

PROTOCOLO UNIFICADO DE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES em SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Vice-Governadora
Jade Afonso Romero

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (Sevig)
Antonio Silva Lima Neto

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (Sepgi)
Carla Cristina Fonteles Barroso

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (Seafi)
Ícaro Tavares Borges

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (Seade)
Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps)
Maria Vaudelice Mota

2025. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Sesa.
Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps)
Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (Cogec)
Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde (Cepra)
Contatos:
Email: coordenadoriadepoliticas@saude.ce.gov.br
Telefones: (85) 2018.4553 | (85) 2018.7915
Endereço: Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema.
CEP: 60060-440, Fortaleza-Ceará

Ficha Técnica

©2025–CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Protocolo Unificado de Atendimento Prioritário a Crianças e Adolescentes em Situação de Violências.**

Permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Coordenação

Maria Vaudelice Mota
Luciene Alice da Silva

Elaboração

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Juliana Guimarães e Silva
Luciene Alice da Silva
Priscilla Cunha da Silva
Thalita Helena Christian Oliveira

Colaboração

Albertina Iara Nascimento Lopes
Ana Celia Satino Moura
Andrea Autran
Débora Fernandes Britto
Flávia Novaes
Lohanna Valeska de Sousa Tavares
Lorena Loiola Batista
Luna Pinheiro Celedônio
Micael Pereira Nobre
Mônica Sillan
Rafael Reinaldo da Silva

Coordenadora de Comunicação

Helga Rackel Sousa Santos

Projeto Gráfico, Edição e Diagramação

Júlio César Alves Lopes

Equipe de Marketing Sesa

Ágda Sarah Sombra
Rayanne Nunes Forte de Aguiar

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA

Protocolo Unificado de Atendimento Prioritário a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência [livro eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA ; coordenação Maria Vaudelice Mota, Luciene Alice da Silva ; elaboração Carmem Cemires Bernardo Cavalcante...[et al.]. -- Fortaleza, CE : Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2025.
PDF

Outros elaboradores: Juliana Guimarães e Silva, Luciene Alice da Silva, Priscilla Cunha da Silva, Thalita Helena Christian Oliveira.
Bibliografia.

ISBN 978-85-5326-097-3

1. Adolescentes 2. Atendimento 3. Crianças 4. Direitos 5. Formação 6. Protocolo 7. Qualificação 8. Saúde 9. Violência I. Mota, Maria Vaudelice. II. Silva, Luciene Alice da. III. Cavalcante, Carmem Cemires Bernardo. IV. Silva, Juliana Guimarães e. V. Silva, Luciene Alice da. VI. Silva, Priscilla Cunha da. VII. Oliveira, Thalita Helena Christian. VIII. Título.

25-294955.1

CDD-305.23

Índices para catálogo sistemático:

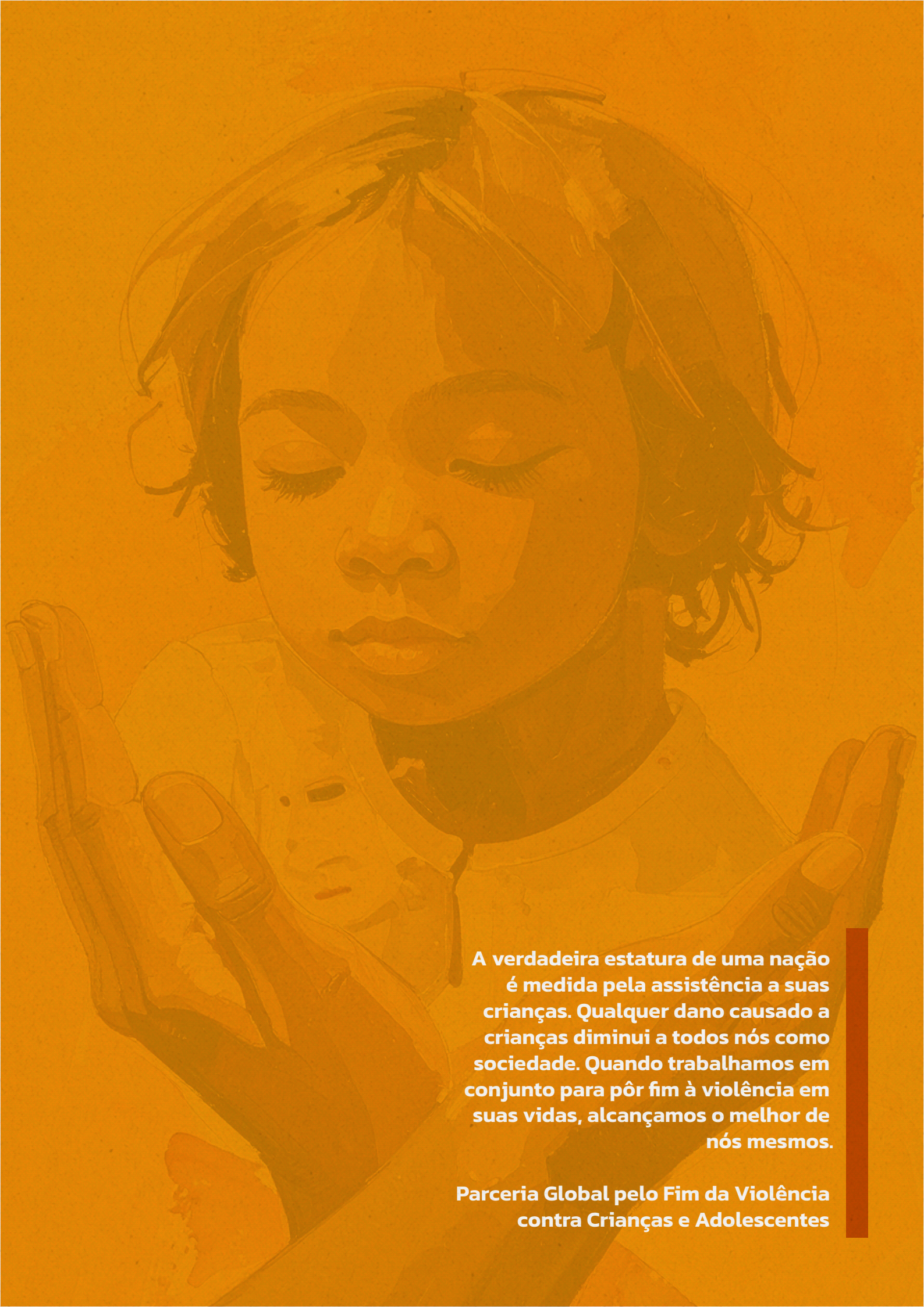
1. Crianças e adolescentes : Aspectos sociais 305.23

Eliete Marques da Silva – Bibliotecária – CRB-8/9380

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	9
2.1 Geral	9
2.2 Específicos	9
3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL	10
4. PROTEÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES	12
5. TIPOLOGIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	13
5.1 Código Internacional de Doenças (CID-10)	15
6. SINAIS DE VIOLÊNCIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	16
6.1 Suspeita e identificação de sinais de violências	16
6.2 Sinais de Violência Psicológica	19
6.3 Sinais de Violência Física	20
6.4 Envenenamentos e intoxicações	23
6.5 Síndrome de Munchausen por Procuração	23
6.6 Negligência e omissão de cuidados	24
6.7 Sinais de Violência Sexual	25
7. ESCUTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS	27
7.1 Revelação Espontânea	27
7.2 Escuta Especializada	28
7.3 Depoimento Especial	29

8. CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS.....	30
8.1 Acolhimento.....	31
8.2 Atendimento.....	33
8.2.1 Consulta Clínica.....	34
8.2.2 Especificidades do atendimento em casos de violência sexual....	36
8.2.3 Profilaxia e tratamento em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.....	38
8.2.4 Gestação decorrente de violência sexual.....	47
8.3 Notificação.....	52
8.4 Seguimento na Rede de Saúde e Intersectorial de Cuidado e Proteção Social.....	54
8.4.1 Rede Intrassetorial – Serviços de Saúde.....	54
8.4.2 Rede Intersectorial de Cuidado e Proteção Social: órgão do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.....	56
9. ESTRUTURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	58
9.1 Estrutura e Ambiência.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	62
ANEXOS.....	67



**A verdadeira estatura de uma nação
é medida pela assistência a suas
crianças. Qualquer dano causado a
crianças diminui a todos nós como
sociedade. Quando trabalhamos em
conjunto para pôr fim à violência em
suas vidas, alcançamos o melhor de
nós mesmos.**

**Parceria Global pelo Fim da Violência
contra Crianças e Adolescentes**

Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps), Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, com o objetivo informar, orientar os profissionais da saúde e estabelecer diretrizes de forma articulada e integrada, para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências, de acordo com as normas legais, promovendo o cuidado e os encaminhamentos necessários, apresenta o **Protocolo Unificado de Atendimento Prioritário a Crianças e Adolescentes em Situação de Violências**.

Este protocolo, elaborado de forma colaborativa e participativa está estruturado em três eixos principais: aspectos legais, teóricos e práticos, em relação ao cuidado integral a crianças e adolescentes em situação de violências: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento junto à rede de proteção social, detalhando os procedimentos a serem seguidos na atenção às crianças e adolescentes.

A violência contra crianças e adolescentes é complexa, multifatorial, envolvendo aspectos culturais, econômicos, sociais, afetando as pessoas mais vulneráveis predominantemente cometidas no ambiente intrafamiliar e por pessoas próximas.

Não podemos naturalizar tantas violências e perder a capacidade de nos indignar diante delas. Precisamos nos unir, agir e transformar essa realidade.

Para tanto, no enfrentamento às violências, se faz necessária a integração das políticas públicas, ações, projetos, programas e prioridade absoluta na adoção de medidas eficazes para romper com o ciclo das violências.

Proteger e cuidar das crianças e adolescentes e construirmos uma cultura de paz, em casa, no trabalho, em todos os espaços de convivência é dever de toda sociedade.

Espera-se que esse protocolo seja um guia para os profissionais da saúde, ressaltando, que além do cuidado à saúde, há um trabalho a ser feito de forma articulada e integrada para atender outras necessidades para uma infância e adolescência segura.

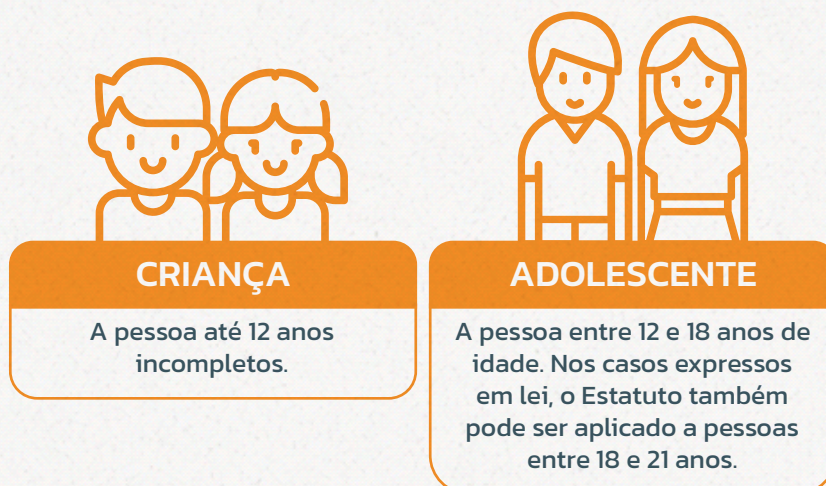
Tânia Mara Coelho
Secretária da Saúde do Ceará
Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps)

1. Introdução

O **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, é o principal marco legal regulatório dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil.

A referida Lei estabelece que crianças e adolescentes têm todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Cabe à **família, à comunidade, à sociedade e ao poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos** relativos à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Para o ECA, considera-se:



As consequências das violências são amplas e profundas, afetando significativamente o desenvolvimento físico, emocional e social das vítimas. Podem comprometer vínculos afetivos, saúde mental e desestruturar o ambiente familiar.

É de fundamental importância que a criança e o adolescente em situação de violências, bem como seus familiares, sejam acolhidos no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma prioritária, e obtenha atendimento imediato em qualquer circunstância.

Para que esse acolhimento seja efetivo, é essencial que os profissionais de saúde estejam devidamente informados, qualificados, para realizar escuta, prestar um atendimento humanizado e resolutivo, orientações adequadas e encaminhamento à rede de proteção, quando necessário.

A implementação do **Protocolo Unificado de Atendimento Prioritário a Crianças e Adolescentes em Situação de Violências** é fundamental para uniformizar condutas, garantir a agilidade nas intervenções e promover a articulação entre os diferentes setores da rede de proteção, bem como para contribuir com respostas mais eficientes e humanizadas, diante das diversas violências.

2. Objetivos

2.1 Geral

Estabelecer diretrizes e procedimentos para orientar os profissionais de saúde no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência, promovendo o cuidado integral, com prioridade absoluta conforme estabelecido nas normas específicas.

2.2 Específicos

- Informar aos profissionais da saúde sobre os tipos de violências e identificação de sinais de alerta de violências física, sexual, psicológica, negligência e outras formas de agressão contra crianças e adolescentes.
- Orientar sobre procedimentos para o cuidado humanizado e seguro, de acordo com os princípios legais e éticos, garantindo a escuta qualificada e o registro adequado das informações.
- Estimular a notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados de violência, utilizando os instrumentos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
- Manter articulação com o Sistema de Garantia de Direitos para o desenvolvimento de ações conjuntas.
- Contribuir para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

3. Fundamentação Legal

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. (Art. 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA)

Essas normas estabelecem direitos, deveres e garantia de atendimento prioritário e humanizado às crianças e adolescentes em situação de violências.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, principal instrumento legal dos direitos da criança e do adolescente no Brasil.

Lei nº 14.811/2024, de 12 janeiro de 2024 – Institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares, prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos), e 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Lei nº 14.344/2022, de 24 de maio de 2024 – Lei Henry Borel – Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes, alterando o Código Penal e outras legislações.

Lei nº 14.432/2022, de 03 de agosto de 2022 – Institui a campanha Maio Laranja, a ser realizada no mês de maio de cada ano, em todo o território nacional, com ações efetivas de combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes.

Lei nº 14.022, de 07 de julho de 2020 – Altera a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e enfrentamento às violências contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública.

Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017 – Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violências e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016 – Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação

das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

Lei nº 13.185, de 06 de novembro de 2015 – Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*).

Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 – Lei Menino Bernardo – Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 – Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Lei 12.650, de 17 de maio de 2012 – Lei Joana Maranhão. Altera Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.

Lei Nº 12.015, de 07 de agosto de 2009 – Dispõe sobre os crimes hediondos e corrupção de crianças e adolescentes e define estupro e crimes sexuais contra vulneráveis.

Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violências contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Lei nº 9.970, de 17 de maio de 2000 – Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Art.7, inciso XXXIII).

Decreto nº 9.603, 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.

Decreto 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 SUS.

Lei Estadual 16.962, de 27 de agosto de 2019 – Institui o Sistema Estadual de Proteção à Pessoa (SEPP).

4. Proteção dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes

A **proteção dos direitos das crianças e adolescentes** tem seu marco legal com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que trata da proteção integral à criança e ao adolescente em diversos setores da vida, como o direito à saúde, vida, educação, cultura, esporte e lazer, dignidade, liberdade, entre outros.

A **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**, regulamentada pelo Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018, conhecida como Lei da Escuta Protegida, **criou o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência**. Entende-se como Sistema de Garantia de Direitos ou rede de proteção, o conjunto de órgãos responsáveis por prestar os serviços de proteção a crianças e adolescentes. Neste contexto, enquanto parte do sistema de garantia de direitos, destaca-se o Comitê Estadual de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e Proteção Social de Crianças e Adolescentes Vítimas e Testemunhas das Violências enquanto ator importante para a articulação, planejamento, acompanhamento e avaliação de ações da rede intersetorial.

A referida Lei, em seu art.4º, §2º, menciona **os órgãos de saúde, assistência social, educação, segurança pública e do sistema de justiça como os responsáveis por adotar os procedimentos necessários no caso de revelação espontânea da violência**.



5. Tipologia das Violências contra Crianças e Adolescentes

As violências contra crianças e adolescentes são multifatoriais e se manifestam de diversas formas. De acordo com o Ministério da Saúde, conceitua-se como quaisquer atos dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que resultam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2015).

