Negativo	Solicitar Anti HBsIgM Se positivo: doença recente Se negativo: portador crônico

Figura 3 – Conduta diante do exame de sorologia contra hepatite B. (CURITIBA, 2008)

30 (TRINTA) DIAS APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
GRAVIDEZ	βhcg
SÍFILIS	VDRL
HIV	Anti-HIV

TRÊS MESES APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
SÍFILIS	VDRL
HIV	Anti-HIV
HEPATITE B	HBsAg

SEIS MESES APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

PESQUISA	EXAME LABORATORIAL
HIV	Anti-HIV
HEPATITE C	Anti-HCV

Figura 4 - Periodicidade das condutas previstas no acompanhamento (CURITIBA, 2008)



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

e) Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs não Virais)

O tratamento preventivo deve ser iniciado imediatamente, mesmo que, por algum motivo, não se possam realizar estes exames.

ESQUEMA TERAPÊUTICO

DOENÇAS	PESO INFERIOR A 45 kg	PESO SUPERIOR A 45 kg
GONORRÉIA	Ceftriaxona 125mg, IM, dose única	Ciprofloxacina 500mg, VO dose única Ofloxacina 400mg, VO dose única Ceftriaxona 250mg, IM dose única - (uso exclusivo em gestante)
CLAMIDIÁSE CANCRO MOLE	Azitromicina 20mg/kg, VO, dose única - max 1g	Azitromicina 1g, VO, dose única
TRICOMONÍASE VAGINOSE BACTERIANA	Metronidazol 15mg/kg, por dia, VO, 8/8h, por 7 dias	Metronidazol 2g, VO, dose única Gestante: Metronidazol 250 mg de 8/8 hs por 7 dias (somente a partir do 2º trimestre)
SÍFILIS	Penicilina Benzatina 50.000 UI/kg, IM, (max 2.400.000 UI)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI (Aplicar metade em cada nádega)

(CURITIBA, 2008)



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

TERAPÊUTICA ALTERNATIVA PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS

DOENÇAS	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADOLESCENTES COM PESO SUPERIOR A 45 KG
SÍFILIS	Estearato de Eritromicina 500 mg VO, 6/6h durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 50mg/kg/dia VO, 6/6h durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h durante 15 dias
GONORRÉIA	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única	Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou Tianfenicol 2,5 g, VO, dose única
CLAMÍDIASE	Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia, VO 6/6h durante 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg, VO, cada 8 horas durante 7 dias
CANCRO MOLE	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única, ou Estearato de Eritromicina 500 mg VO, 6/6h durante 7 dias	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única
TRICOMONÍASE	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g, VO, dose única (Não usar no primeiro trimestre de gravidez)	Secnidazol 10 mg/kg, VO, dose única	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g, VO, dose única (Não usar no primeiro de gravidez)

(CURITIBA, 2008)

F) Prevenção de AIDS

A violência sexual na infância frequentemente ocorre como abuso crônico e é praticada por agressor do convívio familiar. Nos casos de abuso crônico, a quimioprofilaxia para o HIV não está indicada, devendo-se conduzir as abordagens diagnósticas da infecção pelo HIV, DST e hepatite viral. Na maioria



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

dos episódios de abuso sexual em crianças, não ocorre penetração e/ou contato de mucosas genitais com o esperma (CURITIBA, 2008)

Quando o agressor é comprovadamente HIV positivo, a quimioprofilaxia é prescrita mediante qualquer violência sexual, envolvendo contato direto do agressor com as mucosas da vítima por meio de penetração vaginal, anal e/ou oral.

Já, quando o estado sorológico do agressor é desconhecido, a decisão terapêutica deve ser realizada, sempre que possível diante da avaliação sorológica do agressor, no prazo de 72 horas, por meio do teste rápido. Quando o estado sorológico do agressor não for identificado em tempo elegível, o uso da profilaxia será indicado em situações como: penetração vaginal, anal ou sexo oral com ejaculação.

