

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ**

**RAQUEL DO CARMO MOCELIM**

**PROTOCOLO INTERNO DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIAS**

**PRODUÇÃO TÉCNICA**

Parte integrante da dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciência e Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).

Orientadora: Profa. Dra. Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

**PONTA GROSSA  
2023**



Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.

## APRESENTAÇÃO

A violência sexual infantil pode ser considerada um grave problema de saúde pública dada sua alta prevalência a nível mundial (GRAY; RARICK, 2018; CASTRO *et al.*, 2019). Trata-se de uma forma de agressão na qual a criança ou adolescente é inserida em atos libidinosos, atividades impróprias ou jogos sexualizados por meio de um adulto de qualquer gênero, com o intuito de utilizar o menor como objeto sexual para auto satisfação pessoal (PIMENTEL; ARAÚJO, 2006).

Na maioria dos casos, o ASI ocorre no ambiente em que a criança tem como lar, sendo normalmente realizado por pessoas que apresentam proximidade à vítima, ou que atuam como cuidador dos mesmos, o que configura o abuso denominado intrafamiliar (IF) (COHEN; MANNARINO, 2000; KOLLER; DE ANTONI, 2004).

A violência denominada intrafamiliar é uma ocorrência muitas vezes velada por sua natureza íntima e privada, normalmente realizada em local doméstico e sob o silêncio das vítimas intimidadas (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021). Mesmo que não haja laços de consanguinidade, os abusos sexuais que envolvem uma criança e um adulto responsável, seja este o tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança, são considerados incestuosos (SAFFIOTI, 1996; COHEN; MANNARINO, 2000).

Os sinais de maus-tratos são caracterizados por negligência, violência física, violência psicológica e violência sexual. Geralmente as agressões físicas acontecem nas regiões de face, cabeça e pescoço (CAVALCANTI; PRESTES; ANGELO, 2011). Já o abuso particulariza-se pelo fator de imaturidade quanto a atividades sexuais, sendo as vítimas incapazes mentalmente e fisicamente de dar qualquer consentimento por falta de compreensão do ato (PIMENTEL; ARAÚJO, 2006).

Portanto, identificar sinais de maus-tratos pelo profissional da Saúde requer treinamentos e protocolos estabelecidos, especialmente nos casos de ASI, visto que este impacta gravemente a estruturação física e psicológica da criança (CLAYTON; JONES; BROWN, 2018).

Segundo a Lei nº 8.069/90, em seu art. 2º “Considera-se criança, [...], a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990). Baseado nesta lei o Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, especializado em pediatria, tem o objetivo de atender a população infantil nos âmbitos ambulatorial, internamento e especialidades.

A violência, segundo Minayo (2001) é entendida como “todo ato ou omissão cometidos pelos pais, parentes e outras pessoas ou instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima”. Como uma das demandas principais no atendimento do Hospital da Criança, ressaltamos o atendimento às crianças vítimas de Violência. A Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, classifica as formas de violência sendo como:

- I - violência física, entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico;
- II - violência psicológica:
  - a) qualquer conduta de discriminação, [...]
  - b) o ato de alienação parental, [...]
  - c) qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membros de sua família ou de sua rede de apoio, [...]
- III - violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidino inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda:
  - a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de 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;
  - c) tráfico de pessoas, [...]
- IV - violência institucional, entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização (BRASIL, 2017).

A área da saúde tradicionalmente tem concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações.

No art. 4<sup>a</sup> do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê ser dever da família, da comunidade e do Poder Público assegurar com prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, alimentação à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990, art.4).

Como proposta de garantia e proteção de direitos da criança vítima de violência, instituiu-se a Rede de Proteção, composta por todos os órgãos, serviços e autoridades corresponsáveis pelo atendimento da criança e do adolescente incluindo

o atendimento Hospitalar. Dentro das atribuições da Rede de Proteção destaca-se a de criar a proposta de um fluxo mínimo de atendimento para cada tipo de violência, para que a rede se articule nos casos suspeitos ou confirmados com agilidade e cautela.

Além disso, a Portaria nº 485/2014, do Ministério da Saúde, prevê em seu art. 5º que:

Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:

I - acolhimento;

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - atendimento clínico;

VI - atendimento psicológico;

VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

f) - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

g) - exames laboratoriais necessários;

h) - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

i) - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

j) - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação (BRASIL, 2014).