Para viabilizar o entendimento, a identificação e uma atuação responsável e eficaz diante das violências perpetradas contra crianças e adolescentes, se faz necessário a suas diversas manifestações.

Formas de violências praticadas contra crianças e adolescentes - Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017

1. VIOLÊNCIA FÍSICA

Ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico.

2. 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 humanos, com o objetivo de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para a superação das consequências da violação sofrida, limitado ao estritamente necessário para o cumprimento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados.

3. VIOLÊNCIA SEXUAL

Entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda:

a Abuso sexual

Toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro.

b Exploração sexual comercial

Entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico.

4. TRÁFICO DE PESSOAS

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

5. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização

6. BULLYING E CYBERBULLYING

a Bullying

Comportamento agressivo, repetitivo e intencional que geralmente ocorre no ambiente escolar, no qual uma pessoa ou grupo provoca, humilha ou persegue outra(s).

b Cyberbullying

Ações de intimidação ou humilhação realizadas por meio de tecnologias digitais, como a internet e as redes sociais.

Fonte: Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024.

A Lei nº 13.185/2015, que instituiu o Programa de Combate à Intimidação Sistemática, já abordava o tema do bullying, mas sem prever punições específicas. Tal lei apenas obrigava escolas e instituições a promoverem ações de conscientização e prevenção contra esse tipo de violência.



A nova lei classifica como crimes hediondos atos como pornografia infantil, sequestro, cárcere privado de menores de 18 anos e incentivo à automutilação, entre outros atos que representam uma ameaça grave à integridade dos jovens.

5.1 Código Internacional de Doenças - 10 (CID 10)

O reconhecimento das violências contra crianças e adolescentes e a padronização nos registros de saúde auxiliam os profissionais na documentação, diagnóstico e elaboração de políticas públicas para prevenção e intervenção nesses casos.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) inclui a violência contra crianças e adolescentes em diversas categorias, a exemplo das que segue:

Figura 2 - Categorias relacionadas à violência contra crianças e adolescentes de acordo com o Código Internacional de Doença (CID-10).

► **T74.0 - Abandono:**

Refere-se à situação em que uma pessoa, geralmente uma criança ou idoso, é deixada sem os cuidados necessários por quem tem a obrigação de fornecê-los.

► **T74.1 - Sevícias físicas:**

Envolve agressões físicas intencionais que causam dano ou sofrimento.

► **T74.2 - Abuso sexual:**

Qualquer ato sexual realizado sem consentimento ou sob coação, especialmente em populações vulneráveis.

► **T74.3 - Abuso psicológico:**

Ações que causam dano emocional ou psicológico, como humilhações, ameaças ou manipulações.

► **T74.8 - Outras síndromes especificadas de maus-tratos:**

Inclui outras formas de maus-tratos que não se enquadram nas categorias anteriores, mas que são reconhecidas como enfermidades.

► **T74.9 - Síndrome não especificada de maus-tratos:**

Utilizada quando a forma específica de maus-tratos não pode ser determinada.

Fonte: CID-10.

6. Sinais de Violências em Crianças e Adolescentes

Os sinais e sintomas apresentados por crianças e adolescentes em situação de violências variam conforme a natureza das violências sofridas e faixa etária, tanto em relação às manifestações físicas quanto aos desfechos psicológicos e comportamentais.

6.1 Suspeita e identificação de sinais de violências

As evidências atuais demonstram que **crianças e adolescentes expostos às violências podem apresentar uma ampla gama de sinais e sintomas físicos, comportamentais, emocionais e neurobiológicos**, que variam conforme o tipo, a frequência e a gravidade da violência, bem como fatores individuais de vulnerabilidade.

A **suspeita deve considerar evidências clínicas, comportamentais, físicas, emocionais e contextuais**. Esses sinais não são sempre claros ou isolados, e muitas vezes surgem de forma **combinada**. A observação atenta e a escuta sensível são fundamentais:



No âmbito
físico

Sinais altamente sugestivos de abuso incluem **lesões em locais incomuns para traumas acidentais**, como equimoses em nádegas, pescoço, lesões orais (ex.: laceração de frênulo), **hematomas com padrão (sugestivos de objetos)**, **hemorragia subconjuntival**, **fraturas múltiplas ou em diferentes estágios de cicatrização**, e **achados neurológicos como hematoma subdural, hemorragia retiniana, convulsões e lesão hipóxico-isquêmica**, especialmente em lactentes e crianças pequenas. A presença desses achados aumenta significativamente a probabilidade de abuso físico e deve sempre motivar investigação detalhada;



No âmbito
comportamental
e emocional

► Crianças e adolescentes vítimas de violência frequentemente apresentam sintomas de **raiva, depressão, ansiedade, labilidade emocional, retraimento social, irritabilidade, distúrbios de conduta, automutilação, ideação suicida, hiperatividade, dificuldade de concentração e queda no rendimento escolar**;

► **Sintomas de estresse pós-traumático, dissociação, distúrbios do sono, alterações alimentares, cefaleia, dor abdominal e fadiga** também são comuns, podendo persistir por semanas ou meses após o evento violento;

► **Em adolescentes, a exposição à violência está associada a reatividade emocional aguda** (ex.: aumento de sintomas de raiva e depressão no mesmo dia da exposição) e **maior risco de envolvimento em comportamentos de risco**, como uso de substâncias.



No âmbito do
desenvolvimento

► A **violência pode impactar negativamente o desenvolvimento** biológico, neurológico e social, levando a puberdade precoce, alterações epigenéticas, distúrbios do sono, dificuldades de engajamento escolar e social, e maior agressividade entre pares;

► **Crianças e adolescentes com deficiência apresentam risco aumentado de sintomas físicos** (cefaleia, dor muscular, fadiga) e **emocionais** (depressão, ansiedade, sofrimento intenso) após episódios de violência, **com maior gravidade e duração dos sintomas**.

Possíveis Sinais Indicativos de Violências

Nem sempre os sintomas são facilmente identificáveis nas várias fases do desenvolvimento. Podem ser potencializadas à medida que a violência persiste e progride e/ou ocorre a ausência de tratamento.

A avaliação, portanto, deve ser sistemática, incluindo exame físico minucioso, entrevista cuidadosa e, quando indicado, exames complementares (ex.: radiografias, tomografia, avaliação oftalmológica). A integração de achados físicos, comportamentais e contextuais é fundamental para a identificação precoce e manejo adequado desses casos.

No quadro a seguir, são apresentadas as alterações comportamentais de crianças e adolescentes em situação de violências, de acordo com a faixa etária. **Os espaços marcados indicam a presença de possíveis sinais de violências.**

**Possíveis alterações comportamentais da criança e do adolescente
em situação de violências**

Possíveis Sinais de Violências	Crianças			Adolescentes
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente	✓	✓	✓	✓
Irritabilidade frequente, sem motivo aparente	✓	✓	✓	✓
Olhar indiferente e apatia	✓	✓	✓	✓
Tristeza constante		✓	✓	✓
Demonstrações de desconforto no colo	✓			
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites		✓	✓	✓
Atraso no desenvolvimento, perdas ou regressão de etapas atingidas	✓	✓	✓	
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	✓	✓		
Distúrbios de alimentação		✓	✓	✓
Enurese e encoprese			✓	✓
Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala		✓	✓	
Distúrbios do sono	✓	✓	✓	✓
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	✓	✓	✓	✓
Aumento da incidência de doenças, injustificáveis por causas orgânicas, especialmente, as de fundo alérgico	✓	✓	✓	✓
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	✓	✓	✓	✓
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola			✓	✓
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade		✓	✓	✓
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações		✓	✓	✓
Pesadelos frequentes, terror noturno		✓	✓	✓
Tiques ou manias		✓	✓	✓
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas			✓	✓
Baixa autoestima e autoconfiança		✓	✓	✓
Automutilação, escarificação, desejo de morte e tentativa de suicídio			✓	✓
Problemas ou déficit de atenção			✓	✓
Sintomas de Hiperatividade		✓	✓	✓
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes			✓	✓
Uso abusivo de drogas			✓	✓

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

6.2 Sinais de Violência Psicológica

Sintomas como **ansiedade, depressão, agressividade, baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, além de dificuldades escolares** estão entre os principais sinais de que uma criança ou adolescente foi vítima de **violência psicológica**.

O abuso emocional e o bullying emocional estão fortemente associados a quadros clínicos de ansiedade e depressão, sendo o bullying emocional o fator que mais contribui para esses desfechos, seguido por abuso emocional e agressão entre irmãos. Abuso emocional por cuidadores alcança taxas mais altas em adolescentes que em crianças menores.

O bullying relacional (exclusão, difamação) é mais prevalente em meninas, enquanto a intimidação física é mais comum em crianças menores de 10 anos.

Nas situações de **bullying e agressão entre pares**, os sinais incluem **isolamento social, queda no rendimento escolar, sintomas psicossomáticos (cefaleia, dor abdominal), além de sintomas emocionais como ansiedade e depressão**.

Os sinais **negligência** incluem **atraso no desenvolvimento, má higiene, desnutrição, ausência de cuidados médicos, roupas inadequadas para o clima e frequente absenteísmo escolar**. A negligência tem taxas cumulativas mais altas em adolescentes.

Crianças que são **testemunhas de violência** presenciam violência doméstica ou comunitária, podem apresentar sintomas de **ansiedade, agressividade, distúrbios do sono e dificuldades de relacionamento interpessoal**.

Em relação à **violência interpessoal** e ao impacto psicológico, há evidências de que **adolescentes apresentam níveis mais elevados de sintomas de estresse pós-traumático (TEPT)** após exposição à violência em comparação com crianças mais novas. No entanto, sintomas de evitação, embotamento e hiperativação ansiosa não diferem significativamente entre as faixas etárias, sugerindo que certos aspectos do trauma são mais sensíveis ao desenvolvimento neuropsicológico.

A exposição à violência em diferentes contextos (doméstico, escolar, comunitário) também apresenta padrões distintos conforme a idade. Em adolescentes, problemas emocionais tendem a se associar mais à vitimização por violência comunitária, enquanto problemas de conduta são mais frequentes em crianças mais novas submetidas a punição física severa e em adolescentes expostos à agressão entre pares. Além disso, há evidências de dessensibilização emocional em crianças mais novas expostas repetidamente à violência, e em adolescentes que testemunham violência comunitária, sugerindo mecanismos adaptativos distintos conforme o estágio do desenvolvimento.

No que diz respeito ao desenvolvimento global, a exposição à violência durante a adolescência precoce (9–14 anos) está associada a alterações comportamentais (sintomas internalizantes e externalizantes), biológicas (aceleração puberal, insônia), neurológicas (alterações estruturais e funcionais cerebrais) e sociais (baixa integração escolar e suporte social), indicando que o impacto da violência se manifesta de forma multifacetada e dependente do estágio maturacional.

Por fim, há evidências de que a idade de exposição à violência influencia o tipo e a gravidade dos sintomas psiquiátricos subsequentes: exposições muito precoces (0–3 anos) estão associadas a maior risco de sintomas externalizantes, enquanto exposições em idades mais avançadas tendem a se associar a sintomas internalizantes, com latência variável para o aparecimento dos sintomas.

6.3 Sinais de Violência Física

Os sinais físicos diretos desse tipo de vitimização incluem **lesões, hematomas, fraturas, queimaduras e marcas incompatíveis com a explicação fornecida ou com o estágio de desenvolvimento da criança**. Em crianças menores de 4 anos este tipo de violência **provoca maior letalidade**, com lesões predominantemente em cabeça e tronco, enquanto em crianças mais velhas e adolescentes as lesões tendem a se localizar mais em membros superiores e inferiores. Meninos tendem a ser mais frequentemente vítimas de agressão física, especialmente com lesão, mas é necessário investigar esse tipo de vitimização em meninas adolescentes, pois apresentam maior prevalência de violência no namoro.

Com especial atenção, no caso de crianças, **é necessário estar sensível para detectar histórias inconsistentes ou conflitantes entre os responsáveis**, ou entre eles e a criança, para explicar a lesão ou trauma. Do mesmo modo, quando a história da lesão é contada de diferentes formas no decorrer do tempo, se faz necessário uma investigação cuidadosa da situação a fim de identificar ou descartar, com segurança, situações de violências sofridas.

O atraso na busca por atendimento no serviço de saúde, deve ser visto como um sinal, no mínimo, de negligência e/ou de tentativa de esconder a violência, ou mesmo, de manter a lesão sem tratamento para potencializar a dor.

SINAIS GERAIS INDICATIVOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

▶ **Lesões informadas como “acidentais” não compatíveis com a idade ou fase de desenvolvimento motor da criança**

Exemplos: fraturas de crânio em crianças com menos de 4 meses, que ainda não tem capacidade de rolar ou se arrastar, com história de queda acidental do trocador ou berço.

▶ **Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado**

Exemplos: fraturas de fêmur em crianças abaixo de 4 anos, referidas como consequências de atos para os quais ela ainda não possui a capacidade de desenvolver. Como por exemplo, a fratura ser justificada em consequência de uma queda de bicicleta, que deveria ser muita alta para provocar a fratura de fêmur.

▶ **Lesões em diferentes estágios de cicatrização ou cura**

Caracterizam traumas sucessivos, como a presença de hematomas em áreas corporais diversas com colorações diferentes, ferimentos em diferentes estágios de cicatrização ou presença de fraturas recentes e antigas).

▶ **Lesões bilaterais ou simétricas**

Indicam pelo menos dois traumas sucessivos ou um planejamento para provocar lesões. Por exemplo, tem-se as lesões binoculares, fraturas bilaterais de crânio. fraturas simétricas de costelas sem a ocorrências de grandes traumatismos, como àqueles causados por acidentes de trânsito.

▶ **Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo**

Exemplo: regiões laterais do tronco, partes internas de braços e coxas, região perineal ou genital, pescoço e axilas.

Fonte: PFEIFFER; BUSTELO, 2024; BRASIL, 2010.

Além do histórico da lesão ou lesões, levantado na anamnese, e dos sinais gerais, há ainda **sinais específicos que caracterizam a violência física**. Estes sinais se encontram no quadro a seguir:

SINAIS ESPECÍFICOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA



Lesões de Pele

São diagnosticadas com maior frequência e possuem características próprias que as diferenciam das lesões não intencionais, tais como:

- Lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que indicam o instrumento agressor (marcas de cinto, fios, mão, cigarro);
- Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, que indicam possíveis amarras;
- Queimaduras por líquidos quentes, cuja a distribuição na pele não respeita a ação da gravidade;
- Queimaduras nas mãos em forma de luvas ou no pés em forma de meias;

Queimaduras em região das nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres.



Fraturas

Se constituem no segundo achado mais comum da violência física. Algumas fraturas indicam fortes suspeitas de lesão intencional. São elas:

- Fraturas próximas às articulações;
- Fraturas em forma de alça de balde: são fraturas metafisárias por arrancamento em ossos longos;
- Fraturas em espiral;
- Fraturas de costelas em crianças abaixo de 2 anos;
- Fraturas de arcos costais posteriores;
- Fraturas bilaterais de clavícula;
- Fraturas de escápula e esterno;
- Fraturas de vértebras, sem história de trauma não intencional de alto impacto;

Fraturas diversas em diferentes estágios de cicatrização e cura.



Lesões cranio- encefálicas

Podem deixar sequelas permanentes no sistema nervoso central. É comum que levem à morte por contusões, lacerações, micro-hemorragias, hematomas e grandes sangramentos.



Síndrome do Bebê Sacudido

Ocorre, especialmente, em crianças abaixo de 2 anos. É causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Este ato, diante da fragilidade da musculatura do pescoço e ao grande volume cerebral, provoca choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado. Por sua vez, estes choques causam micro-hemorragias por rupturas de veias e até hemorragias maciças com rompimento de fibras do tecido nervoso.

O comprometimento grave do sistema nervoso central pode desencadear convulsões ou paralisias, sem sinais infecciosos ou inflamatórios que o justifiquem, hemorragia de retina (presente em apenas 3% dos traumas cranianos consequentes a outros tipos de lesões).



