

WORKSHOP DE SENSIBILIZAÇÃO



PROJETO LUZ

Padronização da atuação da rede de proteção nos casos de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, conforme dispõe a Lei n.º 13.431/2017



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO
PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE NOVA MUTUM/MT

CAPÍTULO I ORIENTAÇÕES GERAIS

Ana Carolina Rodrigues Alves Fernandes¹

Henrique de Carvalho Pugliesi²

VIOLÊNCIA SEXUAL

1 em cada 4 meninas e 1 em cada 10 meninos é vítima de violência sexual antes de completar 18 anos em todo o mundo.

***QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA!**

TIPOS DE VIOLÊNCIA

Caracteriza abuso sexual infantil e juvenil a imposição às crianças ou adolescentes de ações que visem à satisfação sexual de outrem, ou seja, qualquer tipo de contato de pessoas de 0 a 14 anos (mesmo que sem violência ou ameaça, mas por indução de vontade), com alguém em estágio psicosssexual mais avançado de desenvolvimento (maiores de 18 anos ou não), na qual as vítimas forem usadas para estimulação sexual de outra(s) pessoa(s).

A prática do abuso não exige a concretização de uma relação sexual completa, tampouco a efetiva introdução de dedos, objetos ou membro na vagina, ânus ou boca da vítima, bastando para sua configuração qualquer espécie de interação sexual, como no caso de toques e carícias, inclusive em situações nas quais não há qualquer tipo de contato físico, como quando as vítimas são forçadas a assistirem atos sexuais, se despirem ou auto-acariciarem para serem vistas por terceiros, pessoalmente ou não (como no caso de serem filmadas e as imagens repassadas a terceiros).

1 - Promotora de Justiça da 1ª Promotoria Criminal e Coordenadora das Promotorias de Justiça de Nova Mutum/MT.

2 - Promotor de Justiça da 1ª Promotoria Cível de Nova Mutum.



PRINCIPAIS TIPOS DE ABUSO

- Esfregar-se no corpo da vítima ou passar a mão pelo seu corpo;
- Sexo vaginal;
- Despir a vítima;
- Sexo anal;
- Sexo oral;
- Exibição da genitália;
- Assédio;
- Masturbação da vítima pelo agressor e vice-versa;
- Obrigação de assistir relações sexuais de terceiros, pessoalmente ou não.

Obs.: O abuso sexual pode não deixar evidências físicas, como nos casos de assédio, carícias, manipulação suave dos genitais e exposição à pornografia. Dessa forma, quando a vítima apresenta sintomas, mas não admite ter sofrido abuso, sua avaliação psicológica criteriosa e de sua família, pode ser um importante instrumento para a confirmação de casos nos quais há suspeita de abuso sexual

QUEM SÃO OS AGRESSORES?

Ao mencionarmos o termo abusador sexual, geralmente nos vem à mente a imagem de uma pessoa "diferente", com hábitos "estranhos", um "monstro", um "tarado" de fácil identificação. Contudo, isso não é verdade, já que o abusador sexual é uma pessoa de aparência comum, exatamente como qualquer outra e geralmente muito querido pela vítima, o que facilita seu acesso a ela e a prática delituosa.

Quase sempre o abusador é um parente ou um amigo da vítima e de sua família, o que torna mais difícil e complexa a descoberta do crime, pois ele exige que a criança ou o adolescente guarde segredo quanto aos seus atos, sob ameaça ou permuta (quando, por exemplo, dá presentes, dinheiro ou doces para as vítimas).

Na maioria dos casos o abusador é do sexo masculino (98,8%) e possui vínculos afetivos, familiares ou de confiança com a vítima.

Portanto, o abusador na maioria das vezes é socialmente adequado, às vezes até mesmo um "perfeito cavalheiro" e alguém acima de qualquer suspeita (amigo, padrinho, pai, padrasto e outros).



ONDE OCORRE?

O abuso sexual pode ocorrer em qualquer lugar, na escola (especialmente nos banheiros); nos clubes; nas igrejas; nas ruas e dentro do ambiente familiar, quando a criança ou o adolescente ficam sozinhos com um membro da família, um cuidador ou um amigo próximo.

Abusos ocorridos dentro do ambiente familiar são denominados intrafamiliares ou incestuosos.

A maioria dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa e são perpetrados por pessoas próximas, sendo certo que o pai biológico e o padrasto aparecem como principais autores desse tipo de crime que acomete predominantemente as meninas.

Entre a criança e o perpetrador há muitas vezes fortes laços afetivos, tanto positivos quanto negativos, tais como afeição, medo, carinho e ódio, o que prolonga o sofrimento da vítima e muitas vezes oculta a identidade do abusador.



CAPÍTULO II

INFÂNCIA E CUIDADO: PERCURSOS, VIVÊNCIAS E ATITUDES.

A escola como espaço de revelação da violência sexual.

Adriane Vargas Barbosa³

Carmen Lucia Massoni⁴

Todos os dias, ele chega à escola. Vai para a sala dos professores, conversa com seus colegas, toma café, abre o armário, pega o material preparado para a aula do dia. Toca o sinal, e chega a hora de ir para a sala de aula.

Ele sente profundo incômodo, mas não há saída. Mais uma vez, chega a hora de encontrar aquele estudante sobre o qual ele tem a convicção de que vem sofrendo violência sexual. Se pudesse, não daria aula mais nessa turma.

Não há saída. Enfrentar a situação parece que ainda não é o momento, mas quando será?

Por que não toma a decisão de se aproximar e de dialogar sobre o que suspeita estar afligindo o aluno há vários meses? E as consequências que advirão dessa decisão de se aproximar? O pai nunca esteve na escola. A mãe apenas aparece quando convocada pela direção a comparecer e a tomar conhecimento de alguma situação específica sobre o filho.

Chega à sala de aula. Em meio ao burburinho da turma, olha para aquele menino e o vê tentando agarrar-se a algo ou a alguém para conseguir sobreviver.

Seu desempenho nas disciplinas não é dos piores, mas, se estivesse em condições diferentes da que se encontra, poderia ser um dos melhores da turma.

É hora de fazer alguma coisa. Contudo, mais uma vez, olha para o menino e, mais uma vez, em meio a um profundo conflito interior, resolve deixar para outro dia. Em casa, seus pensamentos sobre o menino ocupam suas reflexões e ele se questiona como seria se já tivesse cumprido o seu dever: notificar o caso e buscar ajuda para aquela criança que, com seu modo e com seu olhar triste e inquiridor, vive a pedir socorro.

Sua omissão se sustenta no receio de, ao tomar uma atitude, comprometer se excessivamente e de vir a sofrer também, ou mesmo de colocar-se em risco e de se tornar alvo de represálias. Escolhe seguir a rotina, e assim passam os dias. Aquele professor daquela escola distante e agora também distante daquela criança tenta, de todas as formas, amenizar seu desconforto e seguir mantendo o equilíbrio no cotidiano.

(Rita Ippolito & Rosiléa Wille, 2014: 131)

3 - Psicóloga do Núcleo de Acompanhamento Integrado à Família na Escola - NAIFE. Especialista em Assistência Interdisciplinar em Saúde Mental/AD.

4 - Psicóloga do Núcleo de Acompanhamento Integrado à Família na Escola- NAIFE.



INTRODUÇÃO:

A escola é importante no enfrentamento da violência sexual da criança e de adolescente, por ser o equipamento social que mais se aproxima destes. Por isso, ocupa lugar estratégico na rede de proteção social integral da criança e do adolescente.

Sendo a educação escolar parte de um conjunto de políticas públicas, não basta assegurar o direito à educação. Para Ippolito & Wille (2014: 134)

“É necessário que durante a infância e a adolescência, haja um estabelecimento de relações interpessoais fundadas no respeito, na aceitação e no apoio à convivência familiar e comunitária, principalmente quando essa criança e esse adolescente tiverem seus direitos violados, por exemplo, quando vítimas de violência sexual.”

Como a escola é o segundo ambiente social da criança, esta pode ser um ambiente importante de referência, onde ela pode encontrar apoio para revelar situações de violência que esteja vivenciando. O professor ao estabelecer relações de confiança com a criança tem a possibilidade de observar mudanças comportamentais e ou fatores negativos ou estranhos ao seu desenvolvimento normal.

Pesquisa realizada pelo Instituto da Criança e do Adolescente (ICA) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), em 2007, em 13 escolas das redes municipal e estadual de Belo Horizonte, concluiu que os professores se declararam não estar preparados para lidar com os problemas de ordem social e psicológica dos estudantes, estes apontaram dificuldades de conduzirem casos de violência por possuírem pouca informação sobre o ECA, revelando que há uma incompreensão das atribuições e do papel de cada ator na rede de proteção social, pois a maioria disse que chama os conselheiros para “dar uma dura nos meninos que estão indisciplinados” (PUC, 2007).

Esses dados chamam a atenção para a necessidade de se esclarecer os papéis e atribuições desses atores. Pois a escola é um recurso fundamental no reconhecimento precoce dos sinais de abuso da criança, sendo muitas vezes o lugar mais próximo da revelação, especialmente quando a violência acontece no território familiar.

Segundo Ippolito & Wille (2014), professores e gestores necessitam de novas competências para reconhecer os sinais de possíveis experiências de abuso e, assim, atuar na proteção das crianças.



- **adquirir capacidades de observação e de escuta da criança:** aprender a escutá-la, aprender a envolvê-la na busca de soluções significa, para professores e demais educadores, de forma geral, criar as condições para que a criança sinta confiança e respeito;

- **conhecer os indicadores da violência sexual:** reconhecer os sinais de abuso, e as manifestações do desenvolvimento sexual de crianças e de adolescente; conhecer as consequências do abuso que podem se manifestar a curto, a médio e a longo prazo;

ESCUTA DA CRIANÇA - O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM.

O primeiro desafio ao ouvir uma criança é dar-lhe voz, com o intuito de que revele o seu mundo e suas concepções. Para interpretar o discurso infantil precisamos renunciar a postura do adulto como centro - adultocêntrico. Deste modo o profissional que ouvir às crianças precisam conhecer os diferentes aspectos do desenvolvimento infantil. Dentre um dos aspectos está o desenvolvimento da linguagem da criança, e para delinear esta questão tomaremos como referência o teórico Jean Piaget.

Piaget divide os períodos de desenvolvimento humano em quatro: 1º período: Sensório-motor (0 a 2 anos); 2º período: Pré-operatório (2 a 7 anos); 3º período: Operações concretas (7 a 11 ou 12 anos) e 4º período: Operações formais (11 ou 12 anos em diante).

No período sensório-motor a criança conquista o universo através da percepção e do movimento. A sua inteligência é prática, ou seja, demonstrada através de ações. A partir de uma vivência de situação de abuso a criança pode imitar o ato ao qual foi imposta e/ou falar algo de forma imitativa (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 2001). Por exemplo: "*A criança pegou a boneca e começou a lamber a parte referente a vagina.*" ou dizer "*aperta aqui, aperta aqui*" (*apontando para o seu órgão sexual*).

Na transição do sensório-motor para o pré operatório acontece o aparecimento da linguagem. No entanto, grande parte do seu repertório verbal é usada de forma imitativa, sem que ela domine o significado das palavras, assim como apresenta dificuldades de reconhecer a ordem em que mais de dois eventos ocorrem (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 2001).

No período pré-operatório a linguagem é considerada pré-conceitual, ou seja, a criança está desenvolvendo a capacidade de construir símbolos. Ela começa a fazer distinções entre significantes (representação objetiva) e significados (fato



ausente à percepção à qual a imagem se refere). Vejamos um exemplo que a autora Lordello (2014) trazem:

"inicialmente, a criança percebe o beijo da mãe de forma objetiva (significante); posteriormente, começa a associar esse beijo à despedida (significado), ao significado de que a mãe está saindo para trabalhar. Em situações de violência, a criança custa a entender que o ato libidinoso em si é algo errado, podendo associá-lo a cuidado ou a brincadeira. Dependendo do ato abusivo, ela pode construir associações equivocadas" (pg. 44).

Outra marca da fase pré-conceitual da linguagem é a função simbólica, que dá a criança a capacidade de simbolizar e a possibilidade do fazer de conta numa forma mais concreta. Ou seja, ao descrever uma situação de violência, a criança pode imaginar objetos para representar outros. Por exemplo: *"Enrola aqui o meu piu-piu (referindo-se ao pênis) para presente, igual o amigo grande faz quando a gente brinca de aniversário"*.

Outra característica presente no estágio pré-conceitual é o sincretismo, ou seja, a criança agrupa fatos relacionados em um todo confuso. Em seu discurso une elementos justapostos que não tem, necessariamente, uma articulação entre si. A criança pode contar partes recortadas de um fato, aparentemente mistura itens que não fazem sentido com o relato, por exemplo, *"era uma vez um homem grande que ia me dar uma balinha para ir com ele na padaria. Aí o caminhão atropelou a bicicleta e eu ganhei uma boneca da vovó..."*. Esta característica no relato da criança promove a ideia que a fala infantil deva ser desacreditada podendo sugerir que o relato não seja verdadeiro.

Estes traços na linguagem ocorrem porque a criança nesta fase é egocêntrica, assim ela apenas consegue pensar do seu ponto de vista e não concebe o mundo do qual ela não faz parte (LORDELLO, 2014).

Entre os 4 aos 7 anos, ainda no estágio pré operatório, há uma maior complexidade de pensamentos e no campo da linguagem a criança age por percepção, ou seja, para estabelecer relações ela ainda precisa se ancorar em materiais concretos, em histórias, ou experiências como se tivesse de visualizar a situação para poder agir. Assim, ela consegue revelar uma situação de violência por meio do brinquedo, pois o brincar é um recurso para contextualizar a sua experiência.

Conforme Lordello (2014) menciona é preciso renunciar a uma postura adultocêntrica para compreender o universo infantil, sobretudo quando ele nos é apresentado por meio da linguagem. Isso significa dizer que não é possível compreender a criança por nossos próprios parâmetros. Por isso, aquele que se dispôr a escutar de fato a criança, deve ter interesse pela dinâmica peculiar do seu



universo e do seu desenvolvimento, para assim ser mais atuante quando há violação de direitos prevenindo sequelas psicológicas decorrente da violência.

No período operatório concreto, o desenvolvimento mental, caracterizado no período anterior pelo egocentrismo intelectual e social, é superado neste período pelo início da construção lógica (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 2001). Há um refinamento da expressão verbal, apresentando sofisticação no argumento, embora ainda atrelado ao concreto. Assim a criança pode representar uma vivência de abuso através da brincadeira e caso já tenha o domínio da escrita por cartas. Exemplo: *"Carta ao Papai Noel (...) eu quero um tênis, uma camiseta e uma calça ou shorts porque minha mãe não tem condições, meu padrasto abuso de mim. Mas não conta pra ninguém"*.

No período de operações formais ocorre a passagem do pensamento concreto para o pensamento formal, abstrato, isto é, o adolescente realiza as operações no plano das ideias, sem necessitar de manipulação ou referências concretas, como no período anterior. Há casos em que projeta o que vivenciou *"Eu tenho um amigo que diz que o tio pegou ele no banheiro."*

INDICADORES DA VIOLÊNCIA SEXUAL.

Os sinais físicos, emotivos e psicológicos da violência podem ter graves consequências sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente, sobre sua saúde e sobre sua capacidade de aprendizagem, pois estes não tem ainda independência emocional e/ou maturidade plena para dar o seu consentimento, levando-nos a perceber que sua participação foi obtida mediante coerção física ou psicológica.

Compreender a linguagem da criança é essencial para entender por que uma fala, com detalhes sexualizados, converte-se em indicadores de abuso sexual. Se em sua fase de desenvolvimento cabe apenas a curiosidade sobre órgãos sexuais, sobre diferenças anatômicas entre gêneros e sobre questões corporais, o fato de reproduzir cenas ou perguntas com erotização excessiva pode revelar que está sendo submetida a algum tipo de estimulação, ocasionando mudança provocada de fora para dentro.

Vale ressaltar a necessidade de observar alterações comportamentais das crianças e adolescentes tais como:

- Enfermidades psicossomáticas se traduzem em uma série de problemas de saúde sem aparente causa clínica, como dor de cabeça, erupções na pele, vômitos e outras dificuldades digestivas, sendo de fundos psicológico e emocional;



- Mudanças comportamentais radicais, oscilações de humor entre os estados de timidez e extroversão;
- Regressão a comportamentos infantis, tais como choro excessivo sem causa aparente, enurese (emissão involuntária de urina) e hábito de chupar os dedos;
- Assiduidade e pontualidade exagerada. Chegam cedo e saem tarde, demonstram pouco interesse em voltar para casa após a aula, ou até apresentam resistência a isso;
- Sono excessivo no ambiente escolar;
- Queda injustificada de frequência à escola;
- Dificuldade de concentração e de aprendizagem, resultando em baixo rendimento escolar;
- Ausência ou pouca participação nas atividades escolares;
- O aparecimento de objetos pessoais, brinquedos, dinheiro e outros bens que estão além das possibilidades financeiras da família da criança ou adolescente podem indicar favorecimento e/ou aliciamento.