Considerando a atuação da equipe multiprofissional da área da saúde, o setor

hospitalar necessita do planejamento das ações integradas no atendimento às crianças vítimas de violência. É importante ter em mente que todas as ações devem ser articuladas entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional hospitalar para efetivação do acesso aos direitos humanos e sociais da criança (UNICEF, 2012).

A Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e considera como forma de violência institucional a revitimização da criança através da explanação da situação de violência sofrida. Assim garante:

§ 1º Para os efeitos desta Lei, a criança e o adolescente serão ouvidos sobre a situação de violência por meio de escuta especializada e depoimento especial.

§ 2º Os órgãos de saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça adotarão os procedimentos necessários por ocasião da revelação espontânea da violência.

§ 3º Na hipótese de revelação espontânea da violência, a criança e o adolescente serão chamados a confirmar os fatos na forma especificada no § 1º deste artigo, salvo em caso de intervenções de saúde.

§ 4º O não cumprimento do disposto nesta Lei implicará a aplicação das sanções previstas na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) (BRASIL, 2017 art. 5º, grifo do autor).

No art. 14 da mesma lei refere que:

As políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde deverão adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência (BRASIL, 2017).

No § 1º, art. 14, ainda sobre as ações que trata do *caput*, apresenta diretrizes norteadoras para as mesmas. Salientamos neste documento, o inciso II “capacitação interdisciplinar continuada, preferencialmente conjunta, dos profissionais;” e inciso IV “planejamento coordenado do atendimento e do acompanhamento, respeitando as especificidades da vítima ou testemunha e de suas famílias” (BRASIL, 2017).

Ao que se refere ao capítulo da lei destinado à Saúde, art. 17 salienta:

União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), serviços para atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência, de forma a garantir o atendimento acolhedor.

Após o exposto, apresentamos aqui a construção do fluxo de atendimento interno à criança vítima de violência pelo Setor de Serviço Social do Hospital da

Criança Prefeito João Vargas de Oliveira. Para elaboração desse documento, este setor reuniu informações e orientações prestadas pelos serviços de atendimento a vítimas de violência no Município de Ponta Grossa, organizou reuniões para esclarecimentos acerca da temática. Foram envolvidos para estruturação desse fluxo: Conselho Tutelar, Polícia Científica (IML), procuradoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, farmácia especializada (SAE-CTA), Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) e outros; e articulação com Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Atendimento Ambulatorial SAE, por meio de contato telefônico.

Para construção do fluxograma de atendimento interno do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira à crianças vítimas de violência, reunimos profissionais que fazem parte do atendimento direto e indireto à vítima nesta instituição. Estiveram presentes no dia 25 de maio de 2018, representantes do setor de Serviço Social, Enfermagem, Farmácia; Corpo Clínico (PAI), Terapia Ocupacional, Psicologia e Recepção do HC para contribuição técnica, com a devida especificidade de cada profissão, e construção conjunta do fluxo a partir de um breve resumo das informações coletadas durante esse processo.

## **OBJETIVO GERAL**

- Oferecer atendimento humanizado às crianças vítimas de violência.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Garantir atendimento sigiloso, sem exposição da criança e/ou familiar;
- Evitar a revitimização do paciente;
- Viabilizar acesso aos medicamentos e profilaxias;
- Integrar o cuidado nas dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

## **RESPONSÁVEIS**

Equipe Multiprofissional envolve:

- Recepção;
- Enfermagem;
- Psicologia;
- Serviço social;
- Terapia ocupacional;
- Medicina;

- Farmácia;
- Gestão administrativa.

## **FLUXOGRAMAS**

Os fluxos internos de atendimento à Crianças Vítimas de Violênciafrutos a partir desta construção estão anexados à este POP:

- A. Fluxo interno de atendimento à criança vítima de violência física, maus tratos e negligência.**
- B. Fluxo interno de atendimento à criança vítima de violência Sexual.**

## **FATORES DE RISCO**

Fatores Biológicos

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o desenvolvimento do presente protocolo, ficou evidenciado que o debate envolvendo a violência sexual infantil é extrema importância e que diante da sua complexidade, não se esgota aqui, tampouco é a intenção deste.