Lesões de Face

- Lesão biocular, especialmente quando não há lesão no nariz, indicando dois momento de trauma;
- Hemorragia do conduto auditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perforadas: este tipo de hemorragia indica barotrauma por socos ou fortes pancadas, com possível fratura do osso esfenóide;
- Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões: podem ocasionar desde lacerações até arrancamentos e fraturas da cartilagem (orelha em couve-flor);
- Lesões dentárias com quebra de dentes e/ou arrancamentos.



Lesões abdominais

São frequentes em crianças que conseguem se manter em pé e/ou já andam, e em adolescentes. Geralmente são causadas por socos e/ou pontapés. Representam importante causa de mortalidade por violência na infância e podem ocasionar:

- Sangramentos e rupturas de vísceras maciças, especialmente, fígado e baço;
- Hemorragia digestiva;
- Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal;

Hemorragia de pâncreas, podendo desencadear a insuficiência do órgão e diabetes

Fonte: adaptado de PFEIFFER; BUSTELO, 2024; BRASIL, 2010.



6.4 Envenenamentos e Intoxicações

Os envenenamentos e as intoxicações exógenas são caracterizados pela imposição ou administração à criança ou ao adolescente de substâncias tóxicas, cáusticas, ácidas ou medicamentosas, na tentativa de controlar, maltratar ou mesmo, de provocar a morte.

Crianças e adolescentes com deficiência ou portadoras de doenças crônicas apresentam alta vulnerabilidade a esse tipo de violência, uma vez que seus responsáveis têm acesso a diversos tipos de medicamentos prescritos pelo médico. Os sinais de envenenamento ou intoxicações exógenas intencionais são apresentados no quadro abaixo:

SINAIS DE ENVENENAMENTOS OU DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS INTENCIONAIS

- 1 Indícios de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, que, em casos de ingestão intencional, não seriam tomados em grande volume pela criança devido ao gosto ruim ou pela dor que provoca;
- 2 Caso agudo ou crônico de origem obscura e sintomas complexos, com comprometimento de vários órgãos ou sistemas, como o sistema nervoso central, dos mecanismos de coagulação, digestivo ou acompanhado de depressão respiratória, sem que possa enquadrá-los em doença conhecida;
- 3 Criança trazida ao serviço de saúde pelos responsáveis com queixa de envenenamento acidental, mas com relato confusa e discordante da história do acidente;
- 4 Demora na busca de atendimento após o envenenamento relatado como “acidental”, sem que os responsáveis demonstrem preocupação com o tempo perdido para o tratamento;
- 5 Criança com sintomas crônicos de “doença desconhecida”, sem diagnóstico, caracterizando a *Síndrome de Munchausen por Procuração*, provocada por envenenamento ou intoxicação crônica;
- 6 Sinais de negligência ou outras formas de violência;
- 7 Crianças que ficam a maior parte do tempo sozinhas com um cuidador, que, para mantê-las quietas, pode oferecer analgésicos, bebidas alcoólicas ou outras substâncias ou drogas.

Fonte: Secretaria da Saúde do Ceará, 2025.

Nos casos de envenenamento e intoxicações, os exames toxicológicos e laboratoriais são necessários para a identificação do agente causal. É preciso investigar sempre a possibilidade de negligência e/ou envenenamento intencional.

6.5 Síndrome de Munchausen por procuração

É uma síndrome causada por envenenamento ou intoxicação crônica, na qual a criança apresenta sintomas de doença desconhecida, sem diagnóstico claro. É caracterizada por:

- Queixas de doença recidivante, de diagnóstico obscuro e que não responde aos tratamentos habituais;
- Discordância entre os achados do exame físico e as queixas dos responsáveis;
- Incoerência entre os sinais e sintomas relatados e os exames laboratoriais;

- Sinais e sintomas comumente percebido pela mesma pessoa, que demonstra preocupação exagerada diante da gravidade dos possíveis sintomas, ou mesmo certo prazer em relatá-los, mesmo que repetidas vezes;
- Limitação das atividades de lazer da criança ou adolescente, com a desculpa de protegê-los do agravamento da “doença”;
- Criança ou adolescente com comportamento conformado e/ou apático diante das investigações e limitações que lhe são impostas, assumindo o papel de doente incurável e em constante risco de vida.

6.6 Negligência e omissão de cuidados

A negligência e a omissão de cuidados é mais comum em crianças, mas também pode acontecer na adolescência. Caracteriza-se pelo desprezo com a segurança e bem-estar da criança ou do adolescente, com a afetividade, com a educação ou mesmo com a identificação de atraso no seu desenvolvimento sem uma causa orgânica aparente. Quando estas características estão presentes, é preciso realizar uma avaliação detalhada da dinâmica e situação familiar.

A recusa dos pais ou responsáveis em aceitar orientações acerca do calendário vacinal e/ou educacionais, sobre tratamentos medicamentosos ou mesmo sobre a prevenção de doenças e/ou acidentes são também sinais de negligência e omissão de cuidados.

Sinais de negligência e omissão de cuidados

1. COMPORTAMENTOS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

- Descaso com a higiene e aspectos pessoais da criança;
- Descuido no acondicionamento, preparo ou oferta dos alimentos à criança;
- Ausência de acompanhamento ou de preocupação com o aprendizado e desempenho escolar;
- Culpabilização da criança, adolescente, ou ainda, da escola quanto às dificuldades de aprendizado;
- Descuido com a segurança da criança e, ocasionalmente, do adolescente e ausência de medidas de prevenção de acidentes;
- Descaso com acompanhamento da saúde da criança e do adolescente a exemplo do seguimento do calendário de vacinação;
- Demora inexplicável na busca pelos serviços de saúde diante de sinais de adoecimento;
- Não seguimento das orientações de profissionais de saúde ou escolha por tratamentos inadequados para crianças e adolescentes;
- Ausência ou acompanhamento irregular de tratamentos medicamentosos, habilitação e reabilitação de crianças e adolescentes com doenças crônicas ou com deficiência;
- Falta de proteção ou defesa contra acidentes /ou violências praticadas por outras pessoas;
- Ausência de preocupação com a segurança dos locais onde crianças e adolescentes são deixados;
- Falta de preocupação na escolha de cuidadores de crianças e adolescentes – terceirização do cuidado.

2. SINAIS DE AUSÊNCIA DE CUIDADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- Doenças infecciosas e parasitárias frequentes;
- Dermatite de fraldas de repetição sem tentativas eficientes de tratamento;
- Lesões de pele frequentes sem a busca de tratamentos eficazes;
- Cáries dentárias, sem procura de tratamento;
- Déficits de crescimento e desenvolvimento sem problemas orgânicos que justifiquem;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor e/ou relacional;
- Desnutrição sem doença básica aparente;
- Obesidade por descuido ou imposição nutricional;
- Uso de roupas inadequadas para a idade, sexo, clima ou condição social;
- Faltas escolares frequentes;
- Dificuldade de aprendizagem, sem dedicação dos responsáveis em identificar causas ou soluções;
- Atraso na escolaridade;
- Problemas de adaptação social.



Crianças e adolescentes internados que não recebem visitas ou que os responsáveis ou familiares não estão presentes no momento da alta também podem indicar situações de negligências ou outras violências.

6.7 Sinais de Violência Sexual

Os sinais de violência sexual podem ser físicos (lesões genitais, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce) ou comportamentais (mudanças abruptas de comportamento, retraimento, medo de determinados adultos, sexualização precoce). A prevalência é maior em meninas, mas meninos também podem ser vítimas, e frequentemente ocorre no ambiente domiciliar, perpetrada por pessoas próximas, como familiares. A suspeita de violência sexual aumenta progressivamente com a idade, atingindo mais de 90% dos casos em adolescentes.

Sinais indiretos de erotização precoce

- Ausência de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal;
- Exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais, pessoais e de outras pessoas;
- Acesso a imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos;
- Estímulo ao desenvolvimento sexual precoce, por meio de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que aguçam a curiosidade sexual, dentre outros.

Sinais indiretos mais comuns de violência sexual em crianças e adolescentes

- Conhecimento sobre atividades sexuais que não condizem com a fase de desenvolvimento, através de fala, gestos ou atitudes;
- Atitudes sexuais incompatíveis com a idade;
- Masturbação frequente e compulsiva, independente do local;
- Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, manipulação do genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do agressor com ela;
- Modificações de comportamento;
- Infecções urinárias de repetição.

Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes

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

Crianças e adolescentes em situação de violência sexual podem, em uma primeira impressão, apresentar queixas vagas que dificultam a sua suspeita e identificação pelo profissional. Algumas alterações comportamentais devem ser observadas:

- Irritabilidade frequente;
- Tristeza constante;
- Agressividade;
- Isolamento social;
- Atraso no desenvolvimento com perdas ou regressão de etapas atingidas;
- Ansiedade ou medo ligado a certas pessoas ou situações;
- Baixa autoestima e autoconfiança;
- Pesadelos constantes.



Destaca-se que todos os sinais e sintomas de qualquer tipo de violência precisam ser observados nos serviços de saúde e em outros espaços do território como a residência, escola, comunidade, entre outros. A identificação das violências se constitui em uma responsabilidade de profissionais e instituições que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos.

7. Escuta de Crianças e Adolescentes em Situação de Violências

7.1 Revelação espontânea

É o relato voluntário pela criança ou adolescente e se constitui em uma das formas de conhecimento da situação de violência vivenciada e precisa de proteção e cuidado integral.

É importante **saber ouvir, acolher sem tentar traduzir, nomear, atribuir novos significados** que possam interferir na compreensão de quem está compartilhando a sua história. **Não interromper, não julgar, não duvidar. Acolher, investigar e agir. Não se recusar a ouvir a criança ou o adolescente.**

A revelação espontânea pode ocorrer dentro ou fora do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (nos serviços de saúde, nas escolas, nos espaços de esporte, cultura, entre outros). Os profissionais que atuam nessas áreas precisam estar preparados para observar e identificar possíveis sinais de violências e acolher adequadamente a criança e adolescente, vítima ou testemunhas de violências.

O registro da revelação espontânea deve ser fiel ao relato das crianças e adolescentes e suas informações são sigilosas e precisam ser protegidas. Este registro deve conter:

- **Data e hora da revelação;**
- **Local onde ocorreu a violência** (ex: escola, residência, comunidade, unidade de saúde, Centro de Referência de Assistência Social – Cras, Centro de Referência Especializada de Assistência Social – Creas, Centro de Atenção Psicossocial – Caps, entre outros);
- **Nome do profissional ou adulto de referência que recebeu o relato;**
- **Descrição fiel do relato com as palavras exatas da criança ou adolescente, sem interpretações;**
- **Providências imediatas tomadas** (ex.: encaminhamento à escuta protegida agendada, acionamento do Conselho Tutelar, Caps e demais equipamentos de proteção);
- **Local de destino/serviço de referência para onde a criança ou adolescente foi encaminhado.**

O referido registro deve fazer parte do prontuário da criança e adolescente em situação de violência, na unidade de saúde. Deve ser protegido, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e com a Lei 13.431/2017, garantindo a segurança das informações. **Apenas os profissionais envolvidos no cuidado e proteção à criança ou adolescentes podem ter acesso ao documento de registro do relato espontâneo.**

7.2 Escuta especializada

A **escuta especializada** é o procedimento realizado pelos órgãos da rede de proteção nos campos da **educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos**, com o objetivo de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para a superação das consequências da violação sofrida, limitado ao estritamente necessário para o cumprimento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados. Deve ter como objetivo: o acolhimento, o cuidado e a proteção, não a produção de prova.

Destina-se à coleta de informações para o acolhimento e o provimento de cuidados de urgência e proteção integral, de modo a assegurar a oportunidade de serem ouvidos em todos os processos decisórios – judiciais ou administrativos – que os afetem.

(Decreto nº 9.603/2018, que regulamentou a Lei nº 13.431/2017, art. 19.)

Os profissionais que farão a escuta especializada não devem indagar sobre as situações de violência ocorridas. Os procedimentos devem incluir:

- Garantia de um ambiente reservado, seguro com privacidade e acolhimento à criança e ao adolescente de acordo com suas necessidades emocionais e cognitivas;
- Utilização de linguagem acessível e respeitosa, sem induzir resposta ou sugerir narrativas;
- Estímulos e convites à narrativa livre, mediante o uso de perguntas abertas, a escuta sem interrupções;
- Registro por escrito das manifestações verbais e comportamentais que, espontânea e voluntariamente, criança ou o(a) adolescente fizerem;
- Evitar procedimentos de vitimização, manter espaço, ambiente acolhedor e amigável que garantam condições de privacidade e proteção;
- Realizar registro fiel e detalhado das falas da criança ou adolescente, sem interpretações pessoais ou julgamentos;
- Cumprir rigorosamente o limite legal da escuta especializada, evitando exceder a função de proteção social;
- Acionar de imediato a rede de proteção (Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas, órgãos de segurança pública, Ministério Público, judiciário) e garantir o fluxo adequado previsto na Lei nº 13.431/2017.

Durante a escuta especializada, deve-se evitar:

- Não transformar a escuta especializada em um interrogatório;
- Não pressionar a criança ou adolescente a fornecer detalhes além do que esteja confortável em compartilhar;
- Não repetir a escuta desnecessariamente, evitando revitimização;
- Não duvidar, desqualificar ou minimizar os relatos;
- Não permitir que pessoas não autorizadas ou envolvidas estejam presentes;
- Não substituir a escuta especializada por atos investigativos formais como interrogatórios, que devem ocorrer em momento próprio (depoimento especial).

Este tipo de escuta é efetuada por um profissional de referência em Unidades de Saúde, Unidades Educacionais, Unidades da Assistência Social e por quaisquer outros órgãos e instituições que possuem o papel de aplicar medidas de proteção, prestar os serviços de atenção e cuidado e, ao mesmo tempo, notificar as situações de violências às autoridades. É importante identificar no seu município de atuação o(s) ponto(s) de referência para a escuta especializada para agendamento e encaminhamento adequados.

7.3 Depoimento especial

O depoimento especial é uma forma de escuta diferenciada destinada a crianças e adolescentes que tenham sido vítimas ou testemunhas de atos violentos, conduzida por um profissional treinado diante de autoridade policial ou judicial.

É o procedimento de escuta da criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência. Os órgãos das instituições de saúde, assistência social, educação, direitos humanos, segurança pública e do sistema de justiça são atores essenciais para a implementação da escuta especializada e do depoimento especial.

O objetivo é obter elementos probatórios ao mesmo tempo em que se assegura a proteção emocional e psicológica do depoente, **evitando sua revitimização** e respeitando suas capacidades cognitivas e emocionais.

Essa forma de escuta acontece em um local adequado, especialmente preparado para esse propósito, garantindo que a criança ou o adolescente fique protegido de qualquer interação com o possível agressor ou com qualquer indivíduo que possa representar ameaça, intimidação ou constrangimento.



8. Cuidado Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em Situação de Violências

A saúde tem um papel fundamental na identificação dos tipos de violência, na articulação entre serviços e no cuidado integral às crianças e adolescentes em situação de violências, por meio de uma rede capaz de atender às diferentes especificidades dos casos.

A rede de saúde, em geral, toma conhecimento de situações de violência contra crianças e adolescentes por meio de:

1 DEMANDAS ESPONTÂNEAS

Notificações realizadas por familiares, vizinhos, colegas da vítima ou por serviços de saúde que identificam sinais de violência ao atender a criança ou adolescente, geralmente em função de problemas de saúde decorrentes da situação vivida.

2 REVELAÇÕES ESPONTÂNEAS

Quando a própria criança ou adolescente relata, por iniciativa própria, situações de violência que tenha vivenciado.

3 IDENTIFICAÇÃO DE INDÍCIOS

Sinais percebidos pelos profissionais durante a escuta, observação clínica ou exame físico, que levantam suspeitas de situações de violência.

4 MEDIDAS DE PROTEÇÃO

Casos em que o Conselho Tutelar ou outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos já adotaram medidas de proteção à criança ou adolescente.

Nos casos de violência atendidos pelos serviços de saúde, serão seguidos os protocolos definidos na Linha de Cuidado, organizados em eixos de ação:

1 – ACOLHIMENTO

Todo indivíduo que procura os serviços de saúde deve passar por um processo de acolhimento, que pode ser realizado por qualquer profissional da equipe.