No entanto, de acordo com Romero (2007), embora a maioria das crianças e adolescentes apresentem sintomas após sofrer violência, uma porcentagem significativa pode não apresentá-los. Assim os efeitos dos abusos não podem ser generalizado para todos, pois a subjetividade que implica na vivência particular a uma determinada situação, influenciará na gravidade e quantidade das consequências (sinais e sintomas).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A internalização de conceitos equivocados, a naturalização da violência ou do gesto de abuso como cuidado, e a manutenção dos pactos de segredo tem consequências desastrosas ao desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. Considerando que o abuso é um fator de risco para futuros distúrbios psiquiátricos, cabe aos profissionais, envolvidos na escuta da criança e do adolescente, refletir sobre estratégias e procedimentos com o intuito de interromper a situação de violência bem como prevenir futuras ocorrências.

Logo, um recurso importante a ser utilizado no combate a violência é a notificação obrigatória dos casos confirmados ou mesmo suspeitos de violência contra crianças e adolescentes. Neste sentido também é imprescindível construir meios e formas, nas escolas, para oferecer apoio psicológico ao professor que acompanha o caso, pois a vulnerabilidade e o desgaste emocional são muito grandes na manutenção das relações na escola.



FLUXO DOS PROCEDIMENTOS NA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

PROCEDIMENTOS DA ESCOLA:

- 1º – Notificação do caso;
- 2º – Encaminhamento da notificação para a Assessoria Pedagógica e para o Conselho Tutelar, simultaneamente;
- 3º – Excepcionalmente, quando ocorrer nas escolas do interior, comunicar imediatamente à Assessoria Pedagógica providências sejam agilizadas.

PROCEDIMENTOS DA ASSESSORIA:

- 1º – Informar a notificação recebida no grupo Projeto Luz;
- 2º – Caso a notificação seja das escolas do interior, tomar as providências para que a logística de envio desta ao Conselho Tutelar seja feita.

PROCEDIMENTOS EM RELAÇÃO À CRIANÇA

Quando a notificação partir da escola e a criança ser retirada pelo Conselho:

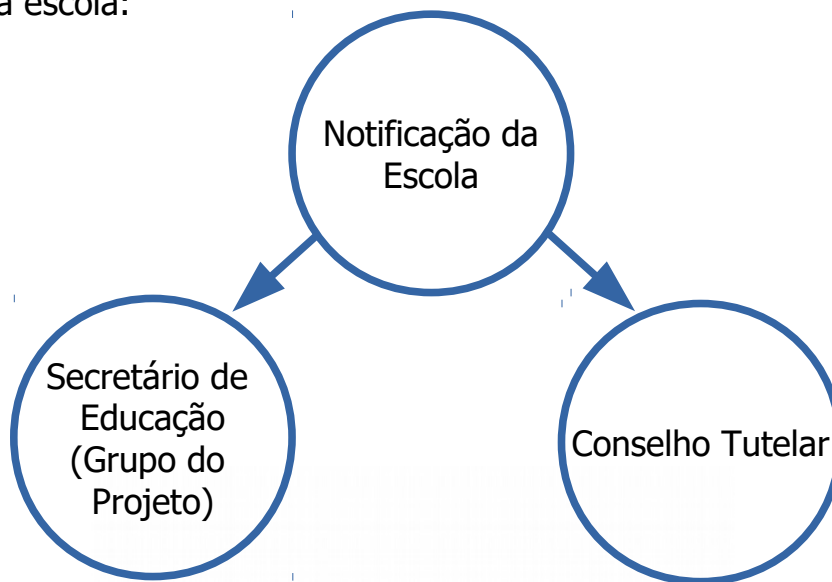
- Se a criança retornar para escola, recebê-la e encaminhá-la para a sala de aula, sem nenhum questionamento.
- Caso ela apresente alguma reação emocional, acolhê-la sem induzi-la a relatar o fato ocorrido.
- Caso ela não se acalme, entrar em contato com o Conselho Tutelar para a devida tomada de providências.

Quando a notificação partir de outros órgãos, a criança foi retirada pelo Conselho e retornou à escola:

- Se a criança retornar para escola, recebê-la e encaminhá-la para a sala de aula, sem nenhum questionamento.
- Caso ela apresente alguma reação emocional, acolhê-la sem induzi-la a relatar o fato ocorrido.
- Caso ela não se acalme, entrar em contato com o Conselho Tutelar para a devida tomada de providências.



Fluxo na escola:



PROCEDIMENTOS EM RELAÇÃO À FAMÍLIA:

- Se a família procurar a escola para informações, após a notificação, esta deverá manter o sigilo e orientá-la para que procure esclarecimentos no Conselho Tutelar.
- O diretor escolar deverá resguardar o professor evitando que a família entre em contato com o mesmo para esclarecimentos.
- Caso a família insista em obter informações orientá-la para que procure o Conselho Tutelar.
- Caso a direção sinta-se ameaçada por alguém relacionado à notificação deverá comunicar a Polícia Militar.

EM CASOS DE MEDIDA PROTETIVA:

- A Assessoria informará a escola sobre a medida;
- A escola deve **resguardar** a criança/ adolescente para que não tenha contato com a pessoa que está impedida de se aproximar.



FLUXO DOS PROCEDIMENTOS NA REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

PROCEDIMENTOS DA ESCOLA:

- 1º – Notificação do caso;
- 2º – Encaminhamento da notificação para a Secretária de Educação e para o Conselho Tutelar, simultaneamente;
- 3º – Excepcionalmente, quando ocorrer nas escolas do interior, comunicar imediatamente à Secretária de Educação para que as providências sejam agilizadas.

PROCEDIMENTOS DA SECRETÁRIA:

- 1º – Informar a notificação recebida no grupo Projeto Luz;
- 2º – Caso a notificação seja das escolas do interior, tomar as providências para que a logística de envio desta ao Conselho Tutelar seja feita.

PROCEDIMENTOS EM RELAÇÃO À CRIANÇA

Quando a notificação partir da escola e a criança ser retirada pelo Conselho:

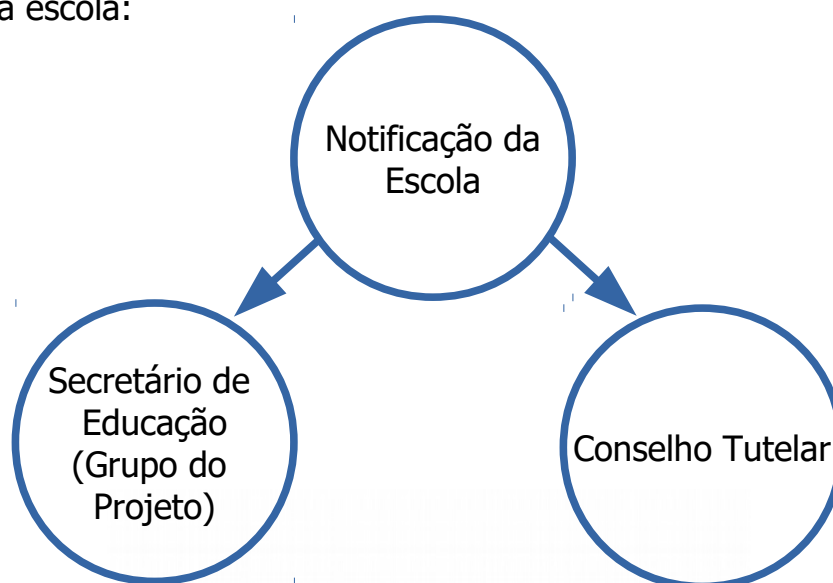
- 1) Se a criança retornar para escola, recebê-la e encaminhá-la para a sala de aula, sem nenhum questionamento.
- 2) Caso ela apresente alguma reação emocional, acolhê-la sem induzi-la a relatar o fato ocorrido.
- 3) Caso ela não se acalme, entrar em contato com o Conselho Tutelar para a devida tomada de providências.

Quando a notificação partir de outros órgãos, a criança foi retirada pelo Conselho e retornou à escola:

- 1) Se a criança retornar para escola, recebê-la e encaminhá-la para a sala de aula, sem nenhum questionamento.
- 2) Caso ela apresente alguma reação emocional, acolhê-la sem induzi-la a relatar o fato ocorrido.
- 3) Caso ela não se acalme, entrar em contato com o Conselho Tutelar para a devida tomada de providências.



Fluxo na escola:



PROCEDIMENTOS EM RELAÇÃO À FAMÍLIA:

- 1) Se a família procurar a escola para informações, após a notificação, esta deverá manter o sigilo e orientá-la para que procure esclarecimentos no Conselho Tutelar.
- 2) O diretor escolar deverá resguardar o professor evitando que a família entre em contato com o mesmo para esclarecimentos.
- 3) Caso a família insista em obter informações orientá-la para que procure o Conselho Tutelar.
- 4) Caso a direção sinta-se ameaçada por alguém relacionado à notificação deverá comunicar a Polícia Militar.

EM CASOS DE MEDIDA PROTETIVA:

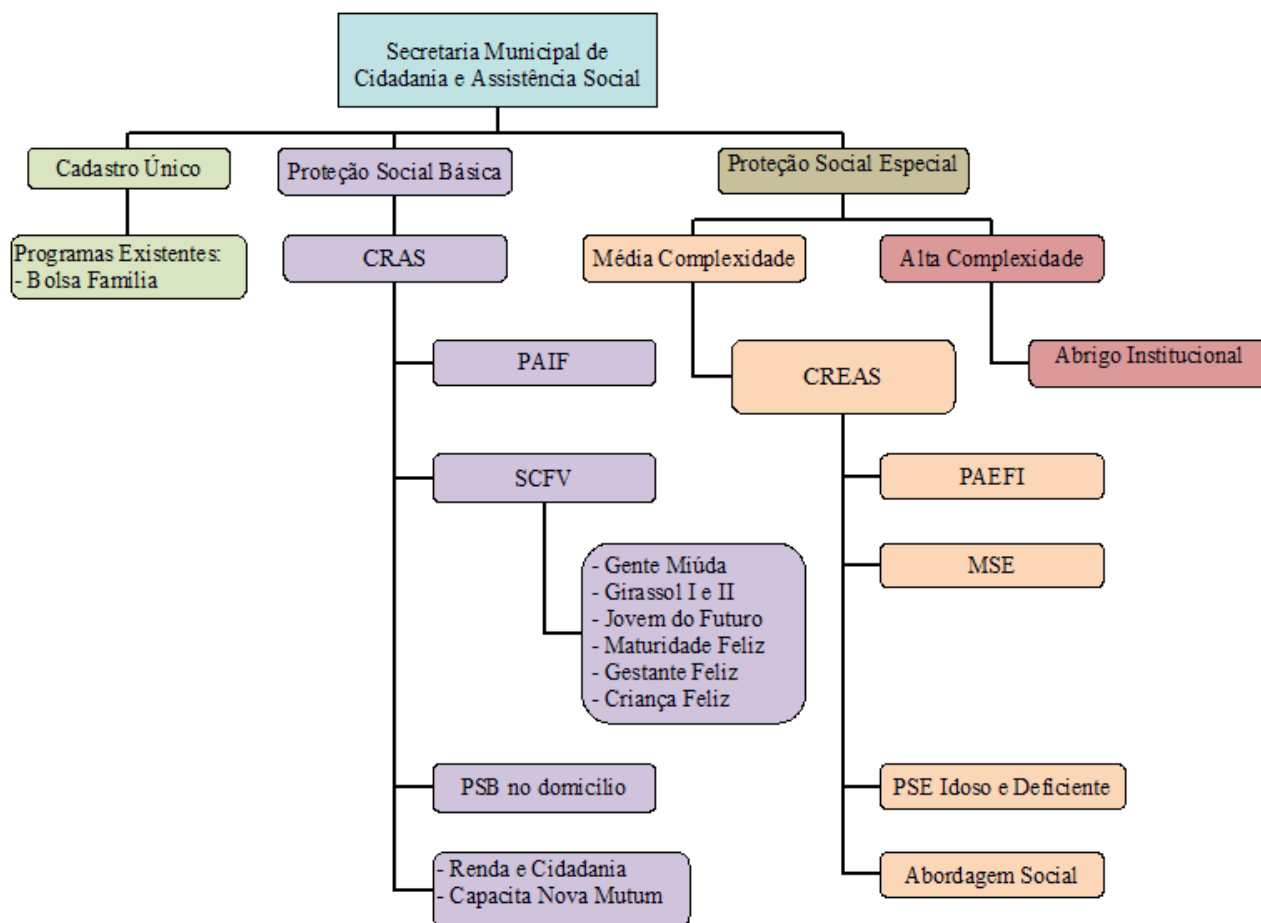
- A Secretária de Educação informará a escola sobre a medida;
- A escola deve **resguardar** a criança/ adolescente para que não tenha contato com a pessoa que está impedida de se aproximar.

COMUNICAÇÃO:

- Caso aconteça de a vítima residir no interior e ser retirada da Unidade Escolar, em horário de aula, e a mesma estar impedida de voltar para a casa e os pais ainda não terem sido avisados, um comunicado será expedido pela escola ou pelo departamento de transporte escolar e entregue aos responsáveis pelo monitor ou motorista do ônibus escolar.
- Nos casos em que a escola notificou e comunicou ao Conselho Tutelar e este, não compareceu até a escola, no período de aula, para retirar a criança, esta será entregue normalmente aos responsáveis.

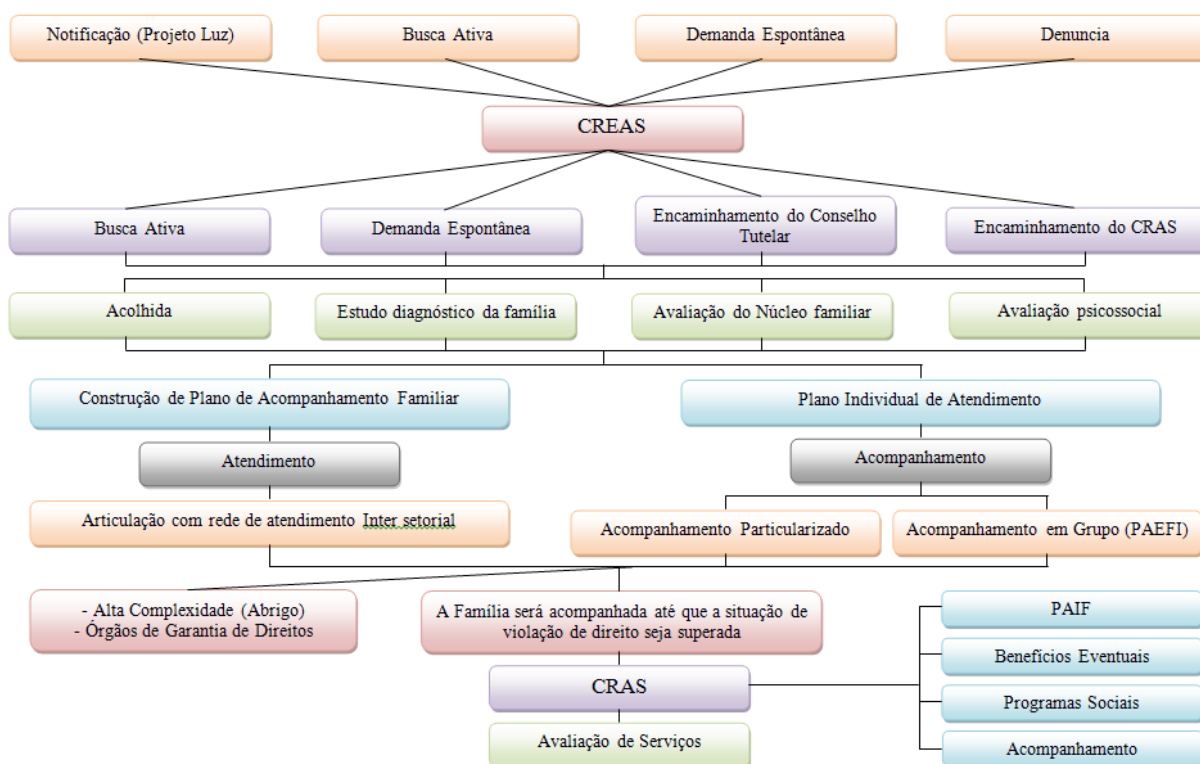


FLUXO DOS PROCEDIMENTOS NOS PROGRAMAS VINCULADOS À SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL



FLUXO DOS PROCEDIMENTOS NOS PROGRAMAS VINCULADOS AO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES – PROJETO LUZ



CAPÍTULO III

ORIENTAÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Anke Helga Schwabe⁵
Washington Bruno F. Barbosa⁶

APRESENTAÇÃO

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal.

A Prefeitura Municipal de Nova Mutum, junto ao Ministério Público e a outras instâncias públicas e privadas, atenta a essa questão e sensível à realidade que nos circunda diariamente, assume lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial. Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário – notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) – e pela legislação nacional vigente - a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros.

Este documento cumpre, assim, um dos principais eixos do Projeto Luz – criado em parceria com o Ministério Público, Secretarias de Governo Municipais, Polícias Civil e Militar, dentre outros – com objetivo de expandir e qualificar a rede municipal de atenção integral para crianças e adolescentes em situação de violência, participando de uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual.

Pretende, dessa forma, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das crianças e adolescentes, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime.

5 - Secretária Municipal de Saúde.

6 - Médico e Coordenador Clínico do Pronto Atendimento Municipal.



INTRODUÇÃO

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, principalmente crianças e adolescentes em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos(as) profissionais de saúde.

É fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção da violência sexual, os procedimentos médicos viáveis e regulamentados por lei e encaminhamento das vítimas atingidas pela violência sexual. A eficiência desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados o mais imediato possível, dentro das demandas de cada criança ou adolescente. Para tanto, é preciso que os serviços de saúde, as autoridades policiais, os setores de emergência, as escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento sobre quais serviços de saúde realizam esse tipo de atendimento. Por sua vez, a assistência nos serviços de saúde requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento. No entanto, não há obrigatoriedade da organização de um serviço específico para esse fim e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços.

O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra referência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde estejam preparadas para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias das ISTs, hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da criança.

Em conjunção à escola, a puericultura é situação de atenção máxima ao desenvolvimento infantil, sendo capaz de não só diagnosticar e tratar, mas interromper um eventual ciclo de violência contra a criança.

Todas as unidades de saúde da Rede Municipal de Atendimento de Nova Mutum – básicas ou de emergência – devem estar aptas a reconhecer sinais as mais diversas formas de violência, a diagnosticá-las e a tratá-las, bem como a alertar todas as outras estruturas componentes do Projeto Luz, a fim de que problema seja abordado de forma direta e coesa em todas as suas facetas.

Este manual enfoca o tema da violência sexual e seu atendimento específico, não pretendendo esgotar o assunto em si. Deve ser sempre complementado pela



análise e atuação frente a outras formas de violência que possam se apresentar, necessitando da observação e atuação arguta de todos os profissionais da rede.

O ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL E O SUS

O abuso e a exploração sexual são crimes graves, que deixam marcas profundas nos corpos das vítimas, como lesões, contágio por doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce. Mais do que isso, a violência sexual prejudica profundamente o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, gerando problemas como estresse, depressão e baixa autoestima. É dever da família, do Estado e de toda a sociedade protegê-los.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, **obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude**, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o art. 2º do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos.

COMO A CRIANÇA OU ADOLESCENTE COMUNICA AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As crianças e adolescentes “avisam” de diversas maneiras, quase sempre não verbais, as situações de **maus** tratos e de abuso sexual. Veja abaixo alguns indicadores na conduta da criança/adolescente que sofreu abuso sexual:

SINAIS CORPORAIS:

- Enfermidades psicossomáticas, que são uma série de problemas de saúde sem aparente causa clínica, como dores de cabeça, erupções na pele, vômitos e outras dificuldades digestivas que têm, na realidade, fundo psicológico e emocional.
- Doenças sexualmente transmissíveis, diagnosticadas em coceira na área genital, infecções urinárias, odor vaginal, corrimento ou outras secreções vaginais e perianas e cólicas intestinais.
- Dificuldade de engolir devido à inflamação causada por gonorreia na garganta ou reflexo de engasgo hiperativo e vômitos (por sexo oral).
- Dor, inchaço, lesão ou sangramento nas áreas da vagina ou ânus a ponto de causar, inclusive, dificuldade de caminhar e sentar.
- Ganho ou perda de peso, visando afetar a atratividade do agressor.
- Traumatismo físico ou lesões corporais, por uso de violência física.



SINAIS COMPORTAMENTAIS:

- Medo ou pânico de certa pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando é deixado sozinho em algum lugar com alguém.
- Medo do escuro ou de lugares fechados.
- Mudanças extremas súbitas e inexplicadas no comportamento, como oscilações no humor entre retraída e extrovertida.
- Mal estar pela sensação de modificação do corpo e confusão de idade.
- Regressão a comportamentos infantis, como choro excessivo sem causa aparente, enurese (xixi na cama) e chupar dedos.
- Tristeza, abatimento profundo ou depressão crônica. Fraco controle de impulsos e comportamento autodestrutivo ou suicida.
- Baixo nível de autoestima e excessiva preocupação em agradar os outros.
- Vergonha excessiva, inclusive de mudar de roupa na frente de outras pessoas.
- Culpa e autoflagelação.
- Ansiedade generalizada, comportamento tenso, sempre em estado de alerta, fadiga.
- Comportamento destrutivo, agressivo, raivoso, principalmente dirigido contra irmãos e um dos pais não incestuoso.
- Alguns podem apresentar transtornos dissociativos na forma de personalidade múltipla.

SEXUALIDADE

- Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais.
- Expressão de afeto sensualizada ou mesmo certo grau de provocação erótica, inapropriado para uma criança.
- Desenvolvimento de brincadeiras sexuais persistentes com amigos, animais e brinquedos.
- Masturbar-se compulsivamente
- Relato de avanços sexuais por parentes, responsáveis e outros adultos.
- Desenhar órgãos genitais com detalhes além de sua capacidade etária.

HÁBITOS, CUIDADOS CORPORAIS E HIGIÊNICOS.

- Abandono de comportamento infantil, de laços afetivos, de antigos hábitos lúdicos, de fantasias, ainda que temporariamente.
- Mudança de hábito alimentar – perda de apetite (anorexia) ou excesso de alimentação (obesidade).
- Padrão de sono perturbado por pesadelos frequentes, agitação noturna, gritos, suores, provocados pelo terror de adormecer e sofrer abuso.
- Aparência descuidada e suja pela relutância em trocar de roupa.



- Resistência em participar de atividades físicas.
- Frequentes fugas de casa
- Práticas de delitos
- Envolvimento em prostituição infanto-juvenil
- Uso e abuso de substâncias como álcool, drogas lícitas e ilícitas.

RELACIONAMENTO SOCIAL

- Tendência ao isolamento social com poucas relações com colegas e companheiros.
- Relacionamento entre crianças e adultos com ares de segredo e exclusão dos demais.
- Dificuldade de confiar nas pessoas à sua volta
- Fuga de contato físico
- O surgimento de objetos pessoais, brinquedos, dinheiro e outros bens que estão além das possibilidades financeiras da criança/adolescente e da família pode ser indicador de favorecimento e/ou aliciamento.

A NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012) E O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7958, DE 13 DE MARÇO DE 2013, DISPÕEM SOBRE OS REGISTROS QUE DEVEM CONSTAR EM PRONTUÁRIO:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.
- Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.
- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de DSTs, tais como: leucorréias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc).
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:



1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas;
2. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes): **PROJETO LUZ**
3. Realização do exame minucioso acima descrito;
4. Outras medidas legais cabíveis. ACESSO À REDE DE APOIO – Verificar o acesso e a necessidade da criança ou adolescente, as diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar:

- Tipo de material biológico envolvido.
- Tipo de prática sofrida (penetração anal, oral, vaginal).
- Número de agressores.
- Tempo de exposição (cárcere privado / sequestro / abuso crônico).
- Condição himenal: hímen íntegro ou com rotura (cicatrizada ou recente, única ou múltiplas).
- Presença de traumatismos genitais.
- Idade.
- Suscetibilidade.
- Lesões prévias em mucosas.
- Presença de IST – infecção sexualmente transmissível.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

A EQUIPE

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos nas unidades de saúde.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às crianças e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde da população infantil. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescentar à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades.



EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL

A unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade.

Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultrassonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas.

No caso de necessidade de assistência fora das possibilidades disponíveis na unidade básica, o paciente deve ser encaminhado ao Hospital Municipal de Nova Mutum.

ASPECTOS LEGAIS

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a “**Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**”, segue nos Anexos, composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam, **minimamente**, o perfil das violências perpetradas contra as crianças e os adolescentes, a caracterização das pessoas que sofreram violências e dos(as) prováveis autores(as) de agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Essa ficha deve ser utilizada para a notificação **compulsória** de **qualquer caso suspeito ou confirmado** de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências, independente de faixa etária, de acordo com a Lei 10.778/2003, o Decreto-Lei no 5.099/2004 e a Portaria MS/GM no 2.406/2004. Quando se trata de notificação de violências contra crianças e adolescentes, uma via da ficha deve ser encaminhada para o Conselho Tutelar.

Cabe ressaltar que seu preenchimento não significa determinação de culpa ou designação de réu – é, simplesmente, um registro da HIPÓTESE de violência contra a vítima.

Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a), ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a criança exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência



à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão.

Nesse caso, segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal Brasileiro, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da vítima ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer.

No atendimento imediato após a violência sexual também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida que a criança ou adolescente pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional. Ou seja: NÃO SE DEVE AGUARDAR ESPECIALISTA PARA INICIAR A ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

O SIGILO

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5º, garante que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação".

O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que "é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual também se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais. A assistência à saúde da menor de 18 anos deve observar ao princípio de sua proteção. Se a revelação dos fatos for feita para preservá-la de danos, está afastado o crime de revelação de segredo profissional.

Entretanto, a revelação do ocorrido também pode lhe acarretar danos, em algumas circunstâncias. Entre outros prejuízos ainda mais graves, ela pode afastar-se do serviço e perder a confiança nos profissionais que a assistem.



Nesse caso, a decisão do profissional de saúde deve estar justificada no prontuário da criança ou da adolescente. A negociação da quebra de sigilo com as adolescentes poderá evitar os prejuízos; além de ser um direito garantido pelo ECA no Art. 16, item II, como o direito à liberdade de opinião e expressão, e no Art. 17, no que diz respeito à autonomia.

Entretanto, salienta-se que frente a qualquer suspeita ou confirmação de violência contra criança e adolescente, independente do tipo ou natureza da violência cometida, a notificação é obrigatória e o profissional de saúde que não o fizer estará cometendo negligência no atendimento, estando sujeito às medidas legais e administrativas.

ATENDIMENTO

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência.

A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as crianças e os adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As vítimas em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da criança é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento.

O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

É necessário que o serviço de saúde:

- **Faça exame físico completo;**



- **Realize exame ginecológico;**
- **Colete amostras para diagnóstico de infecções genitais (se disponível);**
- **Colete material para identificação do provável autor(a) da agressão (se disponível e na ausência do médico-legista);**
- **Preencha “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”.**

Nos casos de exposições percutânea e cutânea, recomendam-se, como primeira conduta após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos em relação à área atingida. Essas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão. Também podem ser utilizadas soluções antissépticas degermantes.

Nas exposições envolvendo mucosas (olhos, boca e nariz), deve-se lavá-las exaustivamente apenas com água ou com solução salina fisiológica. Estão contraindicados procedimentos que ampliem a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes, como éter, hipoclorito ou glutaraldeído.

ANAMNESE

É necessário que o (a) médico (a) realize a anamnese da forma mais completa possível, lembrando sempre que tanto na “Queixa Principal” (QP), quanto na “História da Doença Atual” (HDA) o relato deve ser fiel às palavras da criança ou adolescente, sem interpretação pessoal ou juízo de valor. Se possível, deverá conter (em prontuário):

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

- Local, dia e hora aproximada da violência sexual;
- Tipo(s) de violência sexual sofrido(s);
- Forma(s) de constrangimento utilizada(s);
- Tipificação e número de autores da violência;
- Órgão que realizou o encaminhamento, se aplicável.

Todas estas informações têm extrema relevância porque vão determinar se o fato é, por exemplo, RECENTE ou ANTIGO, mudando a conduta médica. Além disso, podem ser fontes de laudos periciais indiretos se, por qualquer razão, o exame legal não puder ser feito em tempo hábil.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas realizadas:



- Já houve atendimento de emergência em outro serviço de saúde? A ficha de notificação já foi preenchida? Quais as medidas realizadas?
- Já foram colhidos exames laboratoriais?
- A vítima foi higienizada (tomou banho) antes do atendimento?
- Já houve comunicação ao Conselho Tutelar?
- Exame pericial já foi solicitado (para ser realizado conjuntamente ao primeiro atendimento – situação ideal)?

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Devemos prestar especial atenção àquelas afecções que podem sugerir negligência, violência física e sexual – infecções recorrentes, traumatismos inexplicados, atrasos ou recuo nos marcos de desenvolvimento, dentre outros.

É de fundamental importância investigar a **situação vacinal da criança**, que pode determinar, na necessidade de instituição de profilaxia anti-infecciosa, conduta mais ou menos agressiva.

EXAME FÍSICO

Na suspeita de violência sexual, o exame físico deve ser completo, incluindo cavidade oral e região genital. Em caso, principalmente, de vítimas do sexo feminino, mas não somente, sugere-se que o exame seja realizado em dupla, junto sempre a uma profissional de saúde habilitada, para que a criança não se perceba sozinha com um adulto do sexo oposto, possível retrato do seu agressor.

Devem-se pesquisar marcas de violência física, traumatismos, úlceras, verrugas, corrimentos, etc., mesmo que as queixas não sejam diretamente relacionadas. **TODOS OS ACHADOS DEVEM SER RELATADOS EM PRONTUÁRIO.**

Em caso de traumatismos abdominais, outros exames diagnósticos como US de abdômen e pelve podem ser solicitados, para elucidação de eventual sangramento intracavitário.

A presença de material biológico pode fornecer informações vitais para a elucidação do caso. Portanto, em caso de ausência do médico legista e de disponibilidade de *swab* para sua coleta e armazenamento, tais materiais podem ser colhidos pelo médico atendente, sem que haja prejuízo do atendimento à vítima. Entretanto, é fundamental lembrar: **o atendimento médico é a PRIORIDADE do serviço de saúde.**



RACIOCÍNIO CLÍNICO – DOENÇAS INFECCIOSAS

Ao se colher a história e realizar exame físico minucioso, precisamos responder três perguntas iniciais:

1. Houve exposição a material biológico de risco?
2. Esta exposição é de risco?
3. Há quanto tempo ocorreu a exposição?

Estas respostas oferecerão ao médico a chave para a prescrição correta da profilaxia anti-infecciosa.

Quais são os materiais biológicos de risco?

Quais exposições são de risco?

Percutânea, membranas mucosas, cutânea em pele não íntegra, mordedura com presença de sangue – para todos os agentes. Para agentes não virais, mesmo pele íntegra pode ser de risco.

EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	EXPOSIÇÃO SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV
Sangue	Suor
Sêmen	Lágrimas
Fluídos Vaginais	Fezes
Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdio)	Urina
Líquido Amniótico	Vômito
Líquor	Saliva
Líquido articular	Secreções nasais
Leite materno	

Como o tempo de exposição modifica a profilaxia?

Casos **recentes**, definidos por ocorrência a menos de 72h, recebem – se indicado – profilaxia para todos os agentes.

Casos **antigos**, definidos por ocorridos há mais de 72h, NÃO SE FAZ profilaxia anti-HIV. Mantém-se profilaxia anti-HBV e para agentes não virais.

Casos **ocorridos há mais de 14 dias** NÃO RECEBEM PROFILAXIA PARA QUALQUER AGENTE, mas devem ser pesquisados para eventual DIAGNÓSTICO de alguma infecção sexualmente transmissível.



Importante: se o *status* sorológico do agressor for conhecido e NEGATIVO, MESMO COM EXPOSIÇÃO DE RISCO E MENOS DE 72h DA OCORRÊNCIA DA AGRESSÃO, a profilaxia deve ser modificada ou suspensa.

EXAMES LABORATORIAIS

Ao atender vítimas de Violência Sexual, a Secretaria Municipal de Saúde realizará os exames que seguem, verificando as particularidades de cada caso.

Juntamente à história clínica e exame físico minucioso, alguns exames laboratoriais devem ser solicitados – principalmente quando a profilaxia é aventada para a vítima:

SOLICITAÇÃO E COLETA DE EXAMES

CONTEÚDO VAGINAL: Exame bacterioscópico (Clamídia, Gonococo e Trichomonas), se possível descrever se tem presença de espermatozoides no material.

SANGUE: Anti HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); **Hepatite C** (anti HCV); **Sífilis; Função hepática; Função Renal, Hemograma e B-HCG** (para mulheres em idade fértil), fundamentais para construir o status sorológico da vítima.

Para os exames de HIV, Hepatite B e Sífilis serão realizados testes rápidos. O teste HIV é confirmatório e os demais – sífilis e hepatite devem ser encaminhadas amostras ao LACEN (Laboratório Central do Estado) para confirmação diagnóstica. O Hospital ou Unidade de Saúde de Referência deve estar cadastrado no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) com profissional responsável por receber e anexar o laudo ao prontuário.

Hemograma completo – importante para avaliar eventuais infecções já existentes, além de funcionar como base para acompanhamento clínico em função da administração das medicações profiláticas;

Função renal: ureia e creatinina – essencial para avaliar dosagem e/ou contraindicações de determinadas drogas profiláticas, além de servir como parâmetro durante a terapia;

Função hepática: TGO, TGP, FAL, GGT, bilirrubinas - tem a mesma indicação da função renal;



Beta-HCG – importante para avaliar se a vítima é gestante no momento do atendimento.

EXAMES FORENSES:

Os exames laboratoriais de interesse médico legal são realizados pelo médico perito *ad hoc* e subsidiam a investigação e identificação do(s) agressor(es), assim como, a elaboração de laudos periciais.

São eles:

Sangue da pessoa agredida (para possível posterior confronto de DNA, para dosagem alcoólica/toxicológica);

Urina para análise toxicológica;

SWABs para pesquisa de sangue, espermatozoide e PSA (antígeno prostático específico), nas seguintes regiões: vagina, boca, vulva, ânus e pênis (esfregaços de regiões excepcionais podem ser realizados, dependendo do histórico da agressão – ex: swab sub-ungueal, região entre seios, interglútea, ou outras superfícies corporais com relato de ejaculação por parte do agressor);

Outros Materiais: absorvente, papel higiênico, vestes íntimas (calcinhas, cuecas, soutiens) e roupas em geral.