A cultura da sociedade brasileira ainda é permeada por diversas circunstâncias que facilitam estas ações e acabam por perpetuá-las, traumatizando as vítimas que já passaram por isso e continuando a traumatizar novas crianças todos os dias, marcando-aspor toda a vida.

Desta maneira, é necessário que os profissionais da área da saúde, frequentemente os primeiros em condição de intervir nas situações de abuso, estejam capacitados para realizar os atendimentos a este tipo de vítima, para assim, possibilitar umatendimento de qualidade, digno e que não culmine na revitimização da criança ao longo do processo, bem como saiba interpretar e seguir os protocolos que norteiam o atendimento.

Em relação ao objetivo deste protocolo, o qual buscou ser um instrumento de intervenção das crianças vítimas de violência, já começou a surtir efeito dentro do hospital, pois possibilitou que os profissionais de diferentes especialidades discutissem as dificuldades e falhas para esse tipo de atendimento. No decorrer das reuniões de estudo foi possível perceber que o protocolo existente até então era muito

simplificado, dando margem para diferentes tipos de ações e interpretações, sem que houvesse uma padronização e muitas vezes sem articulação entre as diferentes especialidades envolvidas no processo de acolhimento à criança vítima de ASI. Assim, no decorrer das reuniões com a equipe multidisciplinar foi evidenciado a necessidade de melhorar o protocolo existente em 2018. No desenvolvimento do novo protocolo em conjunto com a equipe multidisciplinar procurou-se detalhar e estabelecer normas e fornecer orientações referente ao procedimento a ser adotado por cada profissional da equipe multidisciplinar, contemplando também orientações para o atendimento não só de vítimas de violência sexual, mas de qualquer forma de violência, demonstrando mais uma vez a ação benéfica da elaboração de protocolos na minimização de traumas e revitimização das crianças no atendimento, que é o principal intuito a ser alcançado no que se refere à humanização do atendimento daqueles que sofreram violência sexual.

Salienta-se que a avaliação deste protocolo em caráter mais profundo poderá ser feita, após a aplicação do protocolo na instituição, visando um exame da adaptação dos profissionais a ele.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 17 maio 2018.
- BRASIL. **Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (estatuto da criança e do adolescente). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20152018/2017/lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2017/lei/L13431.htm). Acesso em: 17 maio 2018.
- BRASIL. **Portaria n. 485, de 1º de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério de Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html). Acesso em: 12 fev. 2022.
- CASTRO, A.; *et al.* Childhood sexual abuse, sexual behavior, and revictimization in adolescence and youth: a mini review. **Frontiers in Psychology**, v. 10, p.1-5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02018>. Acesso em: 5 fev. 2022.
- CAVALCANTI, A.; PRESTES, D. C.; ANGELO, D. **Enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes:** manual do profissional educação para identificação e conduta. Curitiba: Hospital Pequeno Príncipe, 2011.
- CLAYTON, E.; JONES, C.; BROWN, J. The aetiology of child sexual abuse: a critical review of the empirical evidence. **Child Abuse Review**, v.27, p. 181-197, 2018. Disponível em: 10.1002/car.2517. Acesso em: 5 nov. 2022.
- COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P. Incest. *In*: AMMERMAN, R. T.; HERSEN, M. (Orgs.). **Case studies in family violence.** New York: Kluwer Academic; Lenum Publishers, 2000.p. 209-229.
- GRAY, S.; RARICK, S. Exploring gender and racial/ethnic differences in the effects of child sexual abuse. **Journal of Child Sexual Abuse**, v.27, p. 570-587, 2018. Disponível em: 10.1080/10538712.2018.1484403. Acesso em: 5 fev. 2022.
- KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. *In*: \_\_\_\_\_. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano:** pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 293-310.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saude Materno-Infantil**, v. 1, n. 2, p. 91-102, 2001, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkkg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2022.