Os pais e/ou responsáveis assim como o paciente devem ser informados sobre os efeitos colaterais e a necessidade de adesão ao esquema terapêutico. Também devem ser esclarecidos de que a proteção conferida pela profilaxia contra a infecção pelo HIV não é absoluta, mesmo com início precoce e adesão completa ao tratamento.

ESQUEMA ANTIRETROVIRAL: AZT + 3TC+LPV/r (BRASIL, 2007).

PESO INFERIOR A 30 kg	PESO SUPERIOR A 30 kg *
AZT (ZIDOVUDINA), solução oral 10mg/ml Dose: 360mg/m ² /dia de 8/8 ou 12/12h, por 28 dias Dose máxima 600mg/dia	AZT (ZIDOVUDINA), comp. 100mg Dose: 300mg (3 comp), 12/12h, por 28 dias
3TC (LAMIVUDINA), solução oral 10mg/ml Dose: 4mg/kg, 12/12h, por 28 dias Dose máxima 150mg/dose	3TC (LAMIVUDINA), comp. 150mg Dose: 150mg, 12/12h, por 28 dias

* Existe uma apresentação combinada de Zidovudina 300mg com Lamivudina 150mg (*Biovir*®)
- Dose: 1 comp. de 12/12h, por 28 dias.

Pacientes expostos a agressores com sorologia desconhecida ou HIV positivo – quando o agressor nunca recebeu tratamento anti-retroviral



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

LPV/r (LOPINAVIR/RITONAVIR) Kaletra @ **		
PESO ENTRE 7 E 15 kg	PESO ENTRE 15 E 40 kg	PESO ACIMA DE 40 kg
LPV/r 12mg/kg, 12/12h 7-10kg: 1,25 ml, 12/12h 11-15kg: 1,75 ml, 12/12h	LPV/r 10mg/kg, 12/12h 15-20kg: 2,25ml, 12/12h 21-25kg: 2,75ml, 12/12h 26-30kg: 3,50ml, 12/12h 31-35kg: 4 ml, 12/12h 35-40kg: 4,75ml, 12/12h	LPV/r Dose de adulto (maior 12 anos): 5ml, 12/12h ou 3 cápsulas, 12/12h
LPV/r - Solução oral: 80/20 mg/ml e cápsulas 133,3/33,3mg		

** Nota Técnica no 177/2007- UAT/PN-DST-AIDS/SVS/MS

CÁLCULO DO m²

FÓRMULA	EXEMPLO - Criança de 10 kg
$m^2 = \frac{(\text{peso} \times 4) + 7}{90 + \text{peso}}$	$m^2 = (10 \times 4) + 7 / 90 + 10$ $m^2 = 0,47$ Dose de AZT por dia = $360 \text{ mg} \times 0,47 = 169,2 \text{ mg}$

Pacientes expostos a agressores HIV positivo em tratamento com anti-retroviral, deverão ser encaminhados ao serviço de CTA do Município, ao especialista para utilização de esquema anti-retroviral individualizado, conforme esquema anti-retroviral do agressor.

g) Prevenção de Hepatite B

A gravidez em qualquer idade gestacional e a lactação não contra-indicam a vacinação anti-hepatite B e nem a aplicação da imunoglobulina;

MENORES DE 12 ANOS	ADULTO
Engerix B – 0,5ml, IM, 3 doses	Engerix B – 1,0ml, IM, 3 doses



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

- Indicado nos casos em que a criança e o adolescente não realizaram o esquema de vacinação ou realizou de forma incompleta;
- A segunda e a terceira dose devem ser administradas respectivamente em 1 e 6 meses após a primeira;

Gamaglobulina hiperimune (IGHAHB): 0,06ml/kg de peso , IM, dose única

- Indicado nos casos em que a criança e o adolescente não realizaram o esquema de vacinação ou realizaram de forma incompleta.
- Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes.
- Aplicar em membro diferente do usado para o esquema de vacinação.
- Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBIG, até 48 horas após a agressão.

h) Acompanhamento e alta

No primeiro mês após a agressão sexual, deve-se acompanhar com mais frequência a criança ou o adolescente, buscando fortalecer a adesão ao uso dos anti-retrovirais, bem como avaliar os possíveis efeitos colaterais do uso desses medicamentos tanto clínica como laboratorialmente (hemograma, transaminases, triglicerídeos, colesterol, glicemia).