2 – ATENDIMENTO

Refere-se ao cuidado prestado por uma equipe multiprofissional, que deve trabalhar em conjunto com os serviços locais de saúde e de proteção social. O atendimento envolve a consulta clínica, que inclui anamnese, exame físico e a definição do plano de conduta adequado a cada situação.

3 – NOTIFICAÇÃO

O profissional de saúde responsável deve notificar obrigatoriamente a Vigilância à Saúde e ao Conselho Tutelar sobre qualquer caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes.

4 – ACOMPANHAMENTO NA REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL

O profissional que realiza o atendimento precisa conhecer a Rede de Cuidado e Proteção Social, acionando os serviços necessários para garantir a continuidade do cuidado e da proteção.

Em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, é essencial que todas as informações relacionadas à criança ou adolescente – como relatos do ocorrido, resultados do exame físico e de exames adicionais, sejam registrados com atenção e detalhamento no prontuário.

8.1. Acolhimento

O acolhimento, especialmente de crianças e adolescentes em situação de violência, deve ser sempre uma **recepção humanizada**, caracterizada por **atitudes de respeito, empatia e sensibilidade**, com o **reconhecimento de suas demandas** e com a **promoção da confiança mútua e compromisso** no processo.

Objetiva qualificar a escuta, fortalecer vínculos, ampliar o acesso e promover a resolutividade do cuidado e pode ser realizado por qualquer integrante da equipe, desde que devidamente qualificado.

São essenciais para o acolhimento:

- 1 Utilizar linguagem apropriada, manter postura corporal acolhedora e atentar-se à organização do espaço físico para garantir conforto e segurança;
- 2 Informar de maneira clara e adequada sobre os procedimentos que serão adotados;
- 3 Compreender as expectativas do usuário em relação ao atendimento e verificar se há clareza mútua quanto ao que será realizado;
- 4 Demonstrar atenção, empatia e sensibilidade durante toda a escuta;
- 5 Tratar a criança, o adolescente e a família com respeito, cuidado e dignidade;
- 6 Ouvir com atenção, observar com sensibilidade e acolher o que for dito, sem interromper ou questionar excessivamente, evitando perguntas repetitivas ou invasivas, e dispensando a busca por detalhes desnecessários;
- 7 Realizar uma escuta qualificada, sem julgamentos ou interpretações precipitadas;
- 8 Utilizar recursos como jogos, desenhos, livros, entre outros, para favorecer a interação, quando necessário;
- 9 Respeitar a individualidade e o ritmo de cada criança ou adolescente;

- 10 Evitar qualquer forma de culpabilização da vítima ou de seus familiares;
- 11 Evitar que a criança ou adolescente precise repetir seu relato a diferentes profissionais, gerando revitimização;
- 12 Garantir o sigilo das informações compartilhadas durante o atendimento, mas não fazer promessas que não possam ser cumpridas, como manter sigilo absoluto em casos que exigem encaminhamento.

No contexto da violência, o primeiro contato com o serviço requer, obrigatoriamente, uma conduta ética, com garantia de sigilo, privacidade, confidencialidade e prevenção da revitimização, conforme detalhado a seguir.

1. POSTURA ÉTICA

É fundamental adotar uma abordagem que não culpe a vítima nem justifique o ocorrido. Também é importante evitar a imposição de crenças religiosas ou espirituais para influenciar decisões sobre tratamentos. Caso o profissional tenha objeção de consciência, outro profissional qualificado deve ser chamado para conduzir a situação, como em casos de pedido de interrupção de gestação devido a estupro.

2. PRIVACIDADE

O acolhimento de pessoas em situação de violência deve ocorrer em um ambiente reservado, garantindo que não haja ninguém presente que possa inibir o relato, tendo em vista que muitas crianças e adolescentes podem estar sendo abusadas por aqueles que as acompanham ou são coniventes com a situação. Em alguns casos, pode ser importante realizar a entrevista na presença de um técnico, sem acompanhantes.

3. CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

A Constituição Federal assegura a intimidade e a privacidade como direitos essenciais. Além disso, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) reforça a obrigação de preservar os dados pessoais das vítimas, estabelecendo normas para o uso, armazenamento e compartilhamento dessas informações. Somente profissionais autorizados e diretamente envolvidos no cuidado podem ter acesso a esses dados, sempre com o consentimento informado da vítima para o seu compartilhamento.

4. A LGPD CLASSIFICA OS DADOS DA SEGUINTE FORMA:



Dados pessoais:
qualquer informação que permita identificar uma pessoa, como nome, CPF, endereço, telefone, e-mail ou imagem.



Dados sensíveis:
informações que podem expor a pessoa à discriminação, como origem étnica, religião, opinião política, dados de saúde, vida sexual, genéticos ou biométricos. Esses exigem cuidados ainda mais rigorosos.



Dados anonimizados:
dados que passaram por tratamento técnico para impedir a identificação da pessoa, direta ou indiretamente.

5. PROTEÇÃO DE DADOS E IMAGEM

A Lei nº 8.069/1990 (ECA) garante às crianças e adolescentes o direito ao respeito, o que inclui a proteção da integridade física, psíquica e moral. Isso abrange a preservação da imagem, identidade, crenças, valores e privacidade.

É proibida a divulgação, total ou parcial, sem autorização, de nomes, documentos, fotos ou informações relacionadas a procedimentos policiais, administrativos ou judiciais envolvendo crianças ou adolescentes. A lei também veda o uso de imagens ou ilustrações que permitam sua identificação, direta ou indiretamente, especialmente em casos de atos infracionais. A violação desses direitos é passível de penalização.

6. REVITIMIZAÇÃO

A revitimização ocorre quando a vítima é tratada de forma desrespeitosa, sendo alvo de discriminação, culpabilização, julgamentos ou perguntas humilhantes, muitas vezes baseadas em preconceitos. Esse processo também se dá quando a vítima é obrigada a percorrer diversos serviços de saúde em busca de atendimento, ou quando esse atendimento é feito sem garantir a privacidade, expondo sua dor diante de outras pessoas. Esse tipo de tratamento é conhecido como violência institucional.

A Lei nº 14.231, de 31 de março de 2022, a lei também tipifica a violência institucional, estabelecendo penalidades para práticas que resultem em revitimização.

8.2 Atendimento

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violências deve envolver a identificação/diagnóstico, o tratamento e os cuidados compatíveis com os recursos disponíveis em cada ponto de atenção.

Recomenda-se, sempre que possível, que o atendimento dos casos de violências seja realizado por uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com o intuito de evitar que a vítima precise repetir seu relato diversas vezes, o que pode agravar seu sofrimento.

Cada profissional deve atuar de forma complementar, respeitando os limites e objetivos de sua atuação no processo de cuidado e proteção.

Principais fatores para avaliar a gravidade da suspeita ou confirmação das violências contra crianças e adolescentes

CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO/LESÃO:

O tipo e a extensão de lesões são os primeiros parâmetros a serem observados. Os casos de violência física com sinais de tortura e perversidade são considerados graves, no entanto, há de se considerar que encontrar uma lesão física leve não exclui a possibilidade de lesões anteriores crônicas e nem de coexistência de outras formas de violência. Em situações de violência psicológica e negligência, nem sempre as lesões físicas estarão presentes. Já em casos de violência sexual, o tipo e extensão das lesões são determinantes.



2

ESTADO GERAL DA VÍTIMA:

O estado físico e emocional das crianças e adolescentes são o segundo critério a ser investigado e têm extremo valor na avaliação da duração e intensidade das agressões e suas repercussões, bem como na percepção de sequelas já instaladas.

3

PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIAS:

As características físicas, o perfil psicológico e o comportamento social e familiar, o histórico de violência na infância e adolescência, a perpetração de outras violências, além da percepção da qualidade do seu vínculo com a vítima são primordiais para evidenciar o risco que significa para a criança ou o adolescente, permanecer sob sua dependência ou guarda. Conhecer estas situações e seu contexto desencana e orienta medidas legais de proteção. É importante identificar se o agressor possui vínculo ou convivência com a criança ou adolescente e analisar o risco de revitimização.

4

PERFIL DA VÍTIMA:

O quarto fator a ser avaliado é a família nuclear e expandida – irmãos, avós, tios e outros parentes – que convivem com a criança ou adolescente em situação de violência. A análise da postura dos familiares diante da agressão e do autor de violência, bem como a percepção da dinâmica das relações que mantém com esta criança ou adolescente definem a possibilidade ou não de atuação como protetores a fim de evitar novas agressões e de garantir o tratamento e acompanhamento adequados à vítima.

8.2.1 Consulta Clínica

Envolve a anamnese e o exame físico completos da criança e do adolescente em situação de violências com registro em prontuário.

O que avaliar na anamnese?

- Vida familiar, escolar e social;
- Em adolescentes: informações sobre a sexualidade e atividade laboral;
- Relato da situação de violência sofrida: **caso não haja relato da criança ou adolescente, o profissional não deve perguntar;**
- Só se deve repetir perguntas na anamnese se forem esclarecedoras de dúvidas e essenciais para a conduta clínica.

O que avaliar no exame físico?

O exame físico criterioso e detalhado é de fundamental importância para identificar as violências. A seguir destacamos os **principais pontos a serem abordados no exame físico**:

- Buscar sinais de violência anterior e possíveis sequelas, e não somente investigar sinais e sintomas da situação atual;

- Em crianças com idade superior a 2 anos e, desde que a criança possa informar com confiabilidade traumas anteriores, poderão ser indicadas radiografias específicas das regiões mencionadas como atingidas na agressão;
- Examinar sempre, de forma completa, as regiões genital e anal de meninos e meninas, após a explicação dos procedimentos que serão adotados e os motivos que indicam este exames;
- Avaliação da saúde mental: a avaliação psicossocial efetuada por psicólogos e assistentes sociais é parte essencial da abordagem clínica. Independente da idade é fundamental a avaliação dos profissionais de saúde mental.
- No entanto, mais especialmente, nas crianças menores de 3 anos, o atendimento em saúde mental se faz primordial. Neste grupo etário as crianças tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou violências anteriores, contudo suas experiências podem ser reproduzidas em jogos ou fantasias conduzidas por profissionais desta área.

Solicitação de Exames laboratoriais

Alguns exames de laboratório podem ser necessários para sanar dúvidas

Os **hematomas decorrentes de distúrbios de coagulação sanguínea** podem ser confundidos com hematomas provocados por agressões.

Necessidade de Internação Hospitalar

A internação hospitalar de crianças e adolescentes também pode ser necessária para tratar as condições diretas das violências, a exemplo de traumatismos cranianos ou estupro com lesões graves de genitália ou ânus.

A equipe precisa seguir protocolos e tomar as providências cabíveis (avaliação da situação familiar) para que, no período de alta hospitalar, a criança ou adolescente seja encaminhado para o seu lar ou residência de familiares ou outros serviços, nos quais os profissionais avaliam que estará em segurança.

O que registrar no prontuário?

A história coletada na anamnese, bem como os achados do exame físico devem ser registrados rigorosa e detalhadamente. Deste modo, o prontuário deve conter:

- 1 Dados individuais e familiares;
- 2 Histórico e contexto das agressões;
- 3 Dados do exame físico: atenção a descrição detalhada das lesões encontradas, sua localização, forma e dimensões;
- 4 Uso de medicamentos;
- 5 Solicitação de exames;
- 6 Procedimentos adotados;
- 7 Providências tomadas e encaminhamento;
- 8 Cronologia dos atendimentos;
- 9 Registre as informações com as palavras exatas da criança ou do adolescente e sua família, de preferência em tempos distintos;

10 Deixe claro quando o registro expressar uma fala da criança, do adolescente, da família ou de outra pessoa.

Os procedimentos realizados no atendimento de crianças e adolescentes na rede de saúde são definidos com base tanto na maneira como a situação foi identificada quanto no tipo de violência envolvida – seja física, psicológica ou sexual.

A **conduta** a ser tomada **é sempre singularizada** e deve considerar:

- a idade da criança e do adolescente;
- a situação familiar;
- a proximidade do autor da agressão;
- a existência da rede de apoio;
- o tipo de violência suspeito ou confirmado;
- as informações disponíveis na rede de cuidado e de proteção, inclusive o risco de morte e revitimização.

Para fins de processo legal, diante da existência de marcas da violência física e outras violências, especialmente, em caso de violência sexual, é fundamental que os pais façam o Boletim de Ocorrência (BO) em Delegacia. No caso da ausência dos pais ou se esses forem os suspeitos da agressão, o Conselho Tutelar local assume essa responsabilidade.

Após formalização do BO a criança ou adolescente, deverá ser encaminhado para o ponto de referência no qual ocorrerá a escuta especializada, caso esta ainda não tenha sido realizada. Esta ação fortalece a continuidade da proteção e do cuidado, a exemplo de orientação jurídica e outras medidas de cuidado. Nos casos em que houver risco de retorno ao ambiente no qual ocorreu a violência, o profissional de saúde ou Conselho Tutelar devem garantir a articulação com o Sistema de Garantia de Direitos.

8.2.2 Especificidades do atendimento em casos de Violência Sexual contra criança e adolescentes


A **Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013**, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Visa garantir os direitos das vítimas e estabelecer a necessidade de um atendimento adequado e humanizado, com o intuito de evitar a revitimização e assegurar o acesso a direitos, como o aborto legal previsto no Código Penal, sem julgamentos ou constrangimentos.

A lei também determina que os hospitais devem fornecer atendimento emergencial, integral e multidisciplinar visando ao controle e tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência sexual e encaminhamento, se for o caso, ao Sistema de Garantia de Direitos.

Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, conforme previsto em lei, compreende os seguintes serviços:

- I Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II Amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III Facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV Profilaxia da gravidez;
- V Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's);
- VI Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- VII Fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

 ***Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.**

A **Lei 12.845/2013** estabelece que os serviços previstos devem ser prestados de forma gratuita a todas as vítimas que necessitarem. Além disso, durante o tratamento das lesões causadas pela violência sexual, cabe ao médico preservar materiais que possam ser utilizados em exames médicos legais.

Além disso, é importante observar possíveis alterações na rotina da paciente e, em situações de violência sexual, investigar o uso de preservativo pelo agressor, o tipo de agressão, o meio utilizado e, se for o caso, o uso de contraceptivos pela vítima. Todas essas informações preliminares devem ser registradas no prontuário, evitando que a vítima precise repetir seu relato diversas vezes.

Destaca-se que em casos de crianças em situação de violência sexual, o diálogo deve ocorrer com adulto de referência e não diretamente com a criança.

Os profissionais de saúde devem, ainda, elaborar um **Projeto Terapêutico Singular**, que inclui os encaminhamentos necessários, permitindo o controle contínuo do caso pela unidade de saúde.

O Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia de saúde mental, especialmente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que busca a participação ativa do usuário e de sua família na construção de um plano de tratamento individualizado e colaborativo.

A equipe de acolhimento deve informar à vítima ou a seu responsável legal sobre a possibilidade de registrar um Boletim de Ocorrência (BO) em uma delegacia e de realizar a perícia médico-legal, a fim de garantir que a infração seja investigada e que o agressor seja responsabilizado criminalmente.



ATENÇÃO - Toda suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar.

As crianças apresentam maior vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. Portanto, o diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual, e essa violência pode ser relatada por meio de uma história, portanto é importante reconhecer que as crianças são vítimas frequentemente de diversas formas de abuso sexual, e que podem não envolver penetração vaginal, anal ou oral, mas podem causar sérios danos. Esses tipos de abuso não expõem a criança ao contato com o agressor.

Em muitos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, muitas vezes, ao longo do tempo, pelo mesmo agressor. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais, sintomas e ofereçam o suporte necessário às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, tais como: cuidados médicos, apoio psicológico e encaminhamentos necessários para serviços de proteção.

A ludoterapia é recomendada para o atendimento de crianças, e é importante envolver a família no processo para que possa contribuir com o tratamento do paciente. Durante a consulta, deve-se observar atentamente o relato e a postura dos responsáveis. A família deve ser orientada a evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição pode causar revitimização. Quanto ao diálogo acerca da violência sofrida pela criança, este deve ser realizado com o adulto de referência, de preferência, na ausência da criança. Esta conversa não deve ser feita diretamente com a criança.