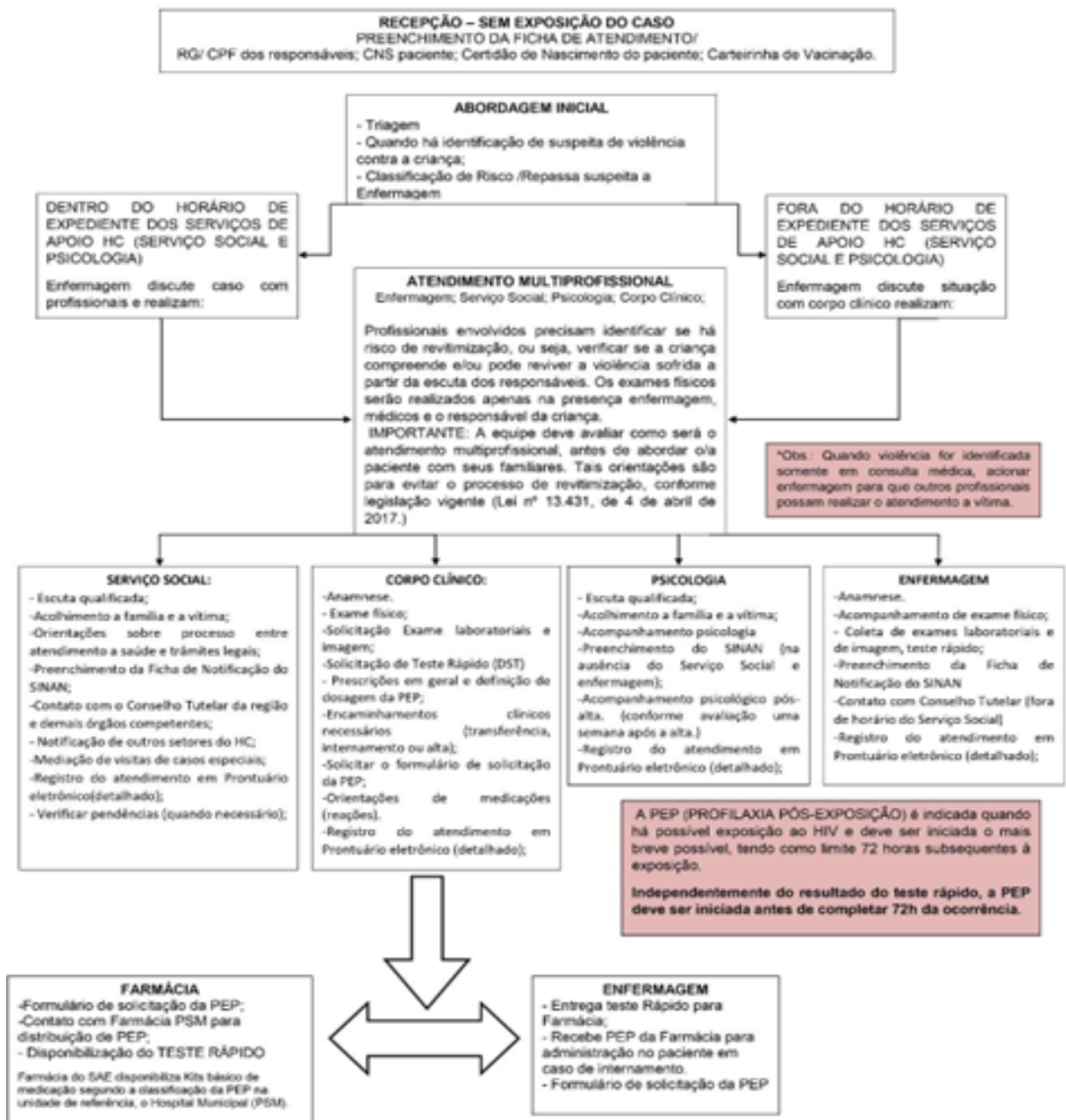
PIMENTEL, A.; ARAÚJO, L. S.; Violência Sexual Intrafamiliar. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n.3, jul./set 2006.

PLATT, V.B.; GUEDERT, J.M.; COELHO, E.B.S. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, e2020267, 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

UNICEF. **Protocolo de atendimento integral a crianças e adolescentes vítimas de violência:** uma abordagem interdisciplinar na saúde. Natal (RN): CEDECA, 2012.

## ANEXO A - Fluxograma de atendimento interno a vítimas de violência sexual



## ANEXO B - Fluxograma de atendimento interno a vítimas de violência física, mastratos e negligência