Nos meses subsequentes, as consultas de acompanhamento devem ser focadas no exame clínico-ginecológico que diagnostique lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DSTs, assim como amenorréia compatível com gravidez. Essas consultas devem coincidir com a avaliação laboratorial preconizado para 4 semanas, 3 meses e 6 meses após a agressão. Todos os casos assintomáticos e/ou com exames laboratoriais negativos na primeira consulta, devem ser acompanhados clínica e laboratorialmente pelo período de 6 meses.

Os casos com diagnóstico de patologia ou de gravidez devem ser



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

acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação.

A alta clínica será dada após 6 meses da agressão, desde que os resultados dos exames laboratoriais sejam negativos.

Diante do diagnóstico de gravidez decorrente da violência sexual, a adolescente e seus pais/responsáveis devem ser esclarecidos sobre as possibilidades de:

- Continuar a gravidez e permanecer com o filho e, neste caso ela deve ser encaminhada para o pré-natal;
- De continuar a gravidez e doar a criança, caso em que ela deverá realizar o pré-natal e o conselho tutelar deve ser notificado;
- De interromper a gravidez (aborto), caso em que deverá ser encaminhada para os hospitais de referência (Hospital de Clínicas e Hospital Evangélico).

4.2 ATENDIMENTO NOS CASOS DE AGRESSÃO OCORRIDA APÓS 72 HORAS OU AGRESSÕES CRÔNICAS

Os médicos das Unidades de Saúde (Básicas tradicionais- médicos pediatras e ESF – Médico generalista) são responsáveis pelo atendimento clínico às vítimas de agressão sexual ocorridas após 72 horas ou nos casos crônicos.

Nesses casos, a profilaxia da DST/AIDS e a anticoncepção de emergência não estão indicadas, mas o acompanhamento dessas vítimas deve ser realizado para o diagnóstico de uma possível infecção por DST/AIDS ou de gravidez.

4.2. 1. Primeiro atendimento

O primeiro atendimento médico deve ser focado na realização do exame clínico e ginecológico para diagnosticar lesões, corrimentos e quadros clínicos



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

sugestivos de DST assim como amenorréia compatível com gravidez. Solicitar os exames laboratoriais, independente da época em que ocorreu a agressão, inclusive o β hcg, se a paciente estiver em idade fértil.

O médico deve informar a vítima e os pais e/ou responsável sobre os fatos constatados na avaliação clínica e laboratorial e orientá-los para realizar o Boletim de Ocorrência na delegacia de polícia do Município. O médico também deve preencher a Notificação Obrigatória do SINAN NET. A coordenação da Unidade encaminha a notificação à Coordenação materno infantil

Nesses casos há a necessidade de comunicar imediatamente o Conselho Tutelar e ainda solicitar sua presença quando os pais e/ou responsáveis não estiverem presentes ou forem omissos. Fazer via telefone, e anotar no livro de ocorrências o Nome do conselheiro contatado, data e horário da ligação e assinatura de dois servidores como testemunhas da ligação.

Quando a adolescente tiver vida sexual ativa, orientar para o uso de preservativo em todas as suas relações até que tenha alta. Enfatizar que, mesmo utilizando outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível contaminação. Deve-se fornecer preservativos.

Este usuário deverá ser encaminhado ao Centro de Referência especializado em Assistência Social onde será acompanhado pela equipe de assistentes sociais e psicólogos.