8.2.3 Profilaxia e Tratamento em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

Realização de Testes Rápidos em situação de violência sexual

Em situações de violência sexual, a utilização de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) — como HIV, sífilis e hepatites virais — é uma estratégia fundamental para o diagnóstico precoce e a implementação imediata de medidas preventivas.

Esses testes são realizados com uma pequena amostra de sangue, geralmente obtida da ponta do dedo, e fornecem resultados em cerca de 30 minutos, o que possibilita a rápida definição de condutas clínicas. A agilidade no diagnóstico é especialmente importante para iniciar prontamente a profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV e outras intervenções necessárias.

O rastreamento das ISTs deve seguir um protocolo estruturado, sendo preferencialmente feito por meio de testes rápidos em diferentes momentos após a exposição, garantindo um acompanhamento eficaz e a detecção de possíveis infecções mesmo após o período de janela imunológica, conforme segue:

HIV	O rastreamento deve ser feito com testes rápidos no momento do atendimento inicial, seguido de uma nova testagem entre 4 a 6 semanas após a exposição e uma última, três meses após o evento, para confirmação do status sorológico.
Sífilis	A testagem deve ocorrer no atendimento inicial e ser repetida entre 4 a 6 semanas após a exposição, visando o diagnóstico e tratamento precoce.

Hepatite B	O rastreamento deve ser feito no atendimento inicial, com novas testagens determinadas conforme a profilaxia pós-exposição adotada, especialmente nos casos em que a imunização precisa ser iniciada ou completada.
Hepatite C	A avaliação sorológica deve ocorrer no momento do atendimento, com reavaliações programadas entre 4 a 6 semanas e novamente entre 4 a 6 meses após a exposição, considerando o período de janela imunológica do vírus.

Prevenção da Gravidez em situação de violência sexual

A anticoncepção de emergência é indicada para todas as adolescentes que já tenham iniciado a puberdade, sempre que houver violência sexual com contato confirmado ou suspeito com sêmen, independentemente da fase do ciclo menstrual.

A única exceção à necessidade de anticoncepção de emergência ocorre quando a vítima relata uso prévio de métodos contraceptivos de alta eficácia, a exemplo do contraceptivo hormonal. No entanto, mesmo nesses casos, é essencial avaliar o estado emocional e cognitivo da criança ou adolescente no momento do atendimento, considerando os efeitos do trauma, que podem comprometer sua capacidade de lembrar corretamente o uso do método contraceptivo.

A contracepção de emergência deve ser administrada o mais cedo possível após a violência sexual, preferencialmente nas primeiras horas. Embora sua eficácia seja maior quando utilizada nas primeiras 72 horas (3 dias), ainda pode prevenir a gravidez se for usada dentro de até 120 horas (5 dias) após o estupro. A rapidez na administração é fundamental para aumentar as chances de sucesso do método e oferecer à vítima uma resposta imediata diante da situação de risco.

Vale ressaltar que a indisponibilidade ou demora no teste de gravidez não deve postergar a prescrição da anticoncepção de emergência.

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE GRAVIDEZ E POSOLOGIA DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA		
Exame	1º atendimento	4 - 6 semanas após
Teste de gravidez	Sim	Sim , se primeiro negativo ou não realizado
Medicamento	Levonorgestrel 0.75mg	
Posologia	02 comprimidos de 0.75mg em dose única ou 01 comprimido de 0.75mg a cada 12 horas (2 doses)	
Mecanismo de ação	Espessamento do muco cervical e retardo da ovulação, (não é um método abortivo)	
Efeitos adversos	Náuseas, vômitos, cefaléia, mastalgia, vertigem	

Fonte: Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis em situação de violência sexual

As crianças são mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. Quando uma IST é diagnosticada em uma criança, isso pode ser o primeiro indicativo de abuso sexual, o que torna essencial uma investigação detalhada e cuidadosa para garantir a proteção e o apoio adequado. O diagnóstico precoce e a intervenção médica são fundamentais para o manejo clínico da criança e adolescente para a busca de justiça.

A profilaxia das ISTs após violência sexual deve ser considerada mesmo na ausência de lesões visíveis, já que o risco de transmissão pode existir independentemente da presença de traumas evidentes. O protocolo de atendimento inclui a prevenção das ISTs mais prevalentes e com maior relevância clínica, sendo indicada em casos onde há exposição com potencial de contaminação.

Para avaliar o risco de infecção, é necessário considerar diversos fatores, como o tipo de material biológico envolvido, a natureza da prática sexual sofrida (como penetração anal, oral ou vaginal), o número de agressores, o tempo de exposição (incluindo situações como cárcere privado, sequestro ou abuso crônico), além da condição do hímen (íntegro ou com ruptura, recente ou cicatrizada).

Outros aspectos importantes incluem a presença de traumatismos genitais, a idade da criança ou adolescente, sua suscetibilidade individual, lesões prévias em mucosas e o histórico de ISTs. Esses elementos orientam a conduta médica na escolha e administração das medidas profiláticas adequadas.

Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais em situação de violência sexual

A profilaxia das ISTs não virais está indicada sempre que houver risco de exposição, independentemente da gravidade das lesões físicas ou da idade da pessoa. Infecções como gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase e cancroíde podem ser prevenidas com o uso de medicamentos eficazes e amplamente reconhecidos.

A solicitação de exames para detecção de IST's e a prescrição de profilaxias, é indicada nos seguintes casos:

- criança que sofreu **penetração** ou tem evidências de lesão penetrante recente ou curada nos órgãos genitais, ânus ou orofaringe;
- criança abusada por um agressor **desconhecido**;
- criança abusada por um agressor conhecido de **alto risco de IST's** (por exemplo, usuário de drogas intravenosas, HSH, pessoas com múltiplos parceiros sexuais e histórico de IST's);
- criança que possuem familiares com uma IST;
- criança que apresenta **sinais/sintomas** de ISTs (por exemplo, corrimento vaginal ou dor, prurido ou odor genital, sintomas urinários e lesões ou úlceras genitais);
- criança **incapaz de verbalizar detalhes** da agressão.

O esquema de escolha para a profilaxia das IST's não virais em crianças segue o mesmo protocolo utilizado para mulheres adultas, que inclui a combinação de penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Importante destacar também que a profilaxia para ISTs não virais também está indicada durante a gravidez, independentemente da idade gestacional, garantindo a proteção tanto para a gestante quanto para o feto. A administração dessas medidas preventivas visa minimizar os riscos de infecções e complicações associadas à violência sexual durante a gestação.

O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das ISTs não virais em vítimas de violência sexual está detalhado no quadro a seguir.

PROFILAXIA DE INFECÇÕES NÃO VIRAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS				
Infecção	Medicamento	Apresentação	Crianças e Adolescentes < 45kg	Adultos e Adolescentes > 45kg
Sífilis primária ou profilaxia para sífilis	Penicilina G Benzatina	FA 600.000 UI, FA 1.200.000 UI	50.000 UI/kg dose única (Máx: 2.400.000 UI)	1.200.000 UI em cada nádega dose única
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg	125 mg dose única	500 mg dose única
Clamídia	Azitromicina	Sol. Oral 40 mg/mL	20 mg/kg dose única (Máx: 1g)	1 g dose única
		500 mg/cp		
Tricomoníase	Metronidazol	Sol. Oral 40 mg/mL	15 mg/kg/dia 8/8 horas por 7 dias (Máx: 2g)	2 g dose única

Legenda: FA = Frasco ampola.

Fonte: Adaptado de DIAHV/SVS/MS.

Vale ressaltar que, devido ao baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e aos potenciais efeitos adversos e interações medicamentosas significativas do metronidazol, a administração profilática deste medicamento deve ser adiada caso a vítima esteja utilizando contracepção de urgência ou antirretrovirais.

Profilaxia da Hepatite B em situação de violência sexual

Caso a vítima de violência sexual não tenha sido vacinada contra a hepatite B ou tenha o esquema vacinal incompleto, é fundamental iniciar ou completar a imunização.

A administração conjunta da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e da vacina contra hepatite B (HB) é recomendada como profilaxia para pessoas suscetíveis, em situação de exposição por violência sexual a pessoas que sabidamente ou potencialmente tenham o vírus da hepatite B ou pertencentes a grupos com alto risco de infecção, como usuários de drogas.

Essa medida deve ser tomada o mais rapidamente possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas após a exposição, podendo ser realizada em até 14 dias, desde que em locais anatômicos diferentes. Essa abordagem visa oferecer proteção eficaz e imediata contra o vírus.

CONDUTA DE ACORDO COM O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B		
Teste rápido para hepatite B		Conduta
Reagente	Infecção prévia	Colher painel sorológico para hepatite B
Não reagente	Ausência de infecção atual	Se vacinação completa: imunoglobulina
		Se vacinação incompleta: imunoglobulina + completar esquema vacinal
		Se sem registro de vacina ou dúvidas quanto ao status vacinal: imunoglobulina + vacina

POSOLOGIAS DA PROFILAXIA CONTRA HEPATITE B		
Vacina anti-hepatite B		
Posologia	Esquema	Janela de oportunidade
1 dose IM profundo em deltóide	0, 1 e 6 meses após a exposição de risco	Aplicar idealmente até 24h após a exposição

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B		
Posologia	Esquema	Janela de oportunidade
0,06 mL/kg ¹ IM em glúteo	dose única	Aplicar idealmente até 48h após a exposição, podendo se estender até 14 dias ²

Fonte: CGPNI/SVS/MS, 2006.

Obs¹.: Se dose de IGHAHB ultrapassar 5mL, fracionar aplicação em dois locais diferentes.

Obs².: Para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até 7 dias.

Com relação à hepatite C, a transmissão sexual do vírus da hepatite C (HCV) é considerada menos comum do que a transmissão do vírus da hepatite B (HBV). No entanto, ela pode ocorrer, especialmente em situações de maior risco, como em casos com múltiplos agressores e que mantêm relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem o uso de preservativos. Nesses casos, a exposição ao HCV por via sexual, embora menos frequente, não pode ser descartada, sendo importante a avaliação individual do risco e a realização de testes sorológicos quando necessário.

Quadro 9 – Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for reagente para Hepatite C.

SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE FOR REAGENTE PARA HEPATITE C			
Exames	1º Atendimento	Seguimento da pessoa exposta quando a fonte for reagente para Hepatite C	
		4 a 6 semanas após a exposição	4 a 6 meses após a exposição
Anti-HCV	x ¹	x ²	x ²
CV-HCV	–	x ²	x ²
TGO, TGP	x	Considerar	x

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Legenda: CV-HCV = Carga Viral do vírus da Hepatite C.

Obs¹.: Anti-HCV reagente no 1º atendimento de pessoa previamente exposta; portanto, teve contato com o HCV antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico;

Obs².: A soroconversão do anti-HCV e/ou detectabilidade do HCV-RNA após a primeira consulta do indivíduo exposto indica infecção aguda pelo HCV, devendo o paciente ser encaminhado para tratamento da infecção e acompanhamento clínico.

Profilaxia da Infecção pelo HIV em situação de violência sexual

Os fatores de risco para a contaminação pelo HIV em situações de violência sexual envolvem diversos aspectos, além das condições gerais já associadas às ISTs não virais. Entre esses fatores, destacam-se a carga viral do agressor, que pode influenciar na probabilidade de transmissão, e o início precoce da profilaxia com antirretrovirais (ARV), quando indicada. Também são relevantes as condições de saúde da criança ou adolescente, a presença de outras ISTs e a sua idade. Esses fatores combinados exigem uma avaliação cuidadosa e imediata para garantir a proteção da vítima e a eficácia das intervenções preventivas.

Em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, é fundamental fornecer informações claras sobre os fatores de risco para transmissão do HIV para avaliar a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). O risco de transmissão é considerado alto em situações como penetração vaginal, anal ou oral, ou quando a pessoa é exposta a fluidos corporais potencialmente infectados, como sangue, saliva com sangue, secreções genitais ou fluidos retais, especialmente, se houver feridas ou lacerações em membranas mucosas.

Caso a PEP seja recomendada, ela deve ser administrada o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras 72 horas após o incidente, mesmo que o status sorológico do agressor seja desconhecido. Se os medicamentos não estiverem disponíveis no local, é essencial garantir o transporte adequado e encaminhamento para os serviços de referência especializados em atenção integral, onde a profilaxia poderá ser iniciada de forma imediata.

Quadro 10 – Esquemas de antirretrovirais preferenciais para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco em infecção pelo HIV.

ESQUEMAS DE ANTIRRETROVIRAIS PREFERENCIAIS PARA PROFILAXIA EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO EM INFECÇÃO PELO HIV		
Faixa etária	Esquema preferencial	Esquemas alternativos
0 – 1 mês	AZT + 3TC + RAL(1)	Impossibilidade do uso de RAL: NVP
1 mês – 6 anos	AZT + 3TC + DTG 5mg dispersível 2	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/r
> 6 anos	< 35kg: AZT + 3TC + DTG 50mg comprimido(3)	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r
Gestante Independente da idade gestacional	TDF(4)/3TC + DTG 50mg comprimido(3)	
Duração da PEP: 28 dias		

Fonte: Adaptado de DIAHV/SVS/MS.

Legenda: AZT = Zidovudina; 3TC = Lamivudina; RAL = Raltegravir; LPV/r = Lopinavir/ritonavir; NVP = Nevirapina; TDF = Tenofovir; DTG = Dolutegravir; DRV/r = Darunavir/ritonavir.

Obs.1: DOLUTEGRAVIR: Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, aumentar dose do Dolutegravir (DTG) para 1 comprimido de 12/12h. O DTG não está recomendado em pessoas que façam dofetilida, pilscaínida e oxcarbazepina. Nesses casos, o DRV/r é a medicação alternativa;

Obs.2: Raltegravir: Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e peso maior ou igual a 2kg;

Obs.3: Dolutegravir 5 mg dispersível: a partir do 2o mês de vida e peso maior ou igual a 3 kg;

Obs.4: Dolutegravir 50 mg comprimido: acima de 6 anos e peso igual ou maior que 20 kg;

Obs.5: Tenofovir: peso corporal a partir de 35 kg.

SEGUIMENTO LABORATORIAL DA PEP				
	1º Atendimento	Para a investigação de efeitos adversos	4ª semana após início da PEP	12ª semana após início da PEP
Creatinina ^(b)	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	✓		
ALT, AST		✓		
Amilase		✓		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com diabetes mellitos	✓		
Hemograma ^(c)	Quando indicação de PEP com zidovudina (AZT)	✓		
Teste de HIV ^(d)	✓		✓	✓

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legendas: ALT= alanina aminotransferase;
AST= aspartato aminotransferase.

(a) Antes do início da PEP;

(b) Para cálculo da depuração de creatinina;

(c) Para pessoas com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP;

A adesão ao uso correto dos medicamentos é essencial para garantir a eficácia da profilaxia. Os esquemas atuais apresentam baixa toxicidade e menos efeitos adversos que, em geral, são leves e autolimitados. É importante orientar familiares e/ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes sobre a presença de sintomas gastrointestinais, cefaleia e fadiga, e reforçar que a profilaxia não deve ser interrompida devido a esses efeitos. Tais sintomas colaterais podem ser tratados com medicamentos sintomáticos. Em caso de intolerância medicamentosa, a pessoa exposta deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico.

Todas as pessoas que foram potencialmente expostas ao HIV, como já dito anteriormente, devem ser orientadas sobre a necessidade de realizar novas testagens 4 a 6 semanas e 12 semanas após a exposição, mesmo após a conclusão da profilaxia, para garantir que não houve infecção.