INDICAÇÃO DE PROFILAXIA

As profilaxias, separadas por agentes virais e não virais, são dependentes do status sorológico da vítima: se TR for positivo no momento do atendimento, a infecção é anterior à agressão e precisa de acompanhamento e tratamento, não profilaxia.

Em qualquer situação de prescrição, a vítima deve ser esclarecida sobre a indicação da prescrição, eventuais efeitos colaterais, duração da terapia e impacto em doenças preexistentes.

Em caso de TR negativos, são indicadas nas seguintes situações:

PROFILAXIA ANTI-HIV

O tipo de material é de risco para transmissão do HIV?
O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
A pessoa exposta é NÃO REAGENTE para HIV no momento do atendimento?

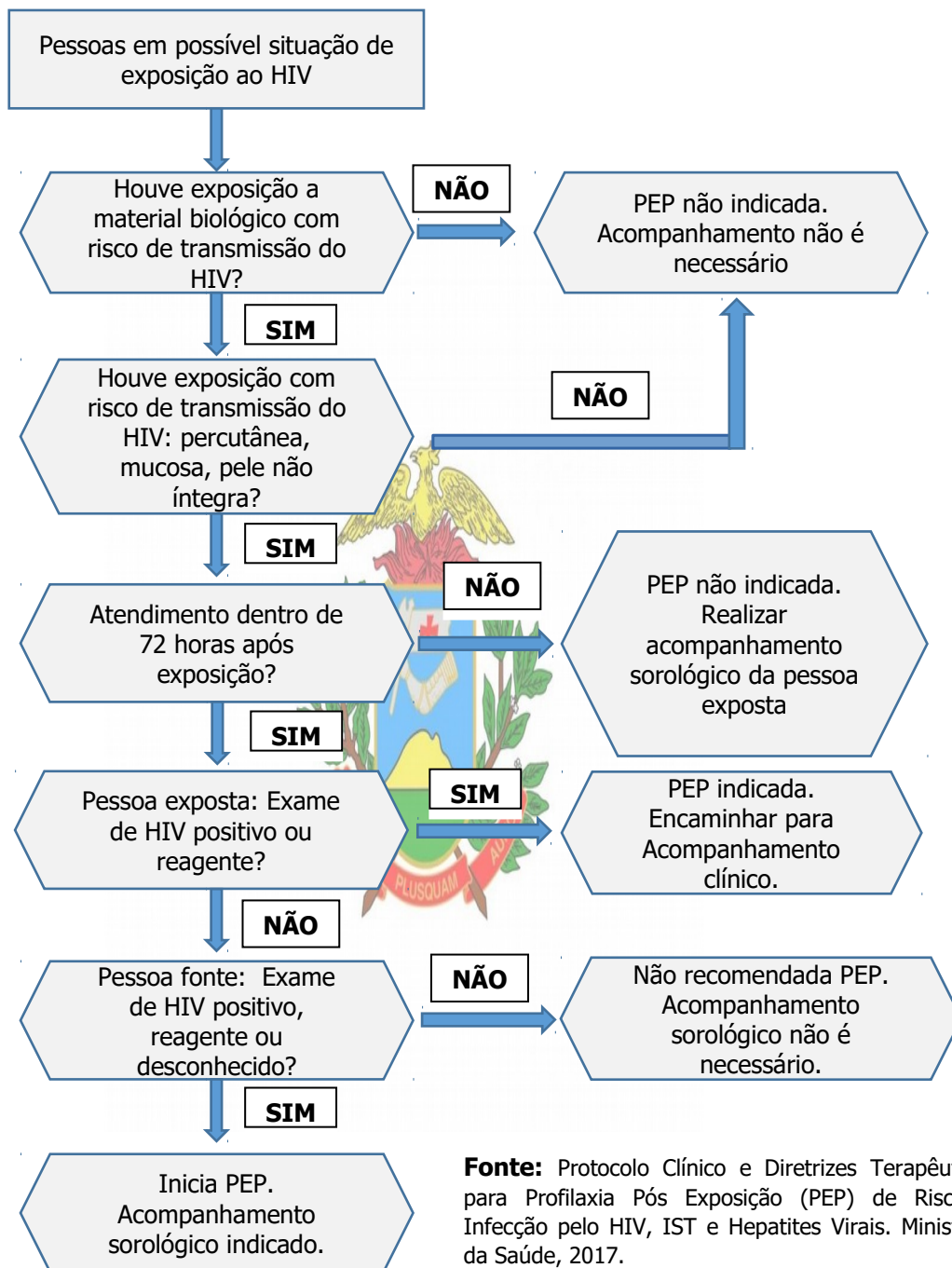


Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.



A profilaxia pós-exposição anti-HIV (PEP) é uma **URGÊNCIA** e deve ser começada em até **72 horas após a ocorrência**. O quanto antes for administrado, melhor. **IDEALMENTE EM ATÉ 2 HORAS!**

Abaixo, segue fluxograma para avaliação da indicação de PEP anti-HIV:



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

Esquemas indicados:



ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DOS 12 ANOS:

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg (TDF + 3TC)	Comprimido Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300 mg + Comprimido 3TC 300mg	01 Comp. Via Oral 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 01 Comp. Via Oral 1x/dia + 02 Comp. Via Oral 01x/dia
Dolutegravir 50 mg (DTG)	Comprimido	01 Comp. Via Oral 1x/dia

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DOS 12 ANOS (ESQUEMA ALTERNATIVO):

Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF + 3 TC + ATV/R
Impossibilidade de ATV/r: TDF +3 TC + DRV/r
A duração da PEP é de 28 dias

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

APRESENTAÇÃO E POSOLOGIA:

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT +3TC	Comprimido coformulado (AZT300 mg + 3 TC 150mg)	01 comprimido VO 2x/dia
TDF	Comprimido 300 mg	01 Comprimido VO 1x/dia
ATV/r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido de 100 mg	01 Comprimido VO 1x/dia 01 Comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: comprimido de 600mg RTV: comprimido de 100mg	01 comprimido VO 2x/dia 01 comprimido VO 2x/dia

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

EM GESTANTES:

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF + 3TC	Comprimido formulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia



	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 Comprimido VO 2x/dia

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

Obs: O RAL está indicado a partir da 14ª semana de gestação.
Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r.

Medicações Alternativas:

- Impossibilidade de TDF: AZT;
- Impossibilidade de RAL: ATV/r;
- Impossibilidade de RAL e ATVR/r: DRV/r.

EM CRIANÇAS, POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 - 14 dias	AZT + 3TC + NVP(a)	--
14 dias - 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r I	Impossibilidade de uso de LPV/r: NVP
2 anos - 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso RAL: LPV/r

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES ARV NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA:

Raltegravir (RAL): 10kg a < 14kg: 75mg 12/12h; 14kg a < 20kg: 100mg 12/12h; 20kg a < 28kg: 150mg 12/12h; 28kg a < 40kg: 200mg 12/12h; ≤ 40kg: 300mg 12/12h.	Zidovudina - (AZT) até 04kg: 4mg/kg/dose 12/12h; 04kg a 09kg: 12mg/kg 12/12h; 09kg a 30kg: 09mg/kg 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h); ≥ 30kg: 300mg 12/12h.
Nevirapina (NVP) – uso neonatal Peso de nascimento 1,5 a 02kg: 08mg (0,8ml)/dose 12/12h; Peso de nascimento > 02kg: 12mg (1,2ml)/dose 12/12h; Peso de nascimento < 1,5kg: não usar; NVP 14 dias a 08 anos: 200mg/m ² 01x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m ² 12/12h.	Lamivudina - (3TC) RN: 02mg/kg 12/12h; 04mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)



Lopinavir / Ritonavir - (LPV/r)

Solução oral: 80/20mg/ml

≥ 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12h;

01 mês a 6 meses: 1ml 12/12h;

06 a 12 meses: 1,5ml 12/12h;

01 a 03 anos: 2ml 12/12h;

03 a 06 anos: 2,5ml 12/12h;

06 a 09 anos: 3ml 12/12h;

09 a 14 anos: 4ml 12/12h.

Comprimido Infantil: 100mg/25mg

10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 01 à noite;

20kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 02 à noite;

25kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 03 à noite;

> 35kg: 400mg/100mg de 12/12h.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

IMPORTANTE: ressalta-se que adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis (ECA, lei 8069 de 13 de julho de 1990).

PROFILAXIA ANTI-HBV (HEPATITE B)

Somente tem indicação quando a vítima não for vacinada ou tiver esquema vacinal contra hepatite B incompleto (menos de 03 doses). Independe do conhecimento do status sorológico do agressor, a menos que se saiba que o paciente-fonte é negativo.

Vacina anti-Hepatite B: aplicar IM em deltóide - 0,1 e 6 meses após a violência sexual. O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto.

Ou seja: no caso de agressor com sorologia negativa ou vítima com esquema vacinal contra hepatite B completo, NÃO HÁ INDICAÇÃO para a profilaxia.

IMPORTANTE: NÃO SE DEVE ATRASAR O INÍCIO DA PEP EM FUNÇÃO DO DESCONHECIMENTO DO STATUS SOROLÓGICO DO AGRESSOR.

Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens sadios, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes.

A Imunoglobulina Humana Anti Hepatite B - IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir



a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser **administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual (para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até sete dias)**, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição.

Status Paciente Exposto	Imunoglobulina	Vacinação
Inexistente ou Incompleto	SIM (0,06ml/kg IM)	SIM (03 doses)
Completo	NÃO	NÃO

PROFILAXIA ANTI-HCV (HEPATITE C)

Não há profilaxia disponível contra a infecção pelo vírus da hepatite C. O que se recomenda é, se possível, a testagem do paciente-fonte e o acompanhamento sorológico do paciente exposto, a fim de se diagnosticar precocemente eventual infecção aguda para acompanhamento em Unidade de Referência para acompanhamento.

No caso de paciente-fonte positivo, o seguimento deve conter:

EXAME	1º ATENDIMENTO	SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE FOR REAGENTE PARA HEPATITE C		
ALT	Sim	4-6 semanas após exposição	03 meses após exposição	06 meses após exposição
CV-HCV	Não	Sim	Sim	Sim
Anti - HCV	Sim	Sim	Sim	Não
		Sim	Sim	Sim

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

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

PROFILAXIA DAS DOENÇAS NÃO VIRAIS

Devem ser instituídas em todas as vítimas de violência sexual, uma vez que o diagnóstico etiológico nem sempre é possível e há o risco de a vítima perder o seguimento do tratamento.



I.S.T. (INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL)	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45Kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45Kg
SÍFILIS	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
GONORRÉIA	Ceftriaxona	500mg, 01 ampola, IM, dose única.	125mg, IM, dose única.
INFECÇÃO POR CLAMÍDIA	Azitromicina	500mg, 02 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
TRICOMONÍASE	Secnidazol	1g, 02 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 03 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção com levonorgestrel pode ser utilizada mesmo naquelas pacientes com contraindicação ao uso de anticoncepção oral hormonal.

Importante lembrar que a vítima tem o direito de recusar a contracepção emergencial, bem como todos os outros testes e medicações. Nestes casos, tudo deve ser relatado exhaustivamente em prontuário.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2017.

Método	Dose	Posologia	Via
Levonorgestrel (Primeira escolha)	1ª opção: 1,5mg de levonorgestrel	01 comp dose única, até 5 dias após a relação sexual	Oral
	2ª opção: 0,75mg de levonorgestrel	02 comp dose única, até 5 dias após a relação sexual	

PROFILAXIA DO TÉTANO

Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da vítima, de acordo com protocolo específico à disposição dos profissionais.



O esquema básico de **vacinação** na infância começa no primeiro ano de vida. É feito com três doses da Vacina Pentavalente (**vacina** contra **tétano**, difteria, coqueluche, Haemophilus Influenza tipo B e Hepatite B), aos dois, quatro e seis meses, seguindo-se de um reforço aos 15 meses e outro entre quatro e seis anos de idade com a vacina DPT (Difteria, Tétano e Coqueluche), que tem seus reforços a cada 10 anos com a vacina dT (difteria e tétano). Na ausência de comprovação vacinal, em maiores de 07 anos, iniciar esquema da dT seguindo aprazamento de 0 – 2 – 4 meses.

SEGUIMENTO AMBULATORIAL

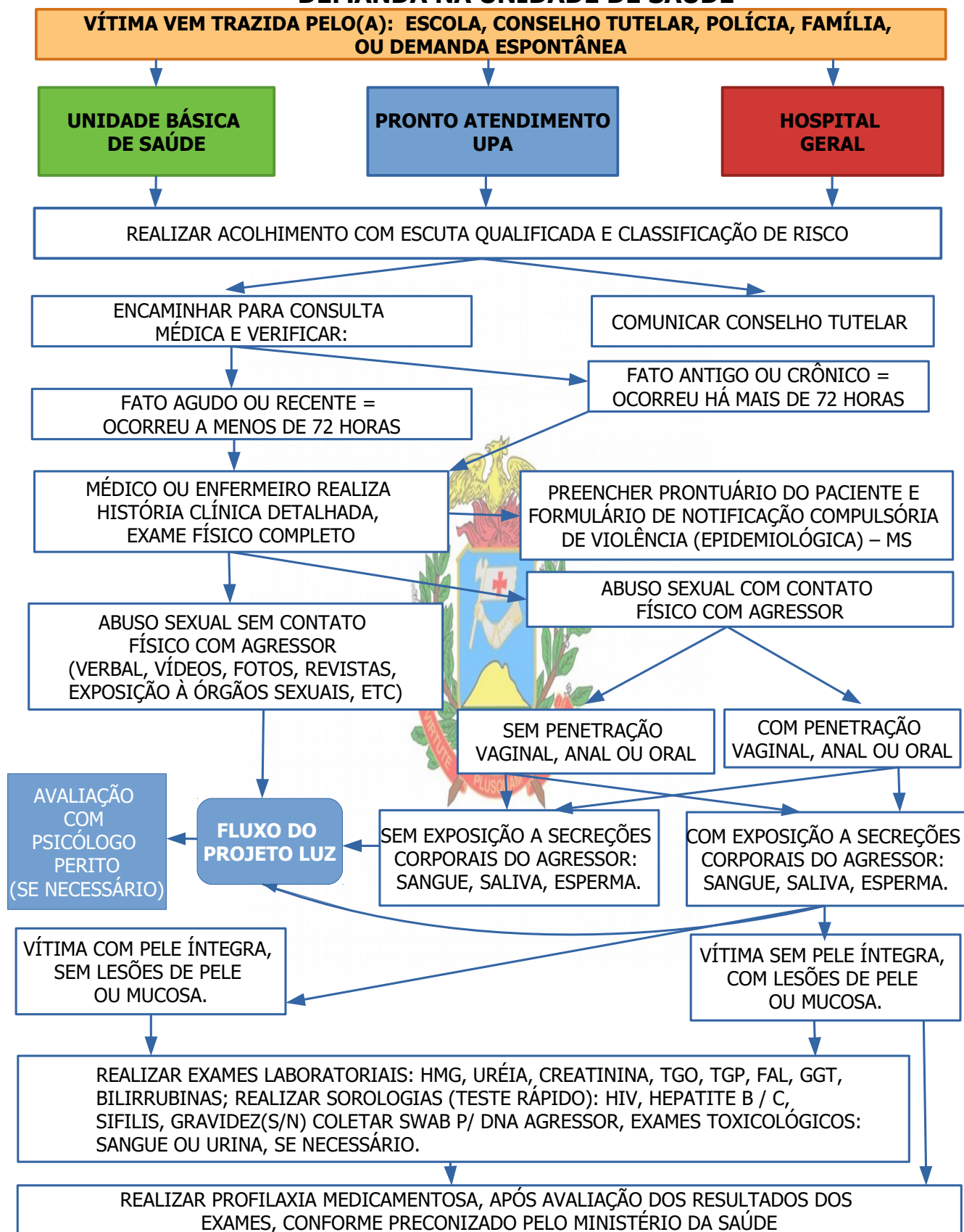
O acompanhamento clínico deve acontecer ao final da segunda semana após o início da PEP ou antes, se a situação clínica do paciente necessitar.

Laboratorialmente, nos pacientes em uso de PEP, o acompanhamento deve conter:

- **Creatinina e Uréia** – Primeiro atendimento, repetir na segunda semana;
- **Amilase** - Primeiro atendimento, repetir na segunda semana;
- **Glicemia** - Primeiro atendimento, repetir na segunda semana;
- **Hemograma** - Primeiro atendimento, repetir na segunda semana;
- **HIV** - Primeiro atendimento, repetir na 4ª semana e na 12ª semana.