4.2.2 Acompanhamento e alta

Nos meses subseqüentes ao primeiro atendimento, as consultas de acompanhamento continuam focadas no exame clínico-ginecológico que diagnostique lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DSTs assim como amenorréia compatível com gravidez. Essas consultas devem coincidir com a avaliação laboratorial preconizado para 4 semanas, 3 meses e 6 meses



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

após a agressão. Todos os casos assintomáticos e/ou com exames laboratoriais negativos na primeira consulta devem ser acompanhados clínica e laboratorialmente pelo período de 6 meses.

Os casos com diagnóstico de patologia ou de gravidez devem ser acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação.

A alta clínica será dada após 6 meses da agressão, desde que os resultados dos exames laboratoriais sejam negativos.

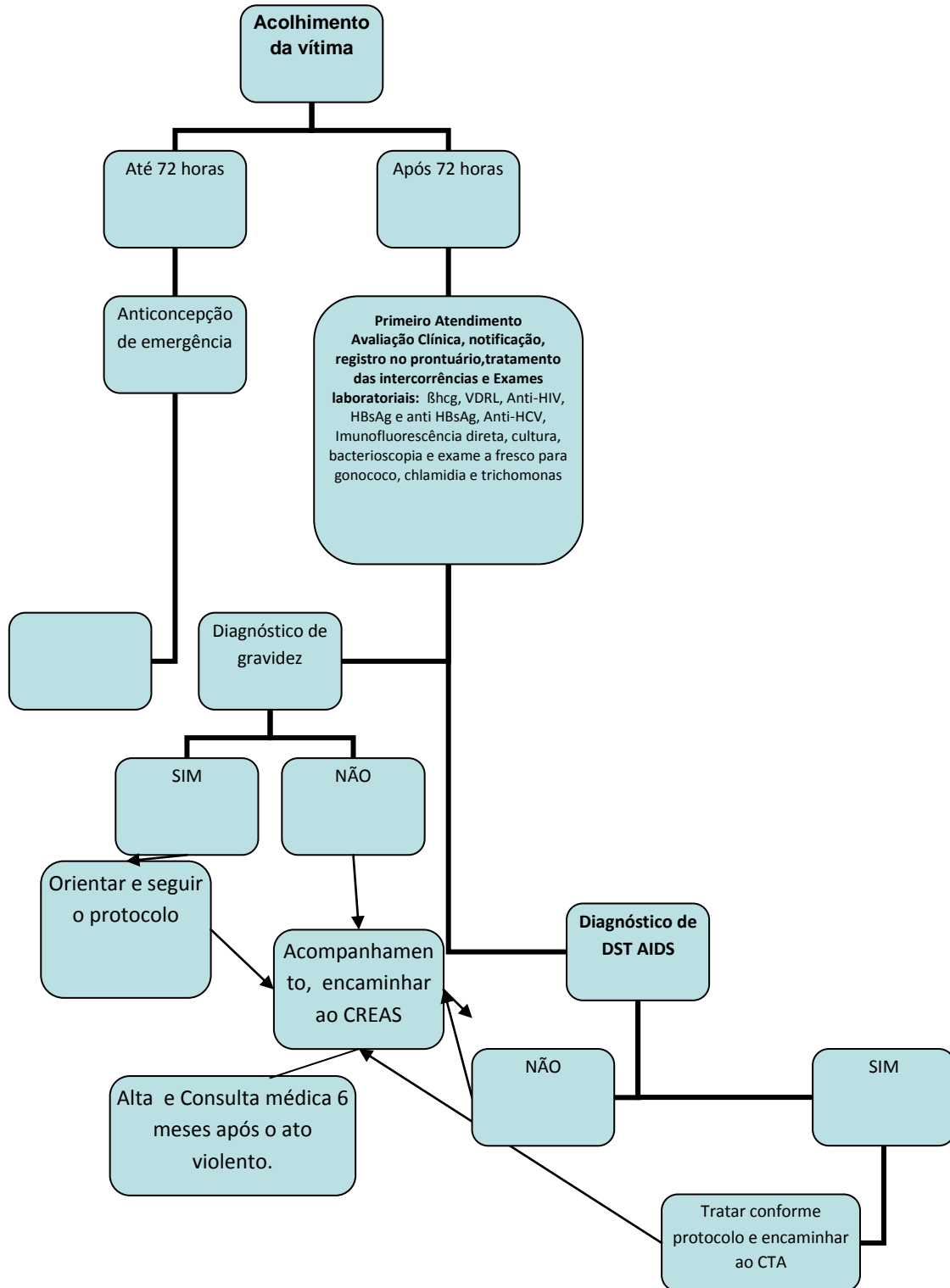
Diante do diagnóstico de gravidez decorrente da violência sexual, a adolescente e seus pais/responsáveis devem ser esclarecidos sobre as possibilidades de:

