



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES**

NORMA TÉCNICA

**ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM
REGISTRO DE INFORMAÇÕES E COLETA DE VESTÍGIOS**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES**

NORMA TÉCNICA

**ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM
REGISTRO DE INFORMAÇÕES E COLETA DE VESTÍGIOS**

**1ª Edição
Brasília - DF
2015**

Dilma Rousseff
Presidenta da República
Michel Temer
Vice-Presidente da República

Ministério da Saúde
Arthur Chioro
Ministro de Estado Chefe

Ministério da Justiça
José Eduardo Cardozo
Ministro de Estado Chefe

Secretaria de Políticas para as Mulheres
Eleonora Menicucci
Ministra de Estado Chefe

Realização:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Segurança Pública
Departamento de Pesquisa, Análise de Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública
Coordenação-Geral de Análise e Desenvolvimento de Pessoal
Departamento de Políticas, Programas e Projetos.
Coordenação-Geral do Plano de Implantação e Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção da Violência

Secretaria de Políticas para as Mulheres
Presidência da República
Secretaria de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
Coordenação-Geral de Fortalecimento da Rede de Atendimento
Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas
Coordenação-Geral de Saúde

© 2015 Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 1ª impressão – 2015 – 5.000 exemplares

Edição e informações

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Secretaria de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres

Coordenação-Geral de Fortalecimento da Rede de Atendimento

Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas

Coordenação-Geral de Saúde

Setor de Clubes Esportivo Sul, Trecho 02, Lote 22

Ed. Tancredo Neves, Entrada 3, 1º andar

70200-002 Brasília/DF

Tel: (61) 3313-7098

Elaboração

Aline Yamamoto

Andréa da Silveira Passos

Anita Monteiro

Beatriz Cruz da Silva

Caroline Schweitzer de Oliveira

Cláudia Maria Nunes Saad Fávero

Eneida Anjos Paiva

Isabel Seixas de Figueiredo

Kelvia de Assunção Ferreira Barros

Leandro Arbogast Cunha

Luana Grillo da Silva

Maria Esther Albuquerque Vilella

Maristela Amaral Gois

Marta Maria Alves da Silva

Regina Maria Filomena De Luca Miki

Rosangela Rigo

Rurany Ester Silva

Samuel Teixeira Gomes Ferreira

Stella Ribeiro da Matta Machado

Trícia Cristine Kommers Albuquerque

Capa, projeto gráfico e diagramação

Jadermilson Santos

À Rosangela Rigo

Em sua luta pelos direitos das mulheres,
com comprometimento, valorização e competência.

Rosangela, presente!

Apresentação

A violência contra as mulheres é um fenômeno multidimensional que afeta as cidadãs de todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, que se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as mulheres no seu direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização destas mulheres e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral.

A Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios aqui apresentada integra uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência lançado em 13 de março de 2013 pela Presidência da República, coordenado pela SPM/PR – Secretaria de Políticas para as Mulheres, com a parceria do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde.

O Programa Mulher, Viver sem Violência representa uma ação importante para garantir a união necessária de esforços para combater as várias formas de violência contra as mulheres, assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral e humanizado do qual necessita nesse contexto e contribuir para o enfrentamento da impunidade dos agressores.

Para tanto, propõe o fortalecimento e a consolidação, em âmbito nacional, da rede integrada de atendimento às mulheres em situação de violência envolvendo e articulando as diversas áreas de assistência, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres em situação de violência. Os integrantes dos órgãos e serviços públicos das três esferas de Estado e de governo e o sistema de justiça são copartícipes na sua implementação.

O Programa Mulher, Viver sem Violência é composto por seis estratégias de ação:

1. Casa da Mulher Brasileira
2. Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180
3. Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

4. Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca
5. Campanhas Continuadas de Conscientização
6. Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta

Todas estas ações representam um importante avanço para o atendimento às mulheres em situação de violência e reafirmam os princípios da transversalidade e intersetorialidade das políticas, da integração entre os diferentes Ministérios para ampliar o acesso e o atendimento integral às mulheres.

A violência sexual é entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esta demanda. Pode acometer crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas em espaços privados e públicos; e causar traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e em algumas situações levar à morte.

A atenção às pessoas em situação de violência sexual não é uma ação isolada e o seu enfrentamento depende de iniciativas intersetoriais que possibilitem ações de atendimento, proteção, prevenção a novas situações e medidas para possibilitar a responsabilização dos(as) autores(as) de agressão.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça trabalham em conjunto o desenvolvimento de ações que possibilitem estratégias de prevenção, acolhimento, atendimento e proteção às pessoas em situação de violência. Ao mesmo tempo, criam estratégias para garantir a responsabilização e o combate à impunidade de autores(as) de agressão a serem implantadas e implementadas nas unidades da federação. Reunir essas iniciativas para a unificação de procedimentos é possível quando a articulação e atuação governamental expressam o desejo de possibilitar à pessoa em situação de violência sexual um atendimento digno, humanizado e resolutivo, buscando evitar revitimizações e torná-lo mais ágil e com menos exposição da pessoa que sofreu a violência.

Sumário

Introdução 12

Marcos Legais 13

Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual 17

Atendimento Integral com Registro de Informações e Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde 20

Procedimentos Técnicos para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios 22

Atendimento 24

Coleta de Material Biológico para Exames de DNA 26

Secagem