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL DEMANDA NA UNIDADE DE SAÚDE



**NOTIFICAÇÃO DE AGRESSÃO/ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL –
FEMININO**

UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICANTE: _____

DATA: ____/____/____

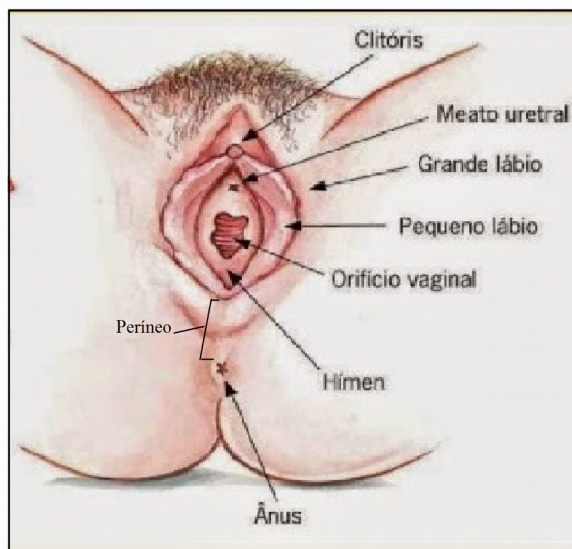
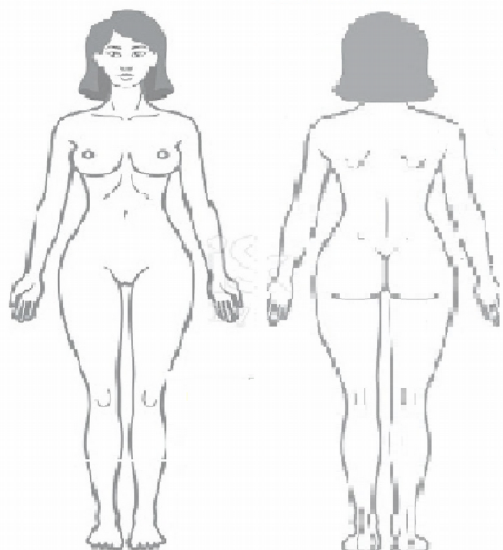
NOME DA VÍTIMA/PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____; **IDADE:** _____;

SEXO: _____

Lesões encontradas (enumerar e descrever o que foi observado)

Paciente Feminino





**NOTIFICAÇÃO DE AGRESSÃO/ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL –
MASCULINO**

UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICANTE: _____

DATA: ____/____/____

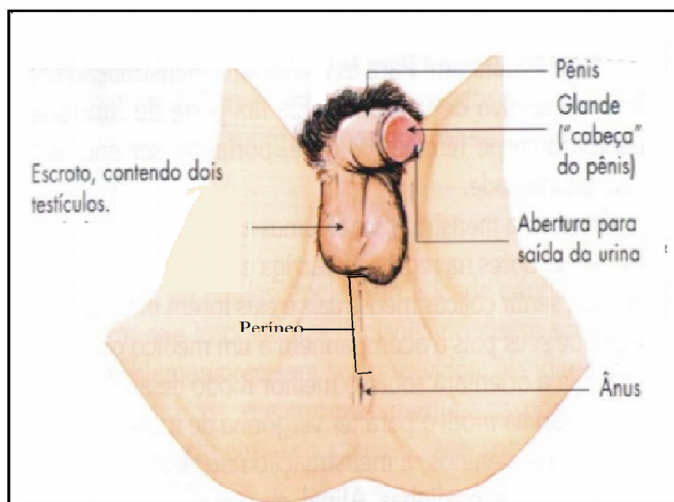
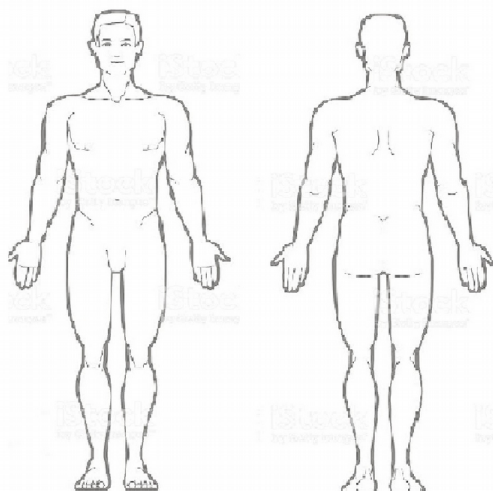
NOME DA VÍTIMA/PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **IDADE:** ____

SEXO: _____

Lesões encontradas (enumerar e descrever o que foi observado)

Paciente Masculino

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled sheet.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		7 Data da ocorrência da violência	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)		8 Nome do paciente		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional Ignorada 6-Não 8- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS				
	16 Nome da mãe		17 UF 18 Município de Residência				
	19 Distrito		20 Bairro				
Dados de Residência	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código (IBGE)		22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		
	27 CEP		28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Nome Social				
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	32 Ocupação		33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? Física Visual Mental Auditiva Transtorno mental Transtorno de comportamento		
	38 UF 39 Município de ocorrência		Código (IBGE)		40 Distrito		
Dados da Ocorrência	41 Bairro		42 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	43 Número 44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3		46 Geo campo 4		
	47 Ponto de Referência		48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 08.11.2014



Violência	53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/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			
	54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil			
Violência Sexual	55 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro			
	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros			
Dados do provável autor da agressão	57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei			
	58 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado	59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Evolução e encaminhamento	60 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado			
	61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado			
Encaminhamento	62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
Evolution e encaminhamento	64 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
	65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
Encaminhamento	66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			
	67 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 doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan SVS 08.11.2014				



PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(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))



CAPÍTULO IV

ORIENTAÇÕES DA POLÍCIA MILITAR

Ten Cel PM Cláudio Fernando Carneiro Souza⁷

Ten Cel PM Sérgio Alves Padilha Fernandes⁸

2ª Ten PM Wilma Wellen Camilo Fernandes⁹

CASO I (flagrante): A Polícia Militar é acionada por uma mãe que diz ter filmado o seu pai (avô da vítima) abusando de sua filha de 10 anos, que o abusador mora com as duas e está na casa do momento da ligação e que ela está com a filmagem em mãos.

PROCEDIMENTO:

1. Acionar o Conselho Tutelar, assim que for acionado para que cheguem juntos ao local do fato (ideal, caso seja possível);
2. Informar os Oficiais elos para que relatem o caso para o grupo de apoio do *whatsapp* (Ten Cel Padilha ou Ten Wilma);
3. Ao chegar no local, aguardar a chegada do Conselho Tutelar para que esses façam contato com a vítima e a retirem do local do fato;
4. Retirar o abusador do local (somente após o adolescente ter saído do local) e encaminhar a Polícia Judiciária Civil;
5. Confeccionar o Boletim de Ocorrências, consignando apenas o relato da testemunha (quem acionou a Polícia Militar), no caso, a mãe da vítima;
6. Entregar o abusador mediante boletim na Delegacia;

Observação: Constar no boletim que o Conselho Tutelar foi acionado, que a vítima ficou aos cuidados desse e que a **criança ou adolescente não foi inquirida pelos policiais militares.**

CASO II (flagrante): A Polícia Militar é acionada por uma tia da vítima que diz ter visto o seu vizinho mostrando revistas pornográficas e/ou seus órgãos genitais a seu sobrinho de 09 anos e que o abusador ainda está em sua casa.

PROCEDIMENTO:

1. A Guarnição Policial deverá acionar o Conselho Tutelar de forma tal que cheguem juntos ao local do fato (ideal nesse caso que se chegue ao local o mais rápido possível);
2. Informar os Oficiais elos para que relatem o caso para o grupo de apoio do *whatsapp* (Ten Cel Padilha ou Ten Wilma);
3. Retirar o abusador do local, encaminhar à Polícia Judiciária Civil;

7 - Tenente coronel da Polícia Militar – Comandante do 14ª Comando Regional da Polícia Militar.

8 - Tenente Coronel da Polícia Militar – Comandante do 26º Batalhão da Polícia Militar.

9 - Chefe da Divisão Administrativa e Divisão de Planejamento Operacional e Estatística.



4. Confeccionar o Boletim de Ocorrências, consignando apenas o relato da testemunha (quem acionou a Polícia Militar), no caso, a tia da vítima;
5. Entregar o abusador mediante boletim na Delegacia.

Observação: Constar no boletim que o Conselho Tutelar foi acionado, que a vítima ficou aos cuidados desse e que a **criança ou adolescente não foi inquirida pelos policiais militares.**

CASO III-A (não flagrante): A Polícia Militar é acionada por uma mãe que diz ter pego no celular de seu esposo (padrasto da vítima) filmagem de sua filha de 11 anos tomando banho, que viu os vídeos sendo comercializado em um site e que o explorador após descobrir que a mãe tinha ciência dos vídeos, fugiu da residência deixando o celular.

PROCEDIMENTO:

1. Acionar o Conselho Tutelar para que cheguem juntos ao local do fato;
2. Informar os Oficiais elos com o grupo de apoio do *whatsapp*;
3. A mãe irá acompanhar, juntamente com o Conselho Tutelar até a delegacia, onde será confeccionado o Boletim de Ocorrência sobre o fato;
4. Confeccionar o Boletim de Ocorrências, consignando apenas o relato da testemunha (quem acionou a Polícia Militar), no caso, a mãe da vítima;
5. Entregar Cópia do Boletim ao Conselho tutelar.

Observação: Constar no boletim que o Conselho Tutelar foi acionado, que a vítima ficou aos cuidados desse e que a **criança ou adolescente não foi inquirida pelos policiais militares.**

CASO III-B (não flagrante): chega no quartel uma mãe dizendo ter pego no celular de seu esposo (padrasto da vítima) filmagem de sua filha de 11 anos tomando banho, que viu os vídeos sendo comercializado em um site e que o explorador após descobrir que a mãe tinha ciência dos vídeos fugiu da residência e deixou o celular.

PROCEDIMENTO:

1. Acionar o conselho tutelar assim que for acionado para que cheguem juntos ao local do Fato;
2. Informar os Oficiais de ligação para que relatem o caso para o grupo de apoio do *whatsapp* (Ten Cel Padilha ou Ten Wilma);
3. Confeccionar o Boletim somente com o relato da testemunha (quem acionou a Polícia), no caso a Mãe;
4. Entregar Cópia do Boletim ao Conselho tutelar.



Observação: Constar no boletim que o Conselho Tutelar foi acionado, que a vítima ficou aos cuidados desse e que a **criança ou adolescente não foi inquirida pelos policiais militares.**

CASO IV (flagrante): A Polícia Militar está em rondas se depara com uma adolescente prostituindo-se em alguma rua, em um bar, prostíbulo ou estabelecimento congênere.

PROCEDIMENTO:

1. Acionar o Conselho Tutelar assim que deparar com a situação;
2. Informar os Oficiais de ligação para que relatem o caso para o grupo de apoio do *whatsapp* (Ten Cel Padilha ou Ten Wilma);
3. No contato com o Conselho Tutelar, verificar para onde deverá ser levada a vítima para que esta seja entregue aos cuidados do Conselho Tutelar;
4. Confeccionar o Boletim de Ocorrências, relatando o fato;
5. Entregar cópia do Boletim de Ocorrências ao Conselho Tutelar.

Observação: Constar no boletim que o Conselho Tutelar foi acionado, que a vítima ficou aos cuidados desse, ou a quem a vítima foi entregue e o local onde foi entregue e que a **criança ou adolescente não foi inquirida pelos policiais militares.**

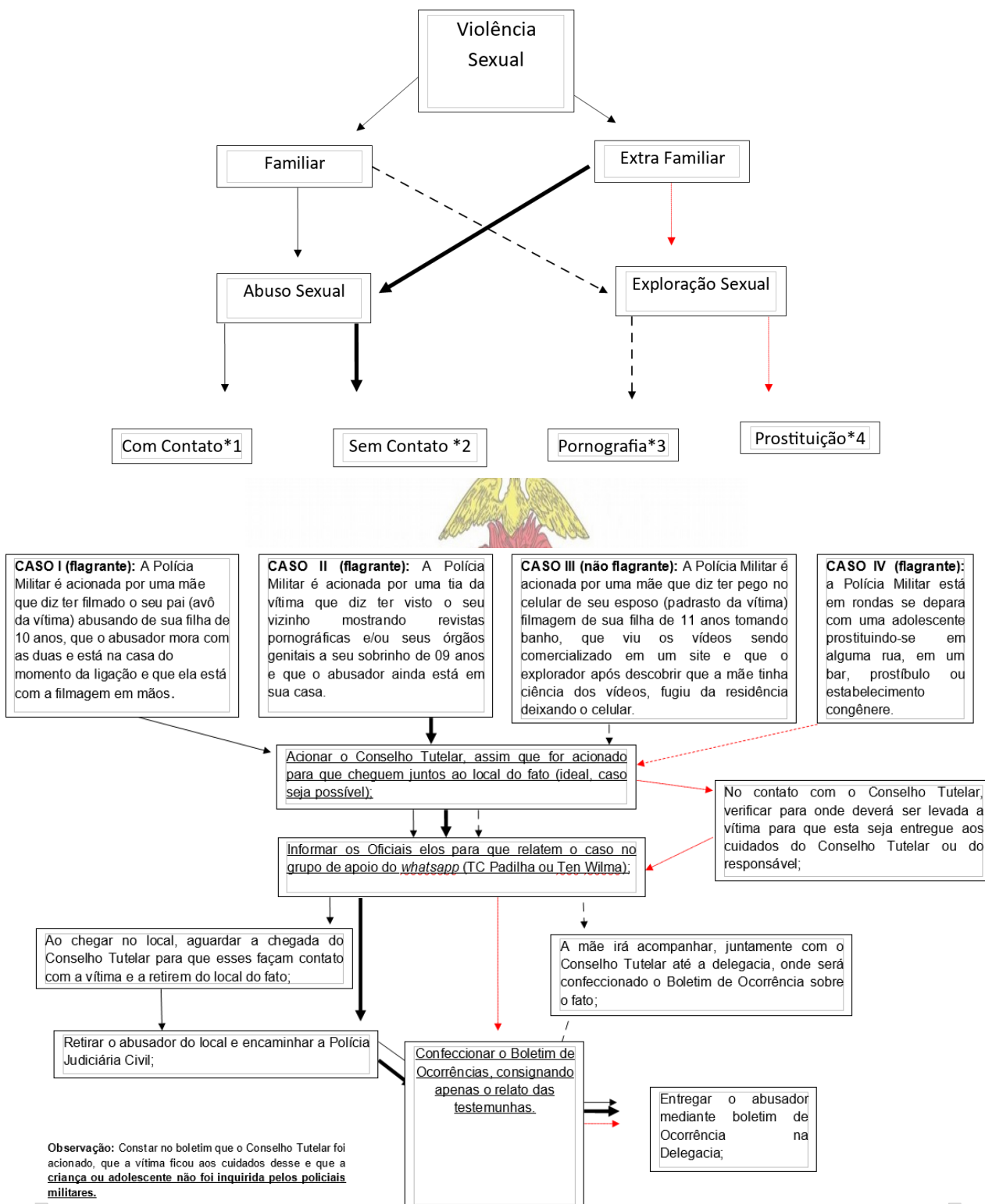
PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1. Sempre acionar o Conselho Tutelar;
2. Evitar conduzir a criança ou adolescente na viatura;
3. Evitar conduzir a criança ou adolescente para delegacia e em hipótese alguma conduzi-la junto com o abusador;
4. Sempre informar os Oficiais de ligação com o grupo de apoio do *whatsapp* (Ten Cel Padilha ou Ten Wilma);
5. Conduzir o autor para a Delegacia, mediante Boletim de Ocorrência;
6. O histórico do Boletim de Ocorrência irá consignar apenas o relato sobre a denúncia, descrevendo o fato em si, evitar questionar a vítima sobre o fato podendo ouvi-la caso esteja relate espontaneamente;
7. Sempre constar no Boletim de Ocorrências que a vítima ficou sob os cuidados do Conselho Tutelar e que a criança ou adolescente não foi interrogada pelos policiais militares.
8. Sempre considerar a situação de risco pessoal e social a que a vítima está exposta;



FLUXO DOS PROCEDIMENTOS NA POLÍCIA MILITAR

Fluxograma da Polícia Militar de Nova Mutum- MT



CAPÍTULO V

ORIENTAÇÕES DA POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL

Cristiane Lima de Assis Clemente da Silva¹⁰

O ABUSADOR SEXUAL E O MEIO SOCIAL

O abuso sexual contra criança e adolescentes tem sido considerado um problema de saúde pública em razão dos altos índices registrados e em razão das consequências sérias que acarretam para o desenvolvimento psicoemocional da vítima e de sua família (Gonçalves & Ferreira, 2002; Habigzang & Caminha, 2004).

O abuso sexual pode ser definido como qualquer tipo de contato ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicosssexual mais avançado do desenvolvimento, onde a criança ou adolescente passa a ser usado para estimulação sexual do indivíduo. Essa interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral, interação com penetração digital ou genital ou anal.

O abuso também inclui situações nas quais não há contato físico, tais como voyeurismo, assédio, exibicionismo em ambos os casos, essas forma podem ser impostas a vítima através de violência, ameaça ou por indução da vontade (Azevedo & Guerra, 1989; Thomas, Eckenrode & Garbarino, 1997).

O abuso sexual pode ser definido em diferentes contextos sendo o mais comum o que acontece no âmbito familiar onde o perpetrador da violência desempenha o papel de cuidador ou outra figura que represente responsabilidade com relação à vítima. Para esses casos, onde o abuso ocorre dentro do âmbito doméstico, são denominados intrafamiliares, (dentro da família) ou incestuosos (Baur, 2002; Cohen & Mannarino 2000).

Assim sendo, mesmo sem haver laços de consanguinidade, toda relação ou interação sexual envolvendo criança ou adolescente e um adulto responsável (tutor, cuidador, membro da família ou familiar à criança) são consideradas relações incestuosas, isso inclui o companheiro ou companheira de um dos genitores, namorados, cunhados, avós e companheiros dos avós e que assumam a função de cuidadores.

A familiaridade entre a criança e o abusador envolve fortes laços afetivos, tanto positivos quanto negativos, colaborando para que os abusos sexuais incestuosos possuam maior impacto cognitivo comportamental na criança (Furniss, 1993).

10 - Investigadora de Polícia Judiciária Civil e Escrivã de Polícia *Ad Hoc*



O abuso sexual intrafamiliar é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa. Tal dinâmica envolve, dois aspectos, que se apresentam interligados:

A Síndrome de Segredo, que esta diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor que por gerar intenso repúdio social, tende a se proteger em uma teia de segredo mantido às custas de ameaças e barganhas à criança abusada;

A Síndrome de Adição, caracterizada pelo comportamento compulsivo e pelo descontrole do impulso frente ao estímulo gerado pela criança, ou seja, o abusador não consegue se controlar, e usa a criança para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. Além disso, outras formas de violência intrafamiliar podem estar associadas ao abuso sexual, podendo as mesmas vítimas sofrerem por negligência, abuso emocional e físico.

As síndromes da adição e segredo se unem, formando um círculo vicioso que permite a repetição dos abusos. Enquanto a adição impulsiona o abusador a recomeçar seus atos, o ciclo se repete sendo mantido pelo segredo durante longos períodos de tempo (Furniss, 1993).

As famílias incestuosas apresentam relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, nas quais, há uma desigualdade ou uma relação de subordinação (Koller, 1999). Alguns fatores de risco vem sendo constantemente verificados nas famílias com incidência de abusos sexuais entre eles destacam-se: pais ou mães negligenciados ou abusados em sua família de origem; abuso de álcool ou outras drogas; papéis sexuais rígidos, falta de comunicação entre os membros, autoritarismo, estresse, desemprego, indiferença, mãe passiva ou ausente, dificuldades conjugais, famílias reestruturadas, isolamento social, pais com transtornos psiquiátricos, doença, morte, separação de cônjuge, alteração no comportamento da criança, diminuição do rendimento escolar, fugas do lar, conduta delinquente, hipersexualização etc.

O PERFIL DO ABUSADOR

Alguns estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar a incidência e a prevalência do abuso sexual, bem como analisar indicadores psicológicos e sociais associados ao fenômeno. Os resultados têm apontado que a maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes, ocorre dentro das casas das vítimas e configuram-se como abusos sexuais incestuosos, sendo o pai ou padrasto seus maiores perpetradores.



Ao observarmos mais atentamente o abuso sexual cometido dentro das relações familiares, constata-se que a figura do abusador, possui laços afetivos e de confiança com a vítima na maior parte dos casos. Esses dados corroboram com estudos onde aponta-se que o abuso sexual contra crianças e adolescentes é perpetrado na maioria dos casos, por cuidadores do sexo masculino.

Ainda com base nos estudos epidemiológicos, alguns fatores de risco no que tange ao perfil dos abusadores foram observados, dentre os fatores se incluem: agressividade, problemas com álcool e outras drogas, transtornos mentais, rigidez, fanatismo religioso, possessividade, mas é importante salientar que tais características indicam maior incidência para a prática do abuso, mas não podem ser consideradas uma relação direta de causa e efeito (Furniss, 1993).

Outra questão verificada e de importante valor é a situação de desemprego ou trabalho eventual também são considerados fatores de risco para a violência intrafamiliar, uma vez que pode gerar estresse e conflito entre os membros da família. Além disso, o pai ou outro cuidador, que exerce esta função fica como principal responsável pelas crianças durante a maior parte do tempo oportunizando assim a ocorrência dos abusos sexuais (Koller & De Antoni, 2004).

O nível de escolaridade também é considerado um fator de risco, uma vez que a maior incidência encontra-se naqueles cujo grau de escolaridade é baixo, mas não implica dizer que pessoas mais instruídas não possam ser autores dessa prática.

Embora não seja comum, a confissão de um abuso sexual dentro da esfera familiar, quando este ocorre, as principais justificativas utilizadas pelos abusadores são: a percepção da vítima como uma pessoa adulta e capaz de ter relações sexuais, questões religiosas, deseja ser o responsável pela iniciação sexual da filha ou desconhecimento de que algumas formas de contato físico também são consideradas abuso sexual.

Contudo, a maioria das justificativas para o contato sexual são:

- a negação da prática do ato;
- calúnia por parte da mãe por questões de vingança, raiva ou desavença com o agressor;
- parentes e amigos induziram a vítima a denunciar para retirá-la de casa por detestarem o agressor;
- calúnia da vítima para não ser submetida as ordens do agressor,
- responsabilizar a vítima pela violência;
- mal entendido;
- atribuir os sintomas de violência ao afastamento da mãe do lar.



Nos estudos de casos realizados envolvendo abuso sexual, a maioria dos agressores negam a violência sexual e entre aqueles que confirmam o abuso, constata-se que tanto nos motivos alegados para a prática, quanto nos argumentos utilizados para a defesa, a culpa para a prática do ato foi atribuída à vítima ou à outra pessoa.

Os crimes sexuais que os abusadores praticam não acontecem simplesmente, de súbito, pois somente um pequeno número de abusadores agem sem planejamento ou premeditação. Para a maioria desses criminosos o planejamento se inicia horas, dias ou até meses antes da ação. Apesar de compreenderem que estão agindo fora da lei, racionalizam seu comportamento, convencendo-se de que não estão cometendo crime nenhum.

O abusador está plenamente convencido de que a criança quer relacionar-se sexualmente com ele projetando nela os pensamentos e sentimentos que ele quer que ela tenha sobre ele. Ele interpreta a reação humana da vítima aos seus atos preparatórios como resposta positiva aos seus desejos sexuais e se convence de que seu comportamento abusivo não causa estragos nem é prejudicial.

IMPORTANTE

- 1) As pessoas que abusam sexualmente de crianças sabem que o abuso é errado e que constitui crime.
- 2) A pessoa que abusa sexualmente sabe que o abuso é prejudicial à criança. Apesar disso, o abuso acontece.
- 3) O abuso sexual, como outras adições, não cria primariamente uma experiência prazerosa, mas serve para o alívio de tensão.
- 4) O processo é conduzido pela compulsão à repetição.
- 5) Os sentimentos de culpa e o conhecimento de estar prejudicando a criança podem levar a tentativas de parar o abuso.

PEDOFILIA

Embora o termo pedofilia seja largamente associado à violência sexual infantil, trata-se mais precisamente de um transtorno parafílico e para a maioria dos autores que abordam o tema violência sexual, não implica necessariamente em atos criminosos, pois em muitos casos é só a mente do indivíduo que está pensando e se estimulando com a imagem de uma criança, sem tocá-la.

As características principais de uma parafilia consiste em fantasias intensas, recorrentes e sexualmente excitantes, impulsos ou comportamentos sexuais disfuncionais.



A pedofilia se caracteriza por um distúrbio que se caracteriza por fantasias específicas e praticas sexuais repetitivas e angustiantes.

Os portadores de pedofilia podem manter seus desejos em segredo durante toda a vida sem nunca compartilhá-los ou torná-los reais, por outro lado, os abusadores em sua maioria apresentam motivações variadas para seus crimes que raramente tem origem em transtornos formais de preferência sexual.

Acredita-se que a passagem da fantasia para a ação no caso dos pedófilos ocorre com maior frequência quando o indivíduo é colocado sob uma situação de estresse, situações onde haja grande pressão psíquica como discussão conjugal, demissão, brigas etc. (Serafim, Saffi, Rigonatti, Casoy & Barros, 2009; Kaplan 1997).

É de salientar que não existe necessidade de presença de ato sexual entre adulto e criança para que possa ser considerado clinicamente pedófilo, basta a presença de fantasias ou desejos sexuais na mente do sujeito, desde que preenchidos as características do distúrbio que são "fantasias intensas, recorrentes e sexualmente excitantes, impulsos ou comportamentos sexuais disfuncionais.

Os abusadores e molestadores sexuais de crianças não são pedófilo e entre 80% a 90% não apresentam quaisquer sinal de alienação mental tornando-os juridicamente imputáveis (Nogueira, 2003).

Diferente do pedófilo, o abusador e o molestador sexual de crianças nem sempre apresenta motivos de origem, o desejo sexual não é preferencialmente por crianças, e em geral, o foram vitimas de outro tipo de abuso na sua história de vida, apresenta baixa auto-estima, baixos padrões morais (Casoy, 2004).

OS ABUSADORES

Os abusadores caracterizam-se principalmente por atitudes mais sutis e mais discretas geralmente se utilizando de carícias e diálogos para a prática de seus atos, já que em muitos casos a vítima não chega a ser violentada nem tão pouco a vítima se percebe como abusada.

Os abusadores tratam-se de indivíduos imaturos e que em algum ponto da vida descobriram que com crianças conseguem obter satisfação sexual que não conseguiriam alcançar de outra maneira.

Estes indivíduos costumam ser solitários e a falta de habilidade social acaba levando-os a mergulhos mais profundos e fantasiosos dentro da pedofilia.



Os movimentos do abusador é mais sutil, utilizando-se de carícias, conversas gentis e dificilmente utilizam a violência o que na maioria das vezes dificulta que a criança e as pessoas a sua volta percebam o que está acontecendo. Geralmente fazem uso de pornografia infantil pela internet.

OS MOLESTADORES

Os molestadores são mais invasivos, menos discretos e geralmente consomem o ato sexual contra criança e podem ser subdivididos em dois grupos: os situacionais e preferenciais.

O molestador situacional: Para esse indivíduo a criança não é especialmente o objeto central de sua fantasia, logo não pode ser diagnosticado como pedófilo, na acepção estrita do termo. Alguma circunstância o impele a obter satisfação sexual através da criança o que ocorre muito mais pela fragilidade dela e pela dificuldade em ser descoberto do que pelo fato de ser pré-púbere, daí o nome situacional. Esse molestador geralmente é casado, vive com sua família, mas se alguma situação de estresse acontece ele é levado a sentir-se mais confortável com crianças. Seu comportamento sexual esta a serviço de suas necessidades básicas sexuais (excitação e desejo) ou não sexuais (poder e raiva). São oportunistas e impulsivos, focalizam as características gerais da vítima e os primeiros critérios para a escolha da mesma são a vulnerabilidade e oportunidade.

Molestador situacional regredido: para satisfazer suas necessidades sexuais utiliza-se de qualquer grupo de vulnerável podendo se valer de idosos, deficientes físicos ou mentais. Possui um prazer imenso em seduzir assim seus problemas com a baixa auto-estima e o uso de pornografia infantil melhora seu desempenho e a conquista da vítima.

Molestador situacional inescrupuloso: tem como hábito usar e abusar das pessoas, ele mente, trapaceia e furta e não vê motivo para não molestar crianças, usa de força sedução ou manipulação para conquistar a vítima. O incesto é comum para esse molestador.

Molestador preferencial: para o molestador desse grupo, a gratificação sexual só será alcançada se a vítima for uma criança. Os agressores deste grupo geralmente possuem um pouco mais de instrução e condições econômicas do que os molestadores situacionais. Nesse caso o seu comportamento sexual esta a serviço de sua parafilia e é persistente e compulsivo, orientado por seus desejos e fantasias. Focaliza sua atenção em vítimas específicas ou em cenários dos fatos, alguns molestadores dessa classe, praticam com as crianças as fantasias que não



tem coragem de executar com um companheiro adulto. A característica marcante desse tipo de molestador é a violência extrema podendo chegar até a morte.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um assunto muito discutido atualmente tendo diversos estudos abordando a questão sob a ótica da vítima e dos genitores que não cometeram a violência.

Os autores dos abusos sexuais quando retratados nos estudos e pesquisas geralmente são de maneira muito ampla, não havendo estudos mais aprofundados nas partes psicológicas, sociais e culturais que contribuíram para que o abusador praticasse a violência.

E estes, ainda são vistos pela sociedade de maneira muito distorcida, sendo considerados loucos, monstruosos, como se fosse possível reconhecê-los só de olhar. Porém, observa-se na realidade o inverso, os abusadores sexuais estão em todas as classes, em todas as etnias, faixas etárias.

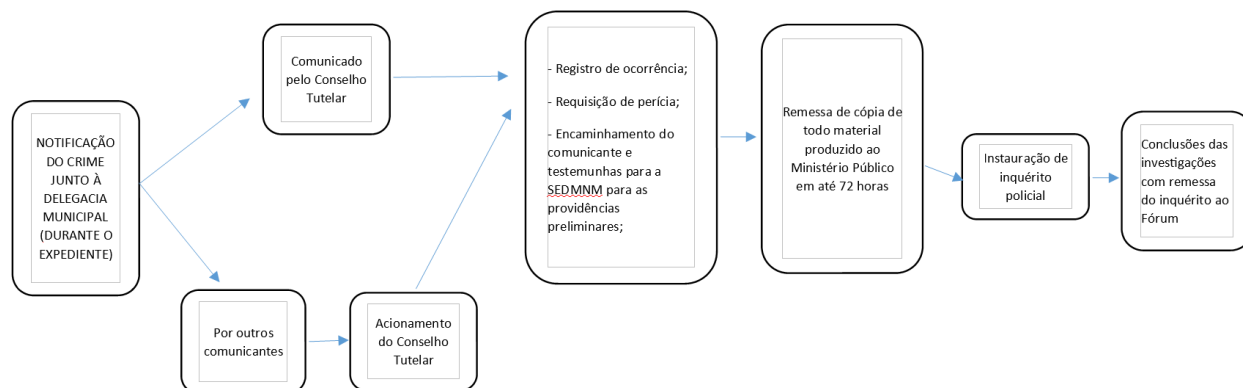
O abuso sexual deve ser visto não somente como uma questão biológica, psicológica ou social, deve ser visto como um fenômeno multidisciplinar, incluindo os aspectos históricos, culturais sociais e psicológicos. Com isso questiona-se até que ponto é possível caracterizar tais indivíduos, onde classificações tornam-se generalistas retirando toda a individualidade de suas ações e dando a credibilidade para a população de que se é possível identificá-lo através de um estereótipo de pessoas diferentes” ou “estranhas”, com “cara de tarado”.

Entretanto, o que deve ser feito é conscientizar a sociedade quanto às orientações sexuais que devem ser dadas as crianças desde cedo protegendo e respeitando seu próprio corpo, construir um ambiente seguro e de confiança para que a criança possa ter a liberdade de contar caso aconteça algo a ela e ainda observar os sinais dos pela mesma, por isso é necessário orientar a sociedade sobre os modelos de prevenção destinado a evitar o evento danoso, esclarecendo e conscientizando a criança, o adolescente a sua escola, e seus profissionais, investindo na promoção do bem-estar físico, emocional e social das famílias e dos vínculos afetivos.

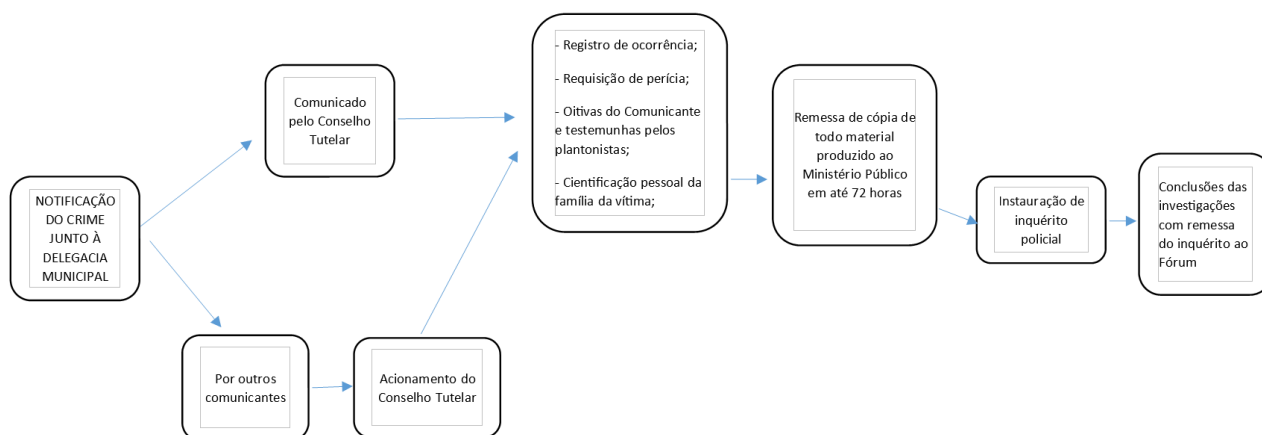


FLUXO DE PROCEDIMENTOS NA DELEGACIA DE POLÍCIA

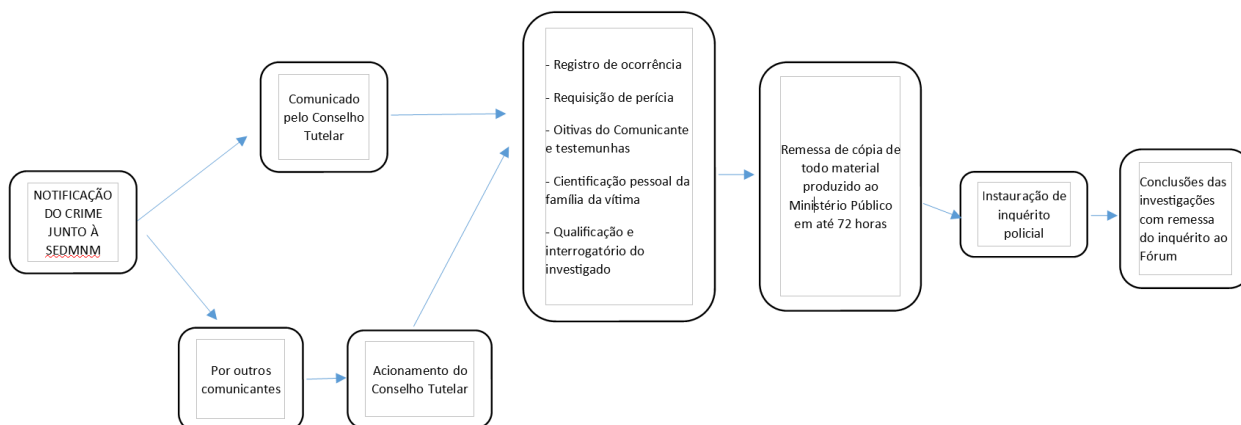
COMUNICAÇÃO DE CRIME REALIZADA DURANTE O EXPEDIENTE NORMAL



COMUNICAÇÃO DE CRIME REALIZADA DURANTE O PLANTÃO POLICIAL



COMUNICAÇÃO DE CRIME REALIZADA NA SEÇÃO ESPECIALIZADA DE DEFESA DA MULHER DE NOVA MUTUM - SEDMMN



CAPÍTULO VI

ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Ana Carolina Rodrigues Alves Fernandes
Henrique de Carvalho Pugliesi
Daniele Crema da Rocha de Souza

FASES DA PERSECUÇÃO CRIMINAL

INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR: busca apurar o fato e sua autoria. Em regra, inicia-se através do AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE ou de uma PORTARIA;

PROCESSO PENAL: fase judicial, que se inicia com o oferecimento de denúncia pelo MP, encerrando-se com uma sentença judicial.

PERSECUÇÃO CRIMINAL: APF ou Portaria (BO) → IP (não é exclusivo) → MP:
1) Arquivamento; 2) Diligências; 3) DENÚNCIA

DENÚNCIA → RECEBIMENTO → CITAÇÃO → RESPOSTA → AUDIÊNCIA
→ MEMORIAIS → SENTENÇA: Recurso OU Pena

Com a Lei 13.431/17, a vítima de violência sexual deverá ser ouvida apenas 1 vez, em procedimento de produção antecipada de provas

DEPOIMENTO ESPECIAL (Lei n.º 13.431/2017)

“Art. 12. O depoimento especial será colhido conforme o seguinte procedimento:

I - os profissionais especializados esclarecerão à criança ou o adolescente sobre a tomada do depoimento especial, informando-lhe os seus direitos e os procedimentos a serem adotados e planejando sua participação, sendo vedada a leitura da denúncia ou de outras peças processuais;

II - é assegurada à criança ou ao adolescente a livre narrativa sobre a situação de violência, podendo o profissional especializado intervir quando necessário, utilizando técnicas que permitam a elucidação dos fatos;

III - no curso do processo judicial, o depoimento especial será transmitido em tempo real para a sala de audiência, preservado o sigilo;

IV - findo o procedimento previsto no inciso II deste artigo, o juiz, após consultar o Ministério Público, o defensor e os assistentes técnicos, avaliará a pertinência de perguntas complementares, organizadas em bloco;

V - o profissional especializado poderá adaptar as perguntas à linguagem de melhor compreensão da criança ou do adolescente;

VI - o depoimento especial será gravado em áudio e vídeo.

§ 1º À vítima ou testemunha de violência é garantido o direito de prestar depoimento diretamente ao juiz, se assim o entender.



§ 2o O juiz tomará todas as medidas apropriadas para a preservação da intimidade e da privacidade da vítima ou testemunha.

§ 3o O profissional especializado comunicará ao juiz se verificar que a presença, na sala de audiência, do autor da violência pode prejudicar o depoimento especial ou colocar o depoente em situação de risco, caso em que, fazendo constar em termo, será autorizado o afastamento do imputado.

§ 4o Nas hipóteses em que houver risco à vida ou à integridade física da vítima ou testemunha, o juiz tomará as medidas de proteção cabíveis, inclusive a restrição do disposto nos incisos III e VI deste artigo.

§ 5o As condições de preservação e de segurança da mídia relativa ao depoimento da criança ou do adolescente serão objeto de regulamentação, de forma a garantir o direito à intimidade e à privacidade da vítima ou testemunha.

§ 6o O depoimento especial tramitará em segredo de justiça”.

PROCEDIMENTO PROJETO LUZ

NOTÍCIA de fato RECENTE

Noticiante (escola, posto de saúde ou outro agente público) → FORMULÁRIO e ACIONAR CONSELHO TUTELAR, POLÍCIA OU SECRETÁRIO → ACIONAR O CONSELHO TUTELAR → AVISAR NO GRUPO DO WHATTS.

Conselho Tutelar: AVALIAR PROTEÇÃO DA CRIANÇA → BO POLÍCIA CIVIL e REQUISIÇÃO → EXAME MÉDICO e MEDIDAS DE PROTEÇÃO (abrigo ou outra)

Delegacia de Polícia:

1) Prisão em flagrante: ACIONAR O CONSELHO TUTELAR → AVISAR NO GRUPO DO WHATTS → ouvir testemunhas e o réu e realizar exame na vítima → avisar a família da vítima

2) Sem flagrante (BO ou CT): ouvir noticiante → ACIONAR O CONSELHO TUTELAR → AVISAR NO GRUPO DO WHATTS → testemunhas e o réu e exame na vítima → avisar a família da vítima

PARA AMBOS OS CASOS, ao final das oitivas, cópia integral do procedimento investigativo deverá ser encaminhado ao MP, no prazo máximo de 72h (da prisão ou do recebimento da notícia).

NOTÍCIA de fato ANTIGO (+ de 5 anos)

* vítima MAIOR: procedimento padrão do IP

* vítima MENOR: seguir o procedimento para os casos de NOTÍCIA RECENTE SEM FLAGRANTE, possibilitando-se a remessa dos documentos ao MP no **prazo máximo de 5 dias** do surgimento da notícia (BO ou CT).



FORMULÁRIO DE NOTÍCIA DE ABUSO

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE INDÍCIOS DE ABUSO SEXUAL

Providências: () Cons. Tutelar () Pol. Militar () Pol. Civil () Secretaria

Local e Data

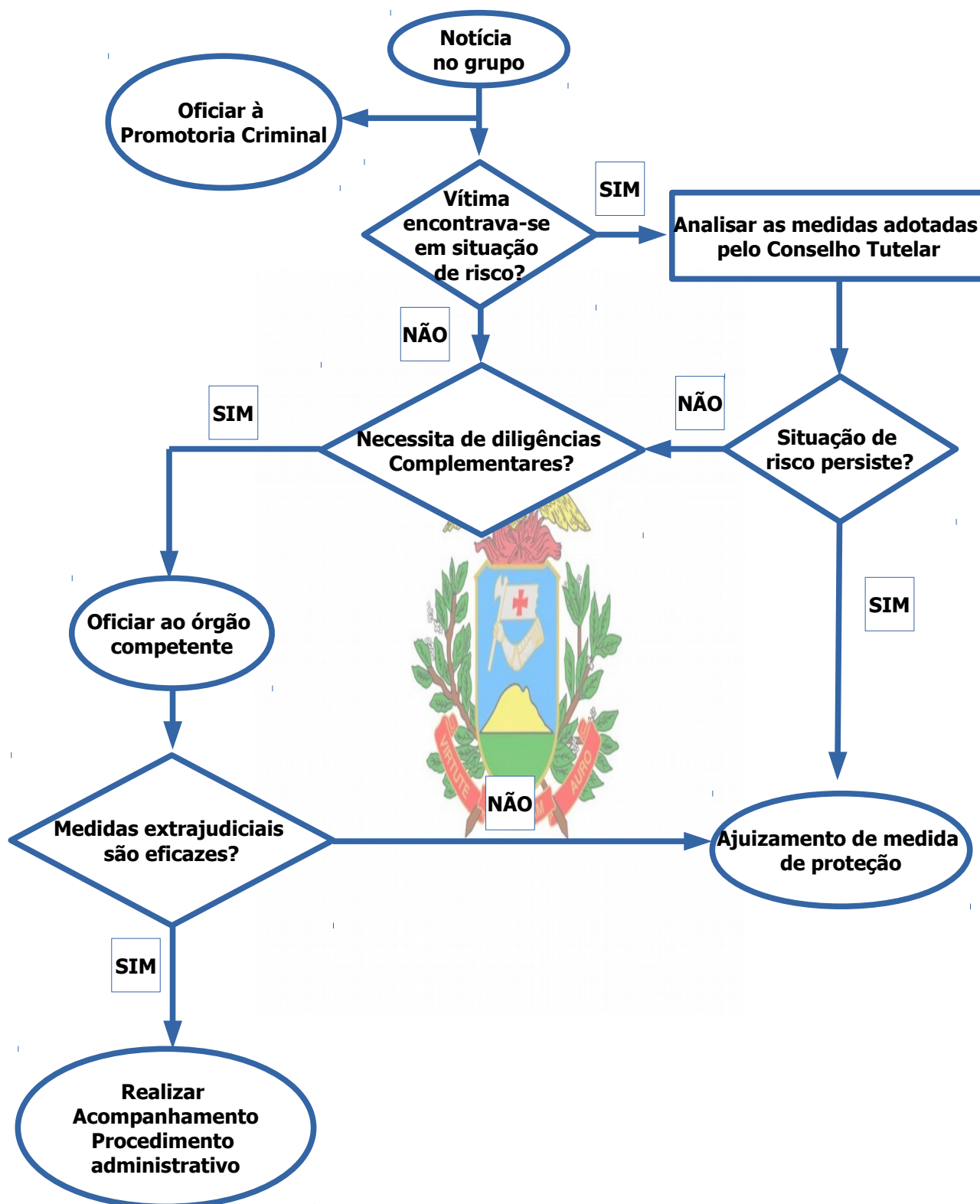
Assinatura

* Campos obrigatórios

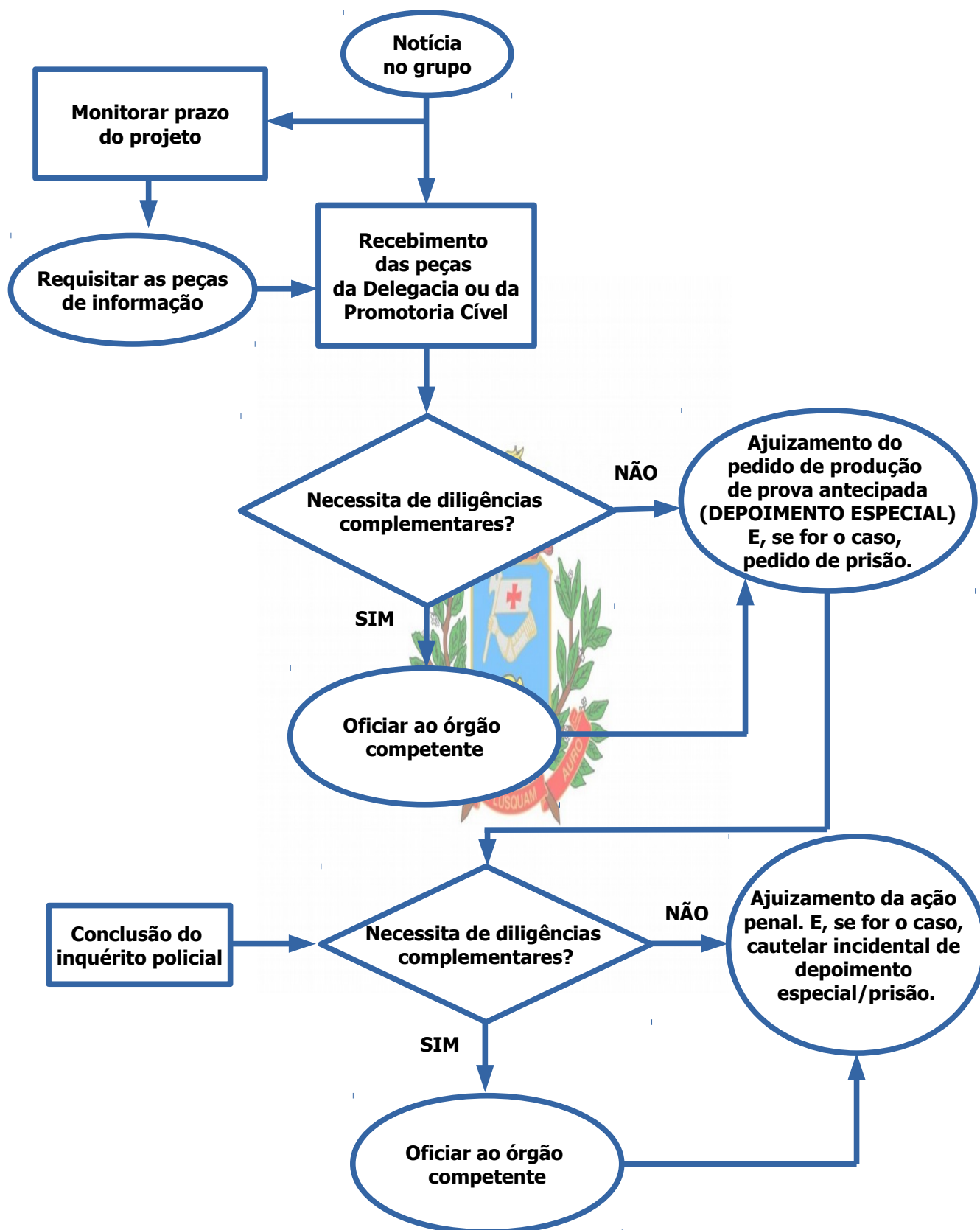


MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO
PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE NOVA MUTUM/MT

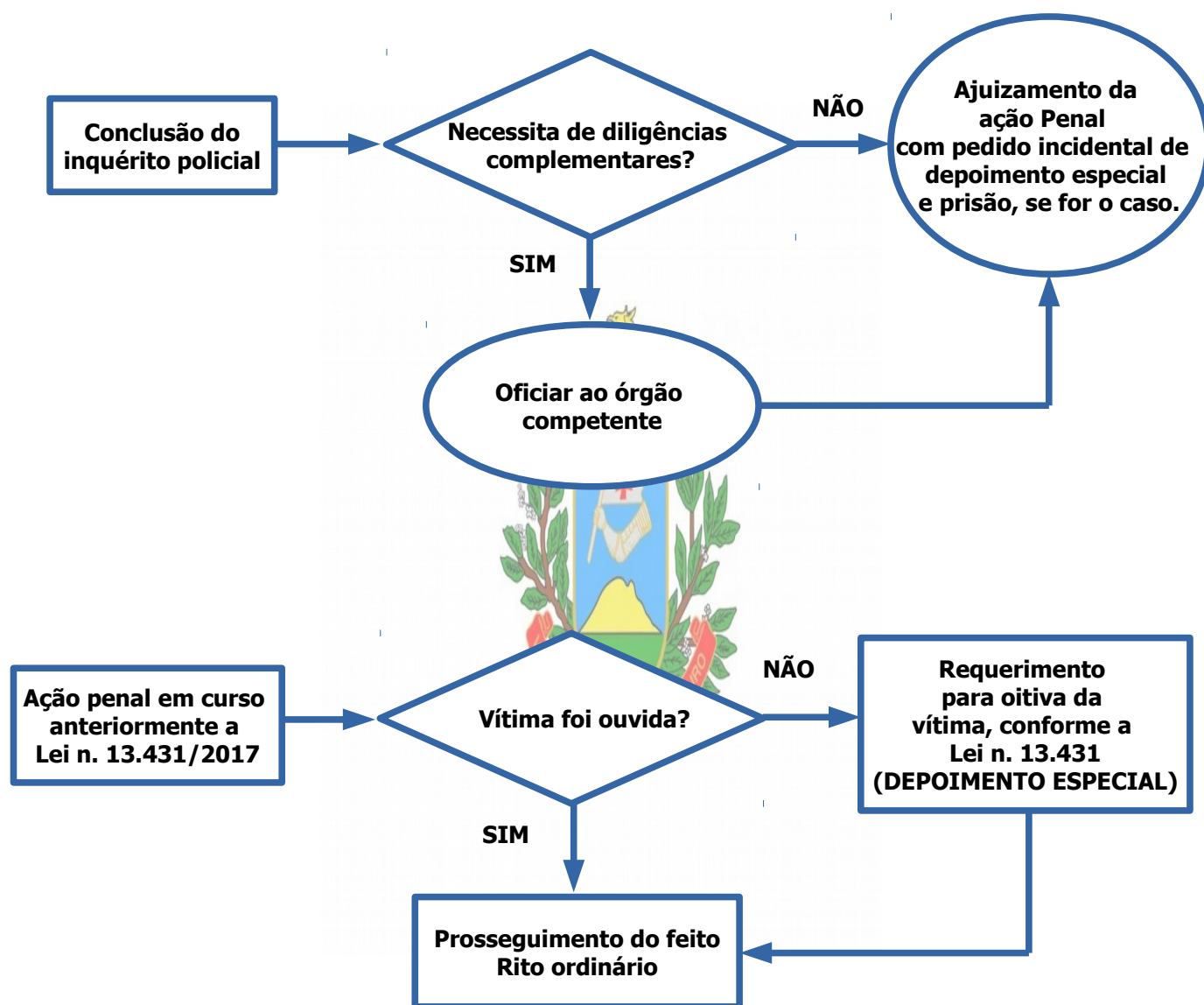
FLUXOGRAMA DO PROJETO LUZ NA 1ª PROMOTORIA CÍVEL



**FLUXOGRAMA DO PROJETO LUZ NA 1ª PROMOTORIA CRIMINAL:
PROCEDIMENTOS A PARTIR DE JANEIRO DE 2018.**



**FLUXOGRAMA DO PROJETO LUZ NA 1ª PROMOTORIA CRIMINAL:
PROCEDIMENTOS ANTERIORES A JANEIRO DE 2018.**



PARTICIPANTES DO PROJETO LUZ

- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO;
- SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE NOVA MUTUM/MT;
- SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA DE NOVA MUTUM/MT;
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA MUTUM/MT;
- ASSESSORIA PEDAGÓGICA DO ESTADO DE MATO GROSSO;
- POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL DO ESTADO DE MATO GROSSO;
- POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO;
- CONSELHO TUTELAR DE NOVA MUTUM/MT.



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).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Lei normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, cria mecanismos para prevenir e coibir a violência, nos termos do art. 227 da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos da Criança e seus protocolos adicionais, da Resolução nº 20/2005 do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas e de outros diplomas internacionais, e estabelece medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência.

Art. 2º A criança e o adolescente gozam dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes asseguradas a proteção integral e as oportunidades e facilidades para viver sem violência e preservar sua saúde física e mental e seu desenvolvimento moral, intelectual e social, e gozam de direitos específicos à sua condição de vítima ou testemunha.

Parágrafo único. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios desenvolverão políticas integradas e coordenadas que visem a garantir os direitos humanos da criança e do adolescente no âmbito das relações domésticas, familiares e sociais, para resguardá-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão.

Art. 3º Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento, às quais o Estado, a família e a sociedade devem assegurar a fruição dos direitos fundamentais com absoluta prioridade.

Parágrafo único. A aplicação desta Lei é facultativa para as vítimas e testemunhas de violência entre 18 (dezoito) e 21 (vinte e um) anos, conforme disposto no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 4º Para os efeitos desta Lei, sem prejuízo da tipificação das condutas criminosas, são formas de violência:

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, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (**bullying**) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional;

b) o ato de alienação parental, assim entendido como a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou por quem os tenha sob sua autoridade, guarda ou vigilância, que leve ao repúdio de genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculo com este;

c) qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membro de sua família ou de sua rede de apoio, independentemente do ambiente em que cometido, particularmente quando isto a torna testemunha;

III - 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, 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, 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;

IV - violência institucional, entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização.

§ 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).

TÍTULO II

DOS DIREITOS E GARANTIAS

Art. 5º A aplicação desta Lei, sem prejuízo dos princípios estabelecidos nas demais normas nacionais e internacionais de proteção dos direitos da criança e do adolescente, terá como base, entre outros, os direitos e garantias fundamentais da criança e do adolescente a:

I - receber prioridade absoluta e ter considerada a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento;

II - receber tratamento digno e abrangente;

III - ter a intimidade e as condições pessoais protegidas quando vítima ou testemunha de violência;

IV - ser protegido contra qualquer tipo de discriminação, independentemente de classe, sexo, raça, etnia, renda, cultura, nível educacional, idade, religião, nacionalidade, procedência regional, regularidade migratória, deficiência ou qualquer outra condição sua, de seus pais ou de seus representantes legais;

V - receber informação adequada à sua etapa de desenvolvimento sobre direitos, inclusive sociais, serviços disponíveis, representação jurídica, medidas de proteção, reparação de danos e qualquer procedimento a que seja submetido;

VI - ser ouvido e expressar seus desejos e opiniões, assim como permanecer em silêncio;

VII - receber assistência qualificada jurídica e psicossocial especializada, que facilite a sua participação e o resguarde contra comportamento inadequado adotado pelos demais órgãos atuantes no processo;

VIII - ser resguardado e protegido de sofrimento, com direito a apoio, planejamento de sua participação, prioridade na tramitação do processo, celeridade processual, idoneidade do atendimento e limitação das intervenções;

IX - ser ouvido em horário que lhe for mais adequado e conveniente, sempre que possível;

X - ter segurança, com avaliação contínua sobre possibilidades de intimidação, ameaça e outras formas de violência;

XI - ser assistido por profissional capacitado e conhecer os profissionais que participam dos procedimentos de escuta especializada e depoimento especial;

XII - ser reparado quando seus direitos forem violados;

XIII - conviver em família e em comunidade;

XIV - ter as informações prestadas tratadas confidencialmente, sendo vedada a utilização ou o repasse a terceiro das declarações feitas pela criança e pelo adolescente vítima, salvo para os fins de assistência à saúde e de persecução penal;



XV - prestar declarações em formato adaptado à criança e ao adolescente com deficiência ou em idioma diverso do português.

Parágrafo único. O planejamento referido no inciso VIII, no caso de depoimento especial, será realizado entre os profissionais especializados e o juízo.

Art. 6º A criança e o adolescente vítima ou testemunha de violência têm direito a pleitear, por meio de seu representante legal, medidas protetivas contra o autor da violência.

Parágrafo único. Os casos omissos nesta Lei serão interpretados à luz do disposto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e em normas conexas.

TÍTULO III

DA ESCUTA ESPECIALIZADA E DO DEPOIMENTO ESPECIAL

Art. 7º Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade.

Art. 8º Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária.

Art. 9º A criança ou o adolescente será resguardado de qualquer contato, ainda que visual, com o suposto autor ou acusado, ou com outra pessoa que represente ameaça, coação ou constrangimento.

Art. 10. A escuta especializada e o depoimento especial serão realizados em local apropriado e acolhedor, com infraestrutura e espaço físico que garantam a privacidade da criança ou do adolescente vítima ou testemunha de violência.

Art. 11. O depoimento especial reger-se-á por protocolos e, sempre que possível, será realizado uma única vez, em sede de produção antecipada de prova judicial, garantida a ampla defesa do investigado.

§ 1º O depoimento especial seguirá o rito cautelar de antecipação de prova:

- I - quando a criança ou o adolescente tiver menos de 7 (sete) anos;
- II - em caso de violência sexual.

§ 2º Não será admitida a tomada de novo depoimento especial, salvo quando justificada a sua imprescindibilidade pela autoridade competente e houver a concordância da vítima ou da testemunha, ou de seu representante legal.

Art. 12. O depoimento especial será colhido conforme o seguinte procedimento:

I - os profissionais especializados esclarecerão a criança ou o adolescente sobre a tomada do depoimento especial, informando-lhe os seus direitos e os procedimentos a serem adotados e planejando sua participação, sendo vedada a leitura da denúncia ou de outras peças processuais;



II - é assegurada à criança ou ao adolescente a livre narrativa sobre a situação de violência, podendo o profissional especializado intervir quando necessário, utilizando técnicas que permitam a elucidação dos fatos;

III - no curso do processo judicial, o depoimento especial será transmitido em tempo real para a sala de audiência, preservado o sigilo;

IV - findo o procedimento previsto no inciso II deste artigo, o juiz, após consultar o Ministério Público, o defensor e os assistentes técnicos, avaliará a pertinência de perguntas complementares, organizadas em bloco;

V - o profissional especializado poderá adaptar as perguntas à linguagem de melhor compreensão da criança ou do adolescente;

VI - o depoimento especial será gravado em áudio e vídeo.

§ 1º À vítima ou testemunha de violência é garantido o direito de prestar depoimento diretamente ao juiz, se assim o entender.

§ 2º O juiz tomará todas as medidas apropriadas para a preservação da intimidade e da privacidade da vítima ou testemunha.

§ 3º O profissional especializado comunicará ao juiz se verificar que a presença, na sala de audiência, do autor da violência pode prejudicar o depoimento especial ou colocar o depoente em situação de risco, caso em que, fazendo constar em termo, será autorizado o afastamento do imputado.

§ 4º Nas hipóteses em que houver risco à vida ou à integridade física da vítima ou testemunha, o juiz tomará as medidas de proteção cabíveis, inclusive a restrição do disposto nos incisos III e VI deste artigo.

§ 5º As condições de preservação e de segurança da mídia relativa ao depoimento da criança ou do adolescente serão objeto de regulamentação, de forma a garantir o direito à intimidade e à privacidade da vítima ou testemunha.

§ 6º O depoimento especial tramitará em segredo de justiça.

TÍTULO IV

DA INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público.

Parágrafo único. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão promover, periodicamente, campanhas de conscientização da sociedade, promovendo a identificação das violações de direitos e garantias de crianças e adolescentes e a divulgação dos serviços de proteção e dos fluxos de atendimento, como forma de evitar a violência institucional.



Art. 14. 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.

§ 1º As ações de que trata o **caput** observarão as seguintes diretrizes:

I - abrangência e integralidade, devendo comportar avaliação e atenção de todas as necessidades da vítima decorrentes da ofensa sofrida;

II - capacitação interdisciplinar continuada, preferencialmente conjunta, dos profissionais;

III - estabelecimento de mecanismos de informação, referência, contrarreferência e monitoramento;

IV - planejamento coordenado do atendimento e do acompanhamento, respeitadas as especificidades da vítima ou testemunha e de suas famílias;

V - celeridade do atendimento, que deve ser realizado imediatamente - ou tão logo quanto possível - após a revelação da violência;

VI - priorização do atendimento em razão da idade ou de eventual prejuízo ao desenvolvimento psicossocial, garantida a intervenção preventiva;

VII - mínima intervenção dos profissionais envolvidos; e

VIII - monitoramento e avaliação periódica das políticas de atendimento.

§ 2º Nos casos de violência sexual, cabe ao responsável da rede de proteção garantir a urgência e a celeridade necessárias ao atendimento de saúde e à produção probatória, preservada a confidencialidade.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar serviços de atendimento, de ouvidoria ou de resposta, pelos meios de comunicação disponíveis, integrados às redes de proteção, para receber denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes.

Parágrafo único. As denúncias recebidas serão encaminhadas:

I - à autoridade policial do local dos fatos, para apuração;

II - ao conselho tutelar, para aplicação de medidas de proteção; e

III - ao Ministério Público, nos casos que forem de sua atribuição específica.

Art. 16. O poder público poderá criar programas, serviços ou equipamentos que proporcionem atenção e atendimento integral e interinstitucional às crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, compostos por equipes multidisciplinares especializadas.

Parágrafo único. Os programas, serviços ou equipamentos públicos poderão contar com delegacias especializadas, serviços de saúde, perícia médico-legal, serviços socioassistenciais, varas especializadas, Ministério Público e Defensoria Pública, entre outros possíveis de integração, e deverão estabelecer parcerias em caso de indisponibilidade de serviços de atendimento.



CAPÍTULO II DA SAÚDE

Art. 17. A 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.

Art. 18. A coleta, guarda provisória e preservação de material com vestígios de violência serão realizadas pelo Instituto Médico Legal (IML) ou por serviço credenciado do sistema de saúde mais próximo, que entregará o material para perícia imediata, observado o disposto no art. 5º desta Lei.

CAPÍTULO III DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 19. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão estabelecer, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas), os seguintes procedimentos:

I - elaboração de plano individual e familiar de atendimento, valorizando a participação da criança e do adolescente e, sempre que possível, a preservação dos vínculos familiares;

II - atenção à vulnerabilidade indireta dos demais membros da família decorrente da situação de violência, e solicitação, quando necessário, aos órgãos competentes, de inclusão da vítima ou testemunha e de suas famílias nas políticas, programas e serviços existentes;

III - avaliação e atenção às situações de intimidação, ameaça, constrangimento ou discriminação decorrentes da vitimização, inclusive durante o trâmite do processo judicial, as quais deverão ser comunicadas imediatamente à autoridade judicial para tomada de providências; e

IV - representação ao Ministério Público, nos casos de falta de responsável legal com capacidade protetiva em razão da situação de violência, para colocação da criança ou do adolescente sob os cuidados da família extensa, de família substituta ou de serviço de acolhimento familiar ou, em sua falta, institucional.

CAPÍTULO IV DA SEGURANÇA PÚBLICA

Art. 20. O poder público poderá criar delegacias especializadas no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

§ 1º Na elaboração de suas propostas orçamentárias, as unidades da Federação alocarão recursos para manutenção de equipes multidisciplinares destinadas a assessorar as delegacias especializadas.

§ 2º Até a criação do órgão previsto no **caput** deste artigo, a vítima será encaminhada prioritariamente a delegacia especializada em temas de direitos humanos.



§ 3º A tomada de depoimento especial da criança ou do adolescente vítima ou testemunha de violência observará o disposto no art. 14 desta Lei.

Art. 21. Constatado que a criança ou o adolescente está em risco, a autoridade policial requisitará à autoridade judicial responsável, em qualquer momento dos procedimentos de investigação e responsabilização dos suspeitos, as medidas de proteção pertinentes, entre as quais:

I - evitar o contato direto da criança ou do adolescente vítima ou testemunha de violência com o suposto autor da violência;

II - solicitar o afastamento cautelar do investigado da residência ou local de convivência, em se tratando de pessoa que tenha contato com a criança ou o adolescente;

III - requerer a prisão preventiva do investigado, quando houver suficientes indícios de ameaça à criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência;

IV - solicitar aos órgãos socioassistenciais a inclusão da vítima e de sua família nos atendimentos a que têm direito;

V - requerer a inclusão da criança ou do adolescente em programa de proteção a vítimas ou testemunhas ameaçadas; e

VI - representar ao Ministério Público para que proponha ação cautelar de antecipação de prova, resguardados os pressupostos legais e as garantias previstas no art. 5º desta Lei, sempre que a demora possa causar prejuízo ao desenvolvimento da criança ou do adolescente.

Art. 22. Os órgãos policiais envolvidos envidarão esforços investigativos para que o depoimento especial não seja o único meio de prova para o julgamento do réu.

CAPÍTULO V DA JUSTIÇA

Art. 23. Os órgãos responsáveis pela organização judiciária poderão criar juizados ou varas especializadas em crimes contra a criança e o adolescente.

Parágrafo único. Até a implementação do disposto no **caput** deste artigo, o julgamento e a execução das causas decorrentes das práticas de violência ficarão, preferencialmente, a cargo dos juizados ou varas especializadas em violência doméstica e temas afins.

TÍTULO V DOS CRIMES

Art. 24. Violar sigilo processual, permitindo que depoimento de criança ou adolescente seja assistido por pessoa estranha ao processo, sem autorização judicial e sem o consentimento do depoente ou de seu representante legal.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.



TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 25. O art. 208 da [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 \(Estatuto da Criança e do Adolescente\)](#), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XI:

“Art. 208.

.....
XI - de políticas e programas integrados de atendimento à criança e ao adolescente vítima ou testemunha de violência.

.....” (NR)

Art. 26. Cabe ao poder público, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado da entrada em vigor desta Lei, emanar atos normativos necessários à sua efetividade.

Art. 27. Cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias contado da entrada em vigor desta Lei, estabelecer normas sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, no âmbito das respectivas competências.

Art. 28. Revoga-se o art. 248 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 29. Esta Lei entra em vigor após decorrido 1 (um) ano de sua publicação oficial.

Brasília, 4 de abril de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER

Osmar Serraglio



Referências bibliográficas:

BOCK, A. M. B; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. L. T. Psicologias: uma introdução ao Estudo da Psicologia. São Paulo/SP, Editora Saraiva, 2001.

ROMERO, K. R. P. S. Crianças vítimas de abuso sexual: aspectos psicológicos da dinâmica Familiar. Ministério Público do Estado do Paraná. Curitiba/PR, 2007.

IPPOLITO, R.; WILLE, R. A escola como espaço mais próximo da revelação da violência sexual e cuidado de crianças e adolescentes. In: SANTOS, B. R; GONÇALVES, I.B; VASCONCELOS, G. (Orgs). *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília/DF: EdUCB, 2014.

LORDELLO S. Desenvolvimento infantil: a revelação da criança pela linguagem. In: SANTOS, B. R; GONÇALVES, I. B; VASCONCELOS, G. (Orgs). *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília/DF: EdUCB, 2014.

Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Benedito Rodrigues dos Santos, Rita Ippolito. Seropédica, RJ: EDUR, 2011.

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A & Vaiciunas, N. (1989). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: IGLU.

Braun, S. (2002). A violência sexual infantil na família: Do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre. Age.

Cohen, J.A & Mannarino, A.P. (2000^a) Incest. Case studies in Family violence. New York: Kluwer.

Furniss, T. (1993). Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koller, SH (1999) violência doméstica: Uma visão ecológica. São Leopoldo: AMENCAR.

<http://www.childhood.org.br/>

<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000016936.pdf>



Saúde, Ministério da. Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, ISTs e hepatites virais. Brasília, 2017.

Saúde, Ministério da. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 3ª ed. Brasília, 2012.

Saúde, Ministério da. Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV: Versão para divulgação; 2015.