- Continuar a gravidez e permanecer com o filho e, neste caso ela deve ser encaminhada para o pré-natal;
- De continuar a gravidez e doar a criança, caso em que ela deverá realizar o pré-natal e o conselho tutelar deve ser notificado;
- De interromper a gravidez (aborto), caso em que deverá ser encaminhada para os hospitais de referência (Hospital de clínicas e Hospital evangélico).



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

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL





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

5. AVALIAÇÃO GLOBAL DO NÍVEL DE GRAVIDADE

A avaliação do nível de gravidade é feita para nortear a tomada de decisões sobre condutas a serem adotadas. Para ser realizada, deve a equipe coletar o maior número de informações sobre a **vítima, o tipo de agressão, a família e o provável autor da violência.**

Os quatro fatores devem ser cuidadosamente avaliados conforme as características descritas nos quadros abaixo e depois serem pontuados em risco leve (1 ponto), risco moderado (2 pontos) e risco grave (3 pontos) e então calculados.

QUADRO 1 – AVALIAÇÃO DA VÍTIMA

Risco leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave- 3
<p>Bom estado geral; Boa relação com a família; Sem história de distúrbio de comportamento</p>	<p>Estado geral regular, palidez, distúrbio de sono e de apetite, desatenção, doenças de repetição e outros; Vínculo com os responsáveis diminuído; Apatia, agressividade, comportamento de risco; Atraso do desenvolvimento psicomotor; Diminuição do rendimento escolar; Uso de drogas;</p>	<p>Mau estado geral; Sinais de ausência de vínculo com a família; Fracasso escolar, fugas Uso crônico de drogas Comportamento delinquente Portador de necessidades especiais</p>



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

QUADRO 2 – AVALIAÇÃO DO TIPO DE AGRESSÃO

Risco leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave- 3
<p>Lesões leves e que não são repetitivas</p> <p>Descuido com as necessidades de saúde, educação e proteção por parte dos responsáveis; uso de palavras e/ou atitudes rudes frente a ato cometido pela criança.</p>	<p>Lesões físicas que necessitem do atendimento médico ambulatorial;</p> <p>Agressões leves anteriores;</p> <p>Comprometimento da saúde, educação</p> <p>Auto agressão caracterizada</p> <p>Exploração do trabalho da criança e do adolescente;</p> <p>humilhação,</p> <p>castigos excessivos,</p> <p>recriminações constantes,</p> <p>ameaças, desqualificação ou impedimento a qualquer forma de lazer;</p>	<p>Lesões que exigem procedimentos médicos-hospitalares lesões</p> <p>que demonstram tortura</p> <p>Desnutrição acentuada, ausência de condições mínimas de higiene e proteção;</p> <p>Agressão psicológica repetitiva, com ameaças á vida e á saúde e abandono</p> <p>Tentativa de suicídio</p> <p>Violência sexual Síndrome</p>



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

QUADRO 3 – AVALIAÇÃO DO DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA

Risco leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave- 3
<p>Sem antecedentes de violência e/ou drogadição</p> <p>Justifica a agressão como modo culturalmente aprendido</p> <p>Despreparado para entender as fases do desenvolvimento da criança/adolescente,</p> <p>Apresenta dificuldade de colocar limites;</p> <p>Apresenta</p>	<p>Apresenta critérios rígidos de educação, utilizando-se da violência</p> <p>Usuário de álcool e/ou outras drogas</p> <p>Tem sinais que indicam problemas emocionais.</p>	<p>Responsável por agressões a outros membros da família</p> <p>Dependente de álcool /ou outras drogas;</p> <p>Apresenta sinais ou tem diagnóstico de transtorno mental com agressividade ou sociopatia (transtorno de personalidade)</p> <p>Comportamento auto-agressor.</p>



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

QUADRO 4 – AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Risco leve - 1	Risco Moderado - 2	Risco Grave- 3
<p>Bom relacionamento familiar; Reconhece a agressão como um erro e tem meios de evitar novas agressões; Assume a defesa da criança ou do adolescente que</p>	<p>Responsável único, sem condições de sustento ou manutenção do filho; História de maus-tratos com outros membros da família; Não reconhece a agressão como um risco para</p>	<p>História de violência familiar crônica; Indiferença, sinais de rejeição ou desprezo; Responsável agressivo; Impede o acesso da criança ou do adolescente; Retardo em procurar atendimento em situação de risco; História de abandono anterior;</p>

Após avaliação de cada fator citado acima deve-se aplicar o quadro abaixo, que permitirá a definição do caso.

QUADRO 5 – PONTUAÇÃO E TABULAÇÃO

NÍVEL DE GRAVIDADE	VÍTIMA	TIPO DE AGRESSÃO	AUTOR DA VIOLÊNCIA	FAMÍLIA	TOTAL	LIMIARES
LEVE	1	1	1	1	4	4 Á 5
MODERADO	2	2	2	2	8	6 Á 8
GRAVE	3	3	3	3	12	9 Á 12



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

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

6.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os dados da Notificação obrigatória deverão ser preenchidos corretamente, de forma clara sem rasuras. Os dados da Notificação obrigatória são extremamente sigilosos, devendo ser mantidos em total sigilo pela unidade notificadora.

As vias branca e amarela deverão ser enviadas para o Conselho Tutelar e CREAS via malote por meio dos responsáveis das respectivas secretarias das unidades notificadoras para devido prosseguimento.

Em caso de dúvidas maiores deve ser contatada o responsável da rede na respectiva secretaria: Saúde (Coordenação de Saúde da Criança), Educação (CAEC), Ação Social (coordenação de proteção básica e especial), ou diretamente o CREAS.

Nos finais de semana e feriados, o CREAS não possui expediente, devendo somente ser contatado o Conselho Tutelar na ocorrência de casos moderados e/ou graves.

As Unidades de Saúde e Pronto Atendimento deverão lavrar a notificação do SINAN NET e encaminhar à Coordenação de Saúde da Criança.