POSOLOGIAS DE ANTIRRETROVIRAIS PREFERENCIAIS PARA PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO EM INFECÇÃO PELO HIV NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA			
Droga	Apresentação	Faixa etária	Posologia
AZT Zidovudina	10 mg/mL AZT/3TC 300 + 150mg/cp	≤ 28 dias de vida	Nascimento < 30 semanas: 2mg/kg/dose 12/12h Nascimento 30 a 35 semanas: 2mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e depois 3mg/kg/dose 12/12h a partir do 15º dia Nascimento ≥ 35 de semanas (até 4kg): 4mg/kg/dose 12/12h
		> 28 dias de vida	4kg – 9kg: 12mg/kg/dose 12/12h 9kg – 30kg: 9mg/kg/dose 12/12h > 30kg: 300mg 12/12h
3TC Lamivudina	10 mg/mL AZT/3TC 300 + 150mg/cp	≤ 30 dias de vida	Nascimento ≥ 34 semanas: 2 mg/kg 12/12h
		> 30 dias a 12 anos	4 mg/kg, 12/12h (Máx: 300mg/dia)
		≥ 12 anos	150mg 12/12h

RAL Raltegravir	100 mg granulado(a)	< 28 dias de vida	1ª semana de vida: 1,5mg/kg/dose 24/24h A partir da 2ª a 4ª semana: 3mg/kg/dose 12/12h
TDF/3TC Tenofovir + Lamivudina	300+300 mg/cp(b)	≥ 6 anos e ≥ 35kg	1 comprimido 24/24h
DTG(c) Dolutegravir Se uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital: 50mg 12/12h	5mg comprimido dispersível	≥ 1 mês e ≥ 3kg	3 a 6 kg: 1 comprimido em 5ml de água 24/24h 6 a 10 kg: 3 comprimidos em 5ml de água 24/24h 10 a 14 kg: 4 comprimidos em 10ml de água 24/24h 14 a 20 kg: 5 comprimidos em 10ml de água 24/24h
	50 mg/cp	≥ 6 anos e ≥ 20kg	50mg 24/24h
LVP/r Lopinavir-ritonavir	80 mg/mL	≥ 14 dias a < 1 ano	300 mg/m2/dose 12/12h
		≥ 1 anos	230 mg/m2/dose 12/12h
DRV Darunavir	75 mg/cp 150 mg/cp 600 mg/cp 800 mg/cp	≥ 3 anos e ≥ 15kg	15 kg até 30 kg: 375 mg de darunavir + 50 mg de ritonavir 12/12h com alimento 30 kg até 40 kg: 450 mg de darunavir + 60 mg de ritonavir 12/12h com alimentos
RTV Ritonavir	100 mg pó para suspensão oral		A partir de 40 kg: 600 mg de darunavir + 100 mg de ritonavir 12/12h com alimentos

Fonte: Adaptado de DIAHV/SVS/MS.

Obs.: (a) Oral 100mg granulado para suspensão oral (sachê): O envelope contendo 100mg deverá ser misturado com 10mL de água (concentração final 10mg/mL) antes de sua utilização e administrado durante os primeiros 30 minutos após a mistura. O volume residual deverá ser descartado;

Obs.: (b) Pode ser esmagado e diluído em água ou suco;

Obs.: (c) O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida, pilsicainida e oxcarbazepina.

Profilaxia contra HPV em situação de violência sexual

A inclusão de pessoas vítimas de violência sexual, na faixa etária de 9 a 45 anos, como grupo prioritário para a vacinação contra o HPV é uma medida importante, especialmente para aquelas que ainda não foram vacinadas.

Crianças e adolescentes que já completaram o esquema vacinal não precisarão de doses adicionais. No entanto, aquelas que possuem o esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar a imunização.

A vacinação contra o HPV segue a seguinte recomendação:

- Crianças e adolescentes de 9 a 14 anos: dose única;
- Crianças e adolescentes que sofreram de abuso sexual de 9 a 14 anos: 2 doses, sendo a primeira e a segunda com intervalos de 6 meses;
- Adolescentes e adultos em situação de abuso sexual de 15 a 45 anos: 3 doses, sendo a primeira e a segunda com intervalo de 2 meses, e a terceira dose 6 meses após a primeira.
- Pessoas imunodeprimidas (vivendo com HIV/Aids, transplantados e pacientes oncológicos): 3 doses, sendo a primeira e a segunda com intervalo de 2 meses, e a terceira dose 6 meses após a primeira;

- Pessoas portadoras de Papilomatose Respiratória Aguda/PRR a partir de 02 anos de idade: 3 doses, sendo a primeira e a segunda com intervalo de 2 meses, e a terceira dose 6 meses após a primeira.;
- Usuários de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) de 15 a 45 anos: 3 doses, sendo a primeira e a segunda com intervalo de 2 meses, e a terceira dose 6 meses após a primeira.

A vacinação será realizada nos pontos de atenção à saúde do SUS que oferecem suporte às vítimas de violência sexual, garantindo acesso facilitado a esse importante recurso preventivo. Esses esquemas visam garantir a máxima eficácia da vacina, prevenindo infecções causadas pelo HPV e suas possíveis complicações.

Profilaxia contra Tétano em situação de violência sexual

Embora as crianças e adolescentes em situação de violência sexual possam sofrer uma ampla gama de danos físicos, é essencial considerar, no caso de traumatismos, a necessidade de profilaxia contra o tétano. Isso inclui a avaliação do status vacinal da pessoa afetada. Para aquelas que sofreram mordeduras, lesões ou cortes, é fundamental realizar uma avaliação detalhada para determinar a necessidade de imunização contra o tétano, de acordo com o quadro de risco, considerando fatores como a gravidade da lesão e o histórico de vacinação.

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE IMUNIZAÇÃO PARA TÉTANO				
História de vacinação contra tétano	Ferimento com risco mínimo ^(a)		Ferimento com alto risco ^(b)	
Incerta ou menos de 3 doses	Vacina	SAT ou IGHAT(c)	Vacina	SAT ou IGHAT(c)
Incerta ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Não
3 doses ou mais (última dose há menos de 5 anos)	Não	Não	Não	Não
3 doses ou mais (última dose entre 5 a 10 anos)	Não	Não	Não	Não
(última 3 doses ou mais 10 anos) dose há mais de	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Adaptado de DIAHV/SVS/MS.

Obs.: (a) Oral 100mg granulado para suspensão oral (sachê): O envelope contendo 100mg deverá ser misturado com 10mL de água (concentração final 10mg/mL) antes de sua utilização e administrado durante os primeiros 30 minutos após a mistura. O volume residual deverá ser descartado;

Obs.: (b) Pode ser esmagado e diluído em água ou suco;

Obs.: (c) O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida, pilsicainida e oxcarbazepina.

Exames de Seguimento

Crianças e adolescentes que passaram por violência sexual devem ser acompanhadas em ambulatório para avaliar a adesão às profilaxias e o tratamento das ISTs. Os retornos periódicos são recomendados em intervalos de **7-10 dias, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após o ocorrido**, com a realização de testes rápidos ou sorológicos para a detecção de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. Além dos exames laboratoriais, também deve ser feita a avaliação de sintomas sugestivos de ISTs, como corrimentos e úlceras anogenitais.

Seis semanas após o episódio de violência, deverão ser realizados os seguintes exames, conforme o quadro abaixo:

EXAMES LABORATORIAIS DE SEGUIMENTO APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL

TR HIV (ou sorologia)	TR Hep. B (ou HBsAg)	TR Hep. C (ou anti-HCV)	TR sífilis (ou VDRL)	Glicemia de jejum
Hemograma	TGO/TGP	Creatinina	Ureia	Amilase

Legenda: TR = Teste rápido.

Quando houver suspeita ou confirmação de Infecção Sexualmente Transmissível em crianças e adolescentes em situação de violência sexual, a equipe ou profissional de saúde deve orientar o Conselho Tutelar e/ou o Sistema de Garantias de Direitos acerca das medidas cabíveis, com base na legislação e nos princípios éticos, a fim de evitar práticas que exponham a vítima ou realizem testagem indevida de terceiros, sem o devido processo legal.

8.2.4 Gestação decorrente de violência sexual

Em casos de gravidez resultante de violência sexual, a depender da sua fase desenvolvimento, adolescentes devem receber informações completas e claras sobre seus direitos e as opções legais disponíveis, incluindo a possibilidade de interromper a gestação ou iniciar o acompanhamento pré-natal. Essas alternativas devem ser apresentadas de forma imparcial, para que ela possa tomar uma decisão fundamentada. Os pais ou responsáveis devem também ser informados. As opções disponíveis são:



Manter a gestação e criar vínculo com a família;



Manter a gestação e optar pela entrega para adoção;



Realizar a interrupção da gestação, conforme previsto na legislação.

Manutenção da gestação

Dentre os aspectos a serem valorizados e considerados na decisão de manter a gestação está o desejo manifesto da adolescente em situação de violência sexual.

Se uma gestante adolescente com **idade superior a 14 anos** não consentir com o abortamento, o ato não deve ser realizado. No entanto, em situações conflitantes em que adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não concorda, **o direito da adolescente deve prevalecer**.

Os serviços de saúde e seus profissionais devem orientar a família e a adolescente sobre esse direito.

Nos casos em que o impasse entre a adolescente e família persiste, deverão ser encaminhados ao Ministério Público que promover  a medida judicial cabível.

Quando a adolescente decide prosseguir com a gestação, ela pode optar por assumir os

cuidados com a criança ou recorrer aos procedimentos legais de entrega para adoção. Essa decisão pode ser tomada em qualquer momento do processo de cuidado, inclusive após o nascimento. Nos casos em que se escolha a doação, os serviços de saúde devem atuar em parceria com as autoridades competentes para assegurar que o processo ocorra de forma adequada e segura.

Caso opte por permanecer com o bebê, é fundamental garantir um acompanhamento multiprofissional contínuo, desde a gestação até, no mínimo, seis meses após o parto. Esse suporte visa promover uma vinculação afetiva saudável com o recém-nascido, prevenindo situações que possam representar risco ao bebê, especialmente, considerando sua origem em um contexto de violência.

O acompanhamento deve contemplar a realização do pré-natal de alto risco nas Unidades de Referência, a realização de exames como a pesquisa de HPV e ações de planejamento reprodutivo. Nos casos em que houver diagnóstico de infecção por HIV ou hepatites virais, a paciente deve ser encaminhada para os serviços especializados, a fim de garantir o acompanhamento e tratamento adequados. A Equipe de Saúde da Família (ESF) também é corresponsável pelo seguimento, sendo fundamental a comunicação com a equipe do pré-natal de alto risco. O suporte psicológico é imprescindível e deve ser assegurado por, no mínimo, seis meses, preferencialmente com uma abordagem breve focal. Ademais, é essencial manter o acompanhamento social durante todo o processo, abrangendo o suporte a demandas jurídicas, policiais, sociais e possíveis encaminhamentos para adoção.

Interrupção da Gestação Prevista em Lei

De acordo com o Código Penal e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, o aborto é permitido em três situações:

- 1 Gravidez resultante de estupro, incluindo estupro de vulnerável (menores de 14 anos);**
- 2 Quando há risco de vida para a gestante, não necessariamente iminente, mas relacionado condições de saúde pré-existent;**

3 Em casos de anencefalia fetal.

O crime de estupro de vulnerável consiste em “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”, sendo irrelevante o consentimento da vítima, sua experiência sexual prévia ou eventual relacionamento com o agressor, conforme determina a Súmula 593 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), publicada em 2017.

É importante ressaltar que a realização do aborto nas situações previstas em lei não depende de autorização judicial, nem da apresentação de Boletim de Ocorrência. As instituições devem orientar e informar os profissionais de saúde, além de divulgar em seus canais oficiais os procedimentos para a realização do aborto e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. É inaceitável o descumprimento da legislação e a imposição de barreiras burocráticas, exigências ilegais ou outras restrições que dificultem o acesso de crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual ao direito legal à interrupção da gravidez.



ATENÇÃO – As vítimas de violência sexual não são obrigadas a registrar ou apresentar Boletim de Ocorrência, nem a solicitar autorização judicial para realizar a interrupção da gravidez no âmbito do SUS.

Autorização para crianças e adolescentes menor de 18 anos em casos de interrupção legal de gravidez

Conforme o artigo 23 da Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, para crianças e adolescentes, o Boletim de Ocorrência ou autorização judicial **não são obrigatórios** para a realização do procedimento de interrupção da gravidez previsto no Código Penal.

- A autorização de um dos pais ou responsável é necessária, exceto em casos de urgência, como risco iminente de vida.
- Se a adolescente desejar continuar a gravidez e os pais ou responsáveis discordarem, buscando a interrupção, o serviço deve respeitar o direito de escolha da adolescente, não realizando encaminhamentos ou procedimentos contrários à sua vontade. Nesses casos, deve ser oferecido acompanhamento psicossocial para a adolescente e a família.
- Caso haja conflito entre a adolescente, que deseja interromper a gravidez, e a família, que se opõe, e essa última não esteja envolvida na violência sexual, o impasse deve ser solucionado judicialmente, por meio da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, que atuarão conforme o devido processo legal.

Negligência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência sexual

A negligência pode ocorrer quando crianças ou adolescentes em situação de violência sexual não recebem os cuidados adequados, como acolhimento humanizado, informações claras sobre seus direitos, alternativas à gestação, procedimentos legais para interrupção da gravidez, cuidados pós-aborto, acesso a métodos contraceptivos após o procedimento, e encaminhamento a outro profissional em casos de objeção de consciência. A ausência dessas ações configura falha grave na assistência e pode comprometer a saúde física, emocional e psicológica da vítima, o que se configura como violência institucional.

Recusa dos profissionais da saúde para realização do aborto legal

O direito à **objeção de consciência** é assegurado a médicos e médicas, permitindo-lhes recusar a realização do aborto legal com base em convicções pessoais, religiosas ou morais, conforme os princípios de liberdade de pensamento e consciência. **No entanto, essa recusa não pode impedir o acesso da paciente ao procedimento.**



ATENÇÃO – É dever da instituição garantir que outro profissional ou serviço capacitado assuma o atendimento, assegurando a efetivação do aborto nos termos da lei.

Em casos em que a recusa ou omissão resulte em danos físicos, morais ou psicológicos à criança ou adolescente, o profissional e/ou a instituição poderão ser responsabilizados civil, ética e administrativamente.

Coleta e guarda de amostras de material biológico (vestígios) de violência sexual

Nos casos de violência sexual, devem ser coletadas e armazenadas amostras de material biológico, visando uma possível investigação por DNA. Após o cumprimento dessas etapas, a paciente deve ser devidamente orientada quanto à internação hospitalar e aos procedimentos seguintes relacionados à interrupção da gravidez. **Para a coleta de vestígios de violência sexual, não é necessário lavrar boletim de ocorrência.**

Procedimentos de justificativa e autorização para a interrupção de gestação nos casos de violência sexual

O Código Penal não exige a apresentação de nenhum documento para dar seguimento à interrupção da gestação em casos de estupro, quando essa for a vontade da vítima. A palavra da criança ou adolescente deve ser reconhecida e respeitada com credibilidade, amparo ético e respaldo legal, devendo ser aceita como verdade. Contudo, além da avaliação realizada pelos profissionais de saúde, é necessário o preenchimento de alguns documentos considerados fundamentais e que devem ser anexados ao prontuário da paciente, assegurando a sua confidencialidade.

1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse documento deve conter a declaração da criança, adolescente e/ou do seu representante legal, expressando a escolha pela interrupção da gestação, estando cientes da possibilidade de manter a gravidez até o seu término e das alternativas disponíveis nesse caso. Deve constar também o reconhecimento dos procedimentos médicos que serão realizados, incluindo os possíveis desconfortos e riscos à saúde, bem como as formas de assistência e acompanhamento posteriores. Por fim, o termo deve registrar que a adolescente e/ou seu representante legal solicitam a interrupção da gestação e autorizam os profissionais de saúde a realizarem todos os procedimentos necessários.

2 – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

A criança, a adolescente e/ou seu representante legal devem relatar as circunstâncias da violência sexual que resultaram na gravidez. Devem constar informações como a data, o horário aproximado, o local e uma descrição detalhada do ocorrido. Quanto ao agressor, é necessário especificar o número de envolvidos, se conhecido, a idade aparente, raça, cor dos cabelos, vestimentas, sinais particulares, eventual grau de parentesco e se apresentava sinais de uso de álcool ou drogas ilícitas. Também deve ser informado se o crime foi testemunhado por alguém. Tais informações são coletadas na anamnese, se precisa repetir a história da violência sofrida.

3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Documento assinado pelo representante legal, que declara que as informações fornecidas à equipe de saúde são verdadeiras. O termo deve esclarecer que os declarantes estão cientes das penalidades previstas pelos artigos 299 (falsidade ideológica) e 214 (aborto) do Código Penal, assumindo total responsabilidade, caso as informações prestadas não correspondam à verdade.