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

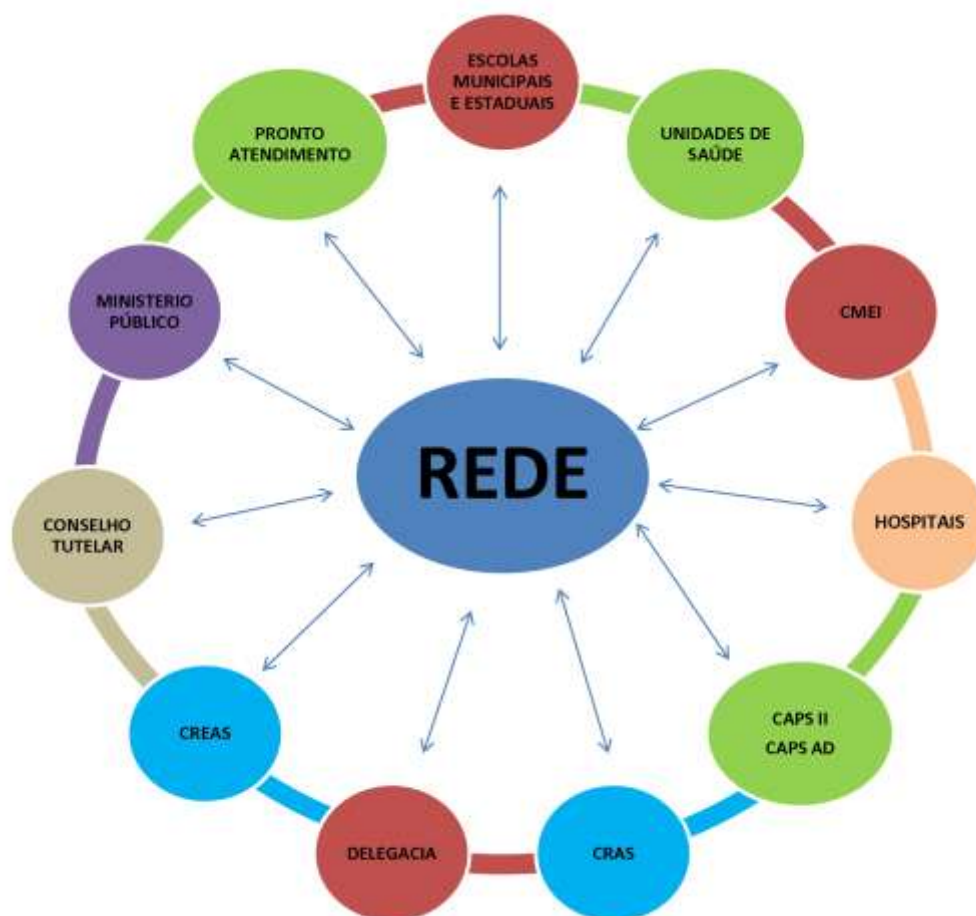
6.2 TELEFONES ÚTEIS PARA A REDE

- ❖ Conselho Tutelar 3666-6726 / 3666-6319
- ❖ Secretaria Municipal de Educação 3675-5971 (CAEC)
- ❖ Secretaria Municipal de Ação Social 3675-5973/ (Coordenação de Proteção Especial e Básica)
- ❖ Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) 3606-3506
- ❖ Secretaria Municipal de Saúde 3656-2980 3656-7112 (Saúde da Criança)
- ❖ Santa Casa de Misericórdia de Colombo 3656-3322
- ❖ Pronto Atendimento Alto Maracanã 3663-5028 / 3562-9828
- ❖ Pronto Atendimento Osasco 3606-6271
- ❖ Vigilância Sanitária / Epidemiológica 3656-3606 / 3656-3697
- ❖ Hospital de Clínicas UFPR 3360-1826 (Maternidade)
- ❖ Hospital Pequeno Príncipe 3310-1187
- ❖ Ministério Público 3656-3010
- ❖ Delegacia de Polícia Civil 3656-3498
- ❖ Instituto Médico Legal 3322-0909
- ❖ Vara da Infância e Juventude 3222-7561



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

7. ESTRUTURA DA REDE MUNICIPAL DE PROTEÇÃO





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

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Justiça. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

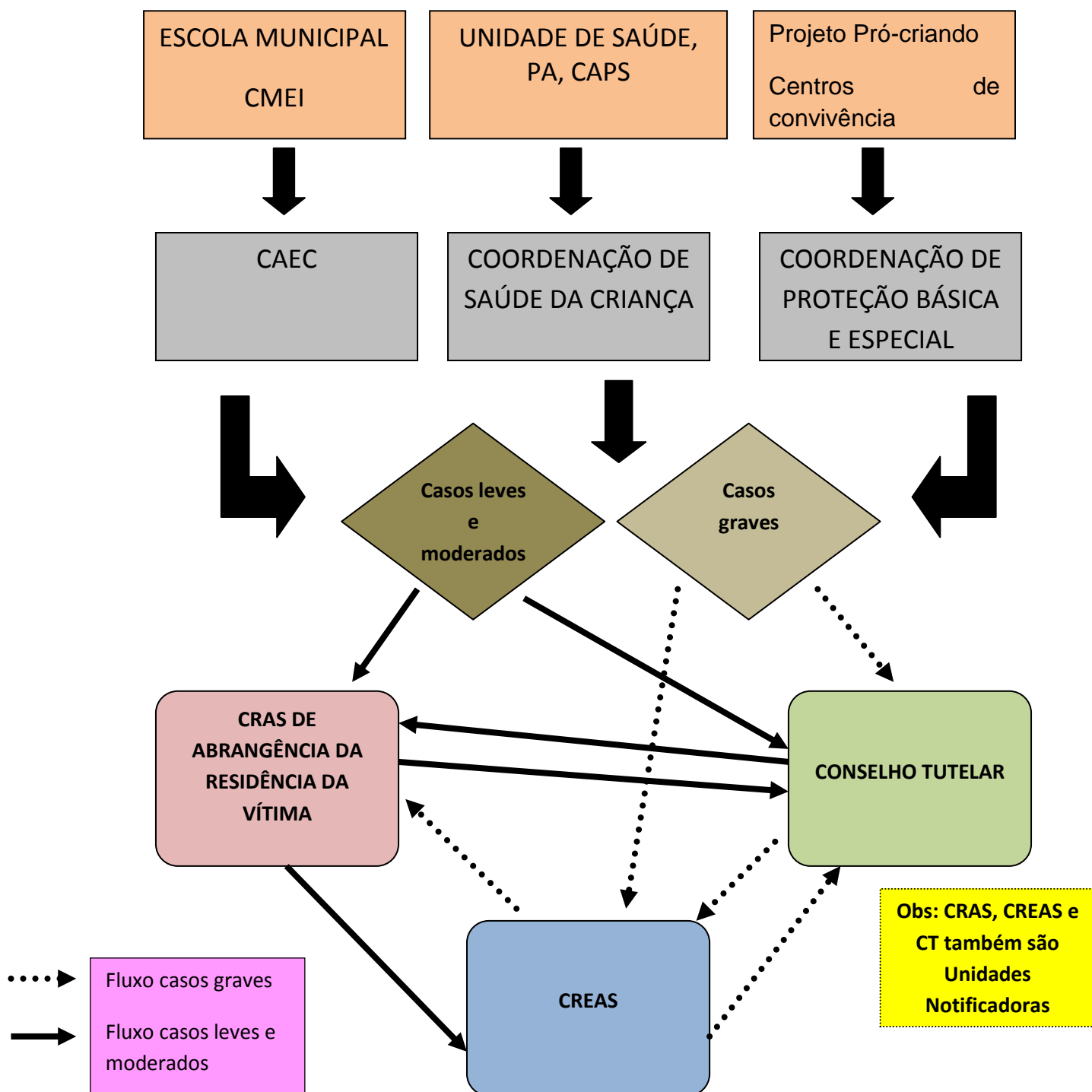
BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV. Brasília, 2007.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência, 3ª ed, Curitiba, 2008, 160p.



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

ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA





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

ANEXO 2 – NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE PADRONIZADA NA SECRETARIA DE SAÚDE - FRENTE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10) Y09	
	3 Data da notificação	Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestante/ Ignorado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado
	13 Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado		
Dados de Residência	14 Escolaridade	1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo gírio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo gírio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
31 Ocupação				
Dados da Pessoa Agravada	32 Situação conjugal / Estado civil	33 Relações sexuais		
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado	1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 5 - Ignorado		
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?		
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	38 Distrito	39 Bairro		
	40 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código		
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
	45 Ponto de Referência	46 Zona	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência	49 Ocorreu outras vezes?		
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências SINAN NET SVS 10/07/2008



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

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE PADRONIZADA NA SECRETARIA DE SAÚDE - VERSO

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