4 - PARECER TÉCNICO

Documento assinado pelo médico responsável, que atesta a compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual relatada, descartando a possibilidade de a gravidez ter ocorrido por outra circunstância distinta da violência.

5 - TERMO DE APROVAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Termo firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável da instituição, autorizando a realização do procedimento.

Todos os termos, devidamente assinados, devem ser anexados ao prontuário hospitalar, e uma cópia de cada um deve ser entregue ao seu representante legal da criança ou adolescente.

Procedimentos para interrupção da gestação decorrente de violência sexual

1 - ESTIMATIVA DA IDADE GESTACIONAL

A idade gestacional deve ser estimada em semanas, considerando a data da última menstruação (DUM) conhecida e segura. O ultrassom é o método mais preciso para confirmar essa idade e é fundamental para determinar o método mais adequado para a interrupção da gravidez, além de assegurar a relação temporal com a violência sexual relatada. É imprescindível realizar exame clínico e ultrassonografia para excluir gravidez ectópica ou gestação molar. Sempre que possível, o ultrassom deve ser realizado em local ou horário diferente do pré-natal, a fim de evitar constrangimentos à paciente. Durante o exame, recomenda-se evitar comentários desnecessários sobre as condições fetais.

2 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES

A avaliação clínica, incluindo história médica, exame físico geral e exame tocoginecológico, é essencial para identificar condições de saúde pré-existentes que possam influenciar o procedimento de interrupção. Deve-se investigar: (a) antecedentes de distúrbios de coagulação, (b) alergias a medicamentos e (c) uso de medicamentos em curso. É obrigatório determinar o tipo sanguíneo e fator Rh, além da realização de hemograma completo. Outros exames complementares deverão ser solicitados conforme as condições clínicas da paciente e o método de interrupção escolhido.

3 - MÉTODOS DE INTERRUÇÃO

A escolha do método deve levar em consideração a experiência do serviço de saúde, a idade gestacional e o histórico cirúrgico da paciente, seguindo o protocolo estabelecido pela instituição. Recomenda-se o uso de misoprostol para preparo cervical e esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (Amiu) como primeira opção. Na ausência de material ou profissional capacitado para Amiu, pode-se optar pela curetagem convencional.

Quando possível, as pacientes internadas para interrupção legal da gravidez não devem ser acomodadas em enfermarias com gestantes ou puérperas, e devem receber acompanhamento psicológico durante toda a internação.

8.3 Notificação

Desde a publicação da Portaria nº 104, em 25 de janeiro de 2011, todos os tipos de violência passaram a integrar a **Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória**, sendo obrigatória a comunicação de casos suspeitos ou confirmados de violência por parte de todos os profissionais de saúde, sejam de instituições públicas ou privadas.

A comunicação desempenha um papel essencial na formulação de políticas públicas voltadas à prevenção da violência e à promoção da saúde. Essa ação possui dois propósitos principais: subsidiar a vigilância epidemiológica com informações relevantes e fortalecer a articulação entre os diversos setores que compõem a rede de atendimento, como saúde, assistência social e órgãos de defesa de direitos, garantindo apoio e proteção às pessoas envolvidas.



ATENÇÃO – A comunicação de casos é obrigatória para todos os profissionais de saúde, seja em instituições públicas ou privadas, conforme determina o artigo 8º da Lei nº 6.259/1975. Assim, a omissão dessa comunicação configura uma infração sanitária e pode ser considerada crime contra a saúde pública, conforme previsto no Art. 268 do Código Penal. Essa exigência também é respaldada por alguns Códigos de Ética das respectivas profissões.

Além dos profissionais da área da saúde, integrantes de outros setores como educação, assistência social, saúde indígena, conselhos tutelares e centros especializados no atendimento à mulher, entre outros, também podem efetuar a notificação de casos de violência. Quando essa notificação for realizada por esses parceiros intersetoriais, a ficha correspondente deve ser encaminhada ao serviço de saúde de referência da área onde ocorreu o atendimento.

Devem ser comunicadas às autoridades competentes todas as situações — confirmadas ou com suspeita — de violências contra crianças e adolescentes.



ATENÇÃO – A notificação deve ser realizada mesmo sem o consentimento da criança ou adolescente ou de seu responsável, não sendo considerada uma violação do sigilo profissional. Trata-se de um documento de saúde utilizado exclusivamente no âmbito do sistema sanitário, com garantia de sigilo. Esse procedimento tem caráter preventivo e de proteção, não sendo voltado à denúncia nem à produção de provas legais.

Notificação Compulsória

O registro e a notificação dos casos de violências contra crianças e adolescentes devem ser realizados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando a ficha específica para Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo I), conforme orientações do **“Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada”**, disponível no site do Ministério da Saúde, por meio da plataforma da Secretaria de Vigilância em Saúde (<https://www.gov.br/saude/>). Em situações em que um único episódio violento envolva mais

de uma vítima, é obrigatório o preenchimento de uma ficha individual para cada pessoa afetada.



A ficha de notificação deve ser preenchida em DUAS VIAS. Uma delas deve permanecer arquivada na unidade de saúde que realizou a notificação, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica, que será responsável pela digitação e consolidação das informações. Quando houver necessidade de comunicação externa prevista em legislação específica, a ficha de notificação não deve ser utilizada para esse fim; nesses casos, a comunicação deve ser realizada por meio de outro documento apropriado.

Notificação Imediata (até 24 horas)

Embora a maioria das notificações ocorra de forma semanal, há casos que exigem comunicação imediata, devendo ser realizada em até 24 horas após a identificação do episódio por requer resposta rápida por parte dos serviços de saúde, como nos casos de:

- **Tentativa de suicídio:** exige encaminhamento ágil do paciente para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), garantindo suporte e acompanhamento especializado;
- **Violência sexual:** demanda a adoção imediata de medidas de cuidado, incluindo a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV, hepatite B, o uso de anticoncepção de emergência e a coleta adequada de material biológico para exames.

A notificação realizada de forma imediata permite uma resposta rápida e eficaz, contribuindo para intervenções adequadas no momento oportuno. Essa ação é fundamental para orientar estratégias de prevenção, com base na identificação de fatores de risco e proteção, além de garantir o encaminhamento da vítima aos serviços da rede de atenção e proteção.

Comunicação Externa

A comunicação externa é distinta da notificação compulsória. Trata-se do repasse de informações sobre situações de violência às autoridades competentes, como a polícia, quando houver risco iminente, devendo ser realizada em até 24 horas, conforme determina a Portaria GM/MS nº 78/2021.

As comunicação externa contra crianças e adolescentes devem ser direcionadas a outros órgãos da rede de proteção, a exemplo do Conselho Tutelar e do Ministério Público. Nesse contexto, caracteriza-se como uma denúncia formal para apuração de crime e ocorre fora do âmbito dos serviços de saúde.

Nos casos de violência contra crianças (de 0 a 9 anos) e adolescentes (de 10 a 19 anos), além da notificação compulsória, a comunicação externa prevista na Lei de Comunicação Imediata (LCI) é obrigatória. O caso deve ser comunicado ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme o estabelecido no artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990.

É fundamental ressaltar que a comunicação externa não pode ser feita por meio da ficha de notificação compulsória, pois este é um documento de uso exclusivo em saúde, protegido por normas de confidencialidade e não autorizado para fins judiciais ou policiais.

8.4 Seguimento na Rede de Saúde e Intersetorial de Cuidado e Proteção Social

8.4.1. Rede Intrassetorial - Serviços de Saúde

Todos os serviços de saúde integrantes do SUS têm a responsabilidade de atender crianças e adolescentes em situação de violências. **Esse atendimento deve ser integral, sigiloso e garantir a privacidade da vítima, conforme previsto na Lei nº 14.847/2024.**

A Lei nº 13.431/2017, em seu artigo 10, dispõe que a assistência à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência deve ser prestada por uma equipe multiprofissional vinculada ao SUS, atuando em diferentes níveis de atenção. Essa assistência compreende ações de acolhimento, atendimento, tratamento especializado, além de envolver a notificação dos casos e o acompanhamento da rede de proteção.

O primeiro acolhimento pode ser realizado em qualquer ponto da rede de saúde, sem necessidade de agendamento prévio. Embora, em geral, o atendimento inicial aconteça na Unidade Básica de Saúde (UBS), ele também pode ocorrer em serviços de urgência, emergência ou outros pontos da rede, dependendo da situação apresentada. A seguir, aborda-se os tipos de serviços e o papel que desempenham no acolhimento e atendimento das crianças e adolescentes em situação de violência.

1. SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO INICIAL

As unidades de saúde municipais desempenham papel crucial na identificação, prevenção e intervenção em casos de violências contra crianças e adolescentes. São serviços que, além de oferecerem cuidados imediatos, mantêm vínculo com a comunidade e devem garantir a integralidade do cuidado em saúde, conforme os princípios do SUS.

Essas unidades incluem Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Municipais. Esses serviços são considerados portas de entrada do SUS e devem estar preparados para realizar o acolhimento inicial, com escuta qualificada, registro adequado do caso e encaminhamentos necessários, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

2. SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE REFERÊNCIA PARA ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As unidades ambulatoriais de referência devem estar preferencialmente localizadas no município de residência da vítima ou em sua região de saúde, garantindo acesso contínuo e regionalizado ao cuidado. Devem dispor de uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social.

Esses serviços são responsáveis por oferecer o seguimento psicossocial e acompanhamento psicológico após o atendimento inicial, realizado em unidades de acolhimento ou em serviços de referência para atenção integral. A vítima ou responsável poderá optar por continuar o acompanhamento em serviços ambulatoriais ou em unidades hospitalares de atenção integral, conforme sua necessidade e preferência.

3. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Estes serviços são, em geral, hospitais ou maternidades que funcionam com atendimento ininterrupto (24 horas) e contam com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social. Além de acolher e cuidar, esses serviços devem estar habilitados para a realização de procedimentos clínicos, profilaxias, coleta de vestígios (quando indicado) e encaminhamentos necessários, garantindo um cuidado integral e protegido à pessoa em situação de violência sexual.

REDE PONTOS DE LUZ



Rede de Atenção
à Saúde das Pessoas
em Situação de
Violência Sexual
e Doméstica

As violências, enquanto problema de saúde pública complexo, impõem integração entre diferentes pontos de atenção, visto que não há como abordar a problemática de forma isolada.

No Ceará, as pessoas em situação de violência contam com a **Rede Pontos de Luz**, composta por serviços de diferentes níveis de complexidade — atenção primária, especializada e terciária. Essa rede inclui atendimentos ambulatoriais e hospitalares, organizados para acolher e cuidar das diversas situações de violência. A Rede oferece um atendimento acolhedor e especializado a crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual.

Durante o atendimento, às vítimas recebem acolhimento humanizado, profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), contracepção de emergência e orientações sobre os serviços disponíveis na rede de segurança e proteção social.

A finalidade da Rede é promover ações conjuntas e coordenadas, reconhecendo que, devido à complexidade dos casos, apenas com integração entre os setores é possível alcançar resultados mais eficazes e duradouros no enfrentamento à violência.

Para assegurar um atendimento de qualidade, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam não apenas os serviços disponíveis em sua própria unidade, mas também os demais recursos da rede de atenção, assim como os órgãos parceiros envolvidos na proteção e no cuidado das vítimas de violência.

O funcionamento adequado dessa rede depende da atuação de equipes multiprofissionais capacitadas, que compreendam seus deveres e o papel que desempenham no acolhimento e cuidado dessas pessoas. Além disso, é essencial haver integração entre os pontos de atenção em saúde, com o Conselho Tutelar, e a rede intersetorial, como assistência social, segurança pública e justiça, para minimizar danos, garantir acolhimento e promover um cuidado integral e contínuo.

4. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

As unidades de saúde autorizadas a realizar a interrupção legal da gestação, conforme previsto na legislação brasileira, devem dispor de equipe técnica especializada, composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos obstetras e infectologistas. Além dos profissionais, é necessário que a unidade garanta a disponibilidade de medicamentos, insumos, exames laboratoriais e diagnósticos complementares, assegurando que o procedimento seja realizado com segurança, dignidade e respeito aos direitos da adolescente. A gestão hospitalar deve assegurar o funcionamento regular desses serviços, com profissionais da rede pública municipal ou estadual de saúde.

A definição clara do fluxo para organização dos serviços de forma articulada e coordenada contribui decisivamente para a garantia de cuidado acessível, oportuno e centrado nas necessidades específicas das pessoas em situação de violência.

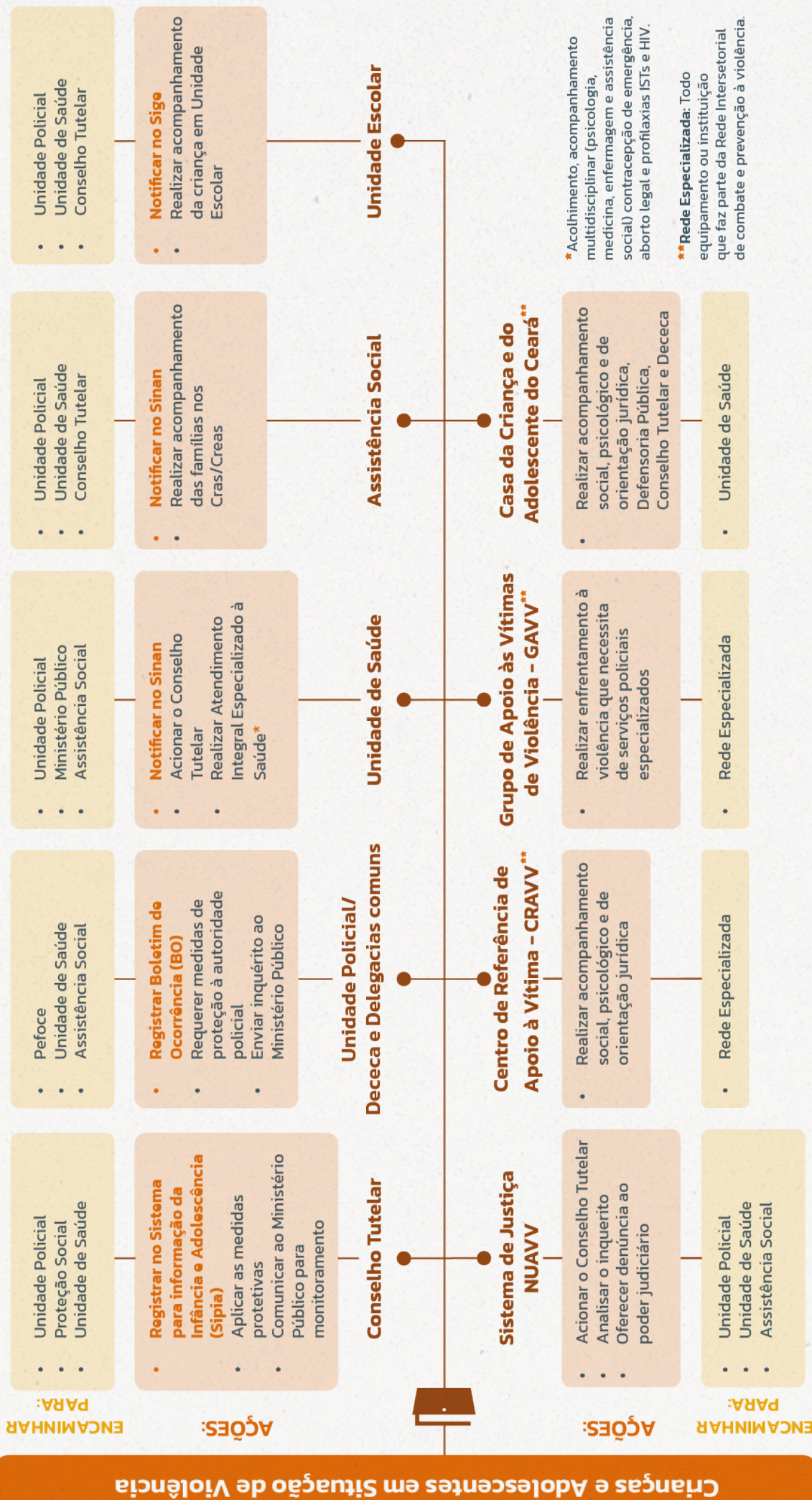
8.4.2 Rede Intersectorial de Cuidado e Proteção Social: órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da criança e do adolescente (SGD)

A rede intersectorial de apoio a crianças e adolescentes em situação de violências é constituída por diversas instituições, órgãos, entidades governamentais e não governamentais e serviços, que incluem a rede de educação, assistência social, segurança pública e sistema de justiça, com o objetivo de garantir a efetivação dos direitos, da proteção e do bem-estar das vítimas. Tais dispositivos se articulam para atender e solucionar casos em que tais direitos estão ameaçados e violados.

Conhecer as estratégias de atuação dessa rede é essencial para que os encaminhamentos e orientações sejam feitos de forma mais precisa e eficaz. A seguir, apresenta-se, de forma sintética, as competências de cada órgão na garantia do sistema de direitos da criança e do adolescente, destacando o papel de cada um nesse processo.



FLUXO DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS



DECECA – Delegacia da Criança e do Adolescente
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
NUAVV – Núcleo de Atenção às Vítimas de Violência do Ministério Público
PEFOCE – Perícia Forense do Estado do Ceará
SIGE – Sistema Integrado de Gestão e Educação
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SIPIA – Sistema de Informação para Infância e Adolescência

O encaminhamento para as Unidades de Saúde e Policial devem ocorrer em caráter emergencial.



DISQUE 100 OU 190



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

9. Estruturação e Organização dos Serviços de Saúde

O SUS é estruturado como uma Rede Regionalizada e Hierarquizada, conforme estabelece a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011. Essa organização se baseia em níveis progressivos de complexidade assistencial, que orientam o fluxo e a coordenação do cuidado.

Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto modelo de organização dos serviços dentro do SUS, tem como objetivo garantir o cuidado integral, contínuo e de qualidade. A articulação entre os diferentes pontos da rede é fundamental para assegurar a integralidade do cuidado, permitindo que o usuário transite de forma adequada pelos serviços, conforme suas necessidades de saúde.

9.1 Estrutura e Ambiente

O Ministério da Saúde elaborou a Nota Técnica Conjunta nº 264/2024, com o objetivo de apoiar os serviços de saúde na implementação da Lei nº 14.847, de 25 de abril de 2024, que alterou o artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). A lei trata do atendimento a mulheres vítimas de violência, que deve ocorrer em um ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde do SUS, conhecido como Sala Lilás em diversas regiões do país. A legislação reforça que o espaço físico dos serviços de saúde deve ser projetado ou adaptado para garantir um atendimento humanizado, seguro, sigiloso e integral, conforme os princípios do SUS.

Segundo a Nota Técnica, para garantir um atendimento adequado, qualquer serviço de saúde deve ter disponível:



TESTES RÁPIDOS PARA IST

Devem ser oferecidos para diagnóstico precoce e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), seguindo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. A testagem rápida deve ser realizada tanto em casos de violência sexual aguda (até 72h) quanto crônica (mais de 72h), com aconselhamento antes e após o teste. A testagem rápida é indicada em casos de: penetração (genitais, ânus e/ou orofaringe), agressor desconhecido, agressor conhecido de alto risco de IST's, familiares com uma IST, sinais e sintomas de ISTs e incapacidade de verbalizar detalhes de agressão.



MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIA

Em casos de violência sexual aguda (até 72h), é essencial a oferta de profilaxia contra ISTs, conforme a Lei do Minuto Seguinte (Lei nº 12.845/2013), garantindo o atendimento gratuito e

sigiloso. Medicamentos para profilaxia são indicados em casos de: penetração (genitais, ânus e/ou orofaringe), agressor desconhecido, agressor conhecido de alto risco de IST's, familiares com uma IST, sinais e sintomas de ISTs e incapacidade de verbalizar detalhes de agressão.



CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A Lei do Minuto Seguinte também garante a oferta de contracepção de emergência [pílula de levonorgestrel ou Dispositivo Intrauterino de cobre) até 120h após a violência sexual. A escolha deve ser feita com orientação adequada, permitindo à vítima tomar uma decisão informada sobre o cuidado.



MATERIAIS, INSUMOS E SERVIÇOS DE APOIO PARA CUIDADOS ÀS LESÕES FÍSICAS

O atendimento às vítimas de violência física deve incluir insumos básicos para tratar lesões leves, acesso rápido a serviços especializados e uma documentação cuidadosa do atendimento inicial. Em casos mais graves, é necessário fornecer exames complementares e outros cuidados, sempre com respeito e agilidade, evitando a revitimização.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO INTEGRADOS

Em locais sem sistemas integrados de informação, os profissionais devem elaborar um relatório de saúde detalhado, que a vítima poderá apresentar em serviços subsequentes, assegurando a continuidade do cuidado sem a necessidade de repetição do relato.



MOBILIÁRIO ADEQUADO

Devem ser oferecidas cadeiras confortáveis para espera, além de macas e leitos apropriados, quando necessário. Os serviços de saúde devem ter maca ou mesa ginecológica para a avaliação de lesões relacionadas à violência sexual, juntamente com um foco de luz clínico para a realização de exames ginecológicos.



MATERIAIS INFORMATIVOS E DE APOIO

É importante oferecer materiais informativos, como folhetos e cartilhas, que abordam os diferentes tipos de violência, os direitos das vítimas, os serviços de apoio disponíveis e as formas de denúncia. Esses materiais devem ser apresentados de forma clara e acessível, incluindo versões em Braille, audiolivros, textos em linguagem de sinais e formatos digitais compatíveis com leitores de tela, garantindo o acesso de todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiência.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Deve estar disponível nos serviços de saúde, sendo essencial para garantir o registro adequado dos casos, facilitando o acompanhamento e a articulação com a rede de proteção e assistência.

Referências

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS – GRANFPOLIS. Protocolo da rede de proteção de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. 2. ed. Florianópolis, SC, 2023.

BARNETT, E.D. et al. "Sexual Assault and Abuse in Children and Adolescents/Young Adults". In: COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. 2021.

BORDIN, I.A. et al. Home, school, and community violence exposure and emotional and conduct problems among low-income adolescents: the moderating role of age and sex. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 57, n. 1, p. 95–110, 2022.

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 República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 229, 25 nov. 2003. Seção 1, p. 11.

_____. 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 República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 135, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e dos Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 96, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 231, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres; Departamento de Gestão do Cuidado Integral; Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; Departamento de Atenção à Saúde Especializada; Departamento de Atenção à Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; E DAHU/SAES/MS. Brasília, 2024. Disponível em: <https://>

www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf/view. Acesso em: 07 maio 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. Il.

_____. 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. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 106 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Cuidado à saúde da criança, adolescente e mulher em situação de violência: manual para os profissionais de saúde [recurso eletrônico]. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024. Elaboração: Débora Fernandes Britto, Luciene Alice da Silva.

DEMBO, R.S.; MITRA, M.; AKOBIRSHOEV, I.; MANNING, S.E. Symptom Sequelae Following Violence Against Youth With Disabilities. *J Interpers Violence* v.36, p. 21-22, 2021.

EG, M.B. et al. Distinct age-related differences among victims in cases of suspected child abuse. *Journal of forensic sciences*, v. 69, n. 1, p. 252-263, 2024.

GUIMARÃES, M.H.; FERREIRA, M.C.F; TCHAIKOVSKI, H.L.Damrat. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. 2. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2017.

JAGASIA, E.; NELSON, K.E.; CAMPBELL, J. Early adolescent development in the face of violence: a systematic review running. *Child Abuse & Neglect*, v. 151, p. 106751, 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO. Promotoria de Justiça de Várzea Grande/ MT. Protocolo e fluxo de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Mato Grosso: Ministério Público do Estado do Mato Grosso, 2020.

ODGERS, C.L.; RUSSELL, M.A. Violence exposure is associated with adolescents' same-and next-day mental health symptoms. *Journal of child psychology and psychiatry*, v. 58, n. 12, p. 1310-1318, 2017.

PFEIFFER, L.Y.; BUSTELO, D.C.T. Critérios diagnósticos da violência física ou trauma intencional contra crianças e adolescentes, Sociedade Brasileira de Pediatria e Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, nº 180, 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA; CHILDHOOD BRASIL (Instituto WCF-Brasil). Protocolo unificado de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Vitória da Conquista e São Paulo: Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista; Childhood – Instituto WCF-Brasil, 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BAURU. Protocolo Estadual de atendimento à vítima de violência sexual. Bauru: Secretaria Municipal de Saúde, 2024.

SHAH, S.N. et al. Has This Child Experienced Physical Abuse?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*, 2025.

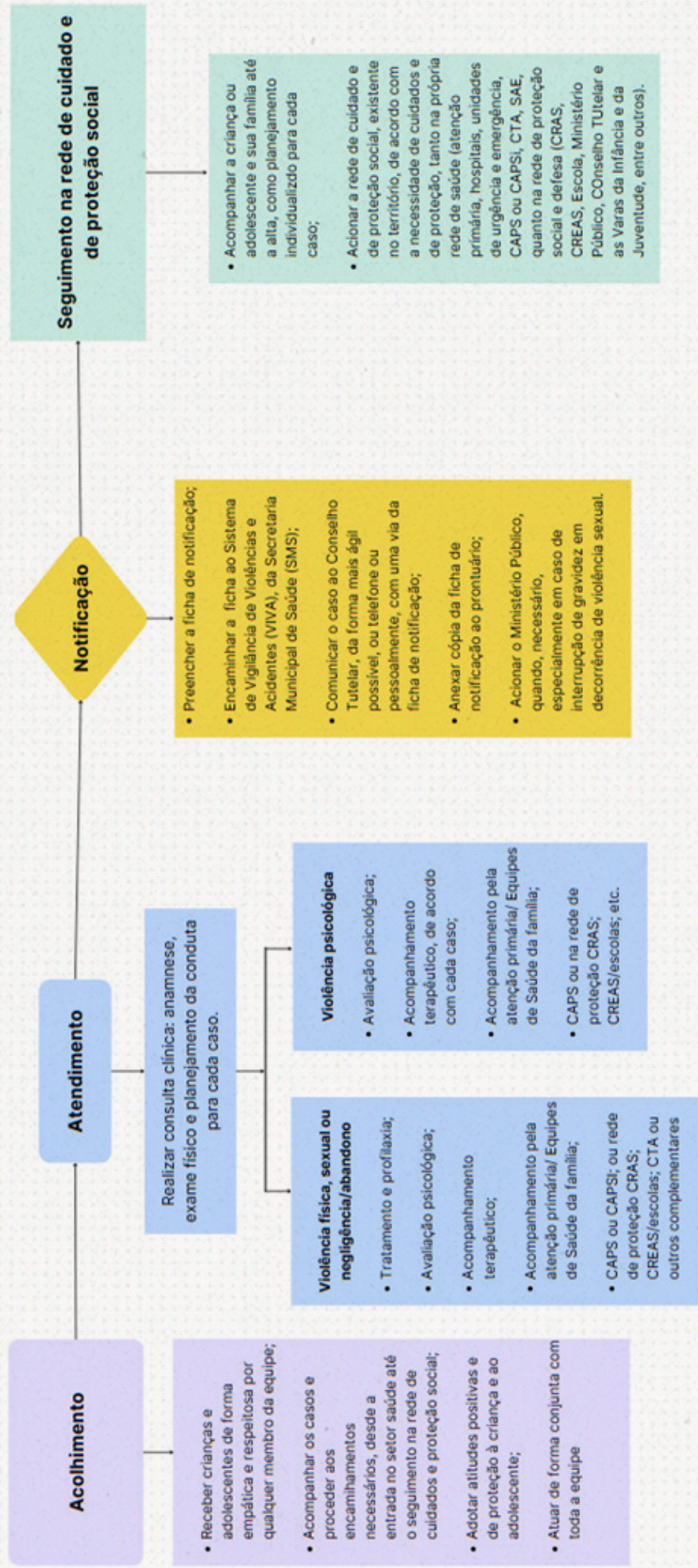
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA E SAÚDE/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ; SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

Apêndices



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Apêndice 1 - Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências.



Apêndice 2 - Papel dos níveis de atenção à saúde no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE
Nível de atenção mais próximo da comunidade	Serviços especializados de média complexidade (ex.: CAPS, ambulatórios, clínicas especializadas)	Hospitais de alta complexidade e unidades de referência para casos graves
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação precoce de sinais de violência (física, sexual, psicológica, negligência, etc.) • Acolhimento humanizado e escuta qualificada • Notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados • Orientação e apoio à família ou responsáveis não envolvidos na violência • Encaminhamento para serviços especializados (psicossocial, jurídico, etc.) • Promoção da saúde e prevenção da violência (educação em saúde nas escolas e comunidades) • Acompanhamento longitudinal das vítimas com foco no cuidado contínuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento especializado por equipes multiprofissionais • Realização de exames clínicos e diagnósticos complementares • Intervenção terapêutica psicológica e psiquiátrica • Apoio ao fortalecimento de vínculos familiares e sociais • Planejamento de cuidado individualizado conforme o tipo e gravidade da violência • Acompanhamento dos encaminhamentos feitos pela APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de urgência/emergência para vítimas com lesões graves ou em risco de vida • Internação hospitalar quando necessária • Cirurgias e procedimentos médicos complexos • Atendimento especializado em saúde mental de alta complexidade • Encaminhamento para reabilitação física e emocional a longo prazo
Atuação em rede com serviços de proteção, conselho tutelar e justiça		

Apêndice 3 - Modelo para registro da revelação espontânea de crianças e adolescentes em situação de violências

- 1 **Unidade de Saúde:**
- 2 **Nome do Paciente:**
- 3 **Número da Ficha de Notificação – Sinan:**
- 4 **Data e hora da revelação:**
- 5 **Local onde ocorreu a violência:** (ex: escola, residência, comunidade, unidade de saúde, Centro de Referência de Assistência Social –Cras, Centro de Referência Especializada de Assistência Social – Creas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, entre outros)
- 6 **Nome do profissional ou adulto de referência que recebeu o relato**
- 7 **Descrição fiel do relato com as palavras exatas da criança ou adolescente, sem interpretações:**
- 8 **Providências imediatas tomadas:** (ex.: encaminhamento à escuta protegida agendada, acionamento do Conselho Tutelar, CAPS e demais equipamentos de proteção);
- 9 **Local de destino/serviço de referência para onde a criança ou adolescente foi encaminhado:**

Apêndice 4 - Modelo para relatório de acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de violências

1 **Unidade de Saúde:**

2 **Nome do Paciente:**

3 **Número da Ficha de Notificação - Sinan:**

4 **Dados individuais:** (ex.: idade, situação escolar, vínculo de trabalho, informações sobre sexualidade);

5 **Situação familiar:** (ex.: composição familiar, tipo de residência, dinâmica familiar, vínculos familiares, convivência familiar com o suposto agressor);

6 **Situação de violência sofrida:** (relato espontâneo de violência, percepção do histórico e contexto de agressões. Caso a criança ou adolescente não relate a violência sofrida, não pergunte! Identifique um adulto de referência que possibilite a coleta de tais informações);

7 **Situação de saúde:** (estado geral da criança ou adolescente com observação cuidadosa do seu estado de saúde mental, dados do exame físico – lesões encontradas, localização, forma e dimensões, uso de medicamentos);

8 **Providências imediatas tomadas:** (ex.: encaminhamento à escuta protegida agendada, acionamento do Conselho Tutelar, CAPS e demais equipamentos de proteção);

9 **Intervenções e encaminhamentos:** (notificação obrigatória mediante ficha do Sinan, tratamentos prescritos, solicitações de exame, comunicação ao Conselho Tutelar, encaminhamento à rede de proteção).

Anexos



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Anexo 1 - Ficha de Notificação Individual de Violência.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		7 Nome da Unidade Notificadora	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS	
	18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados da Pessoa Atendida	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
Dados da Ocorrência	32 País (se residente fora do Brasil)		33 Nome Social	
	34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		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	
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
	54 A lesão foi autoprovocada?		55 Local de ocorrência	

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"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <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 agressão	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 sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 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"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	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		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 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: _____ _____ _____ _____			
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			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 03.06.2015			





CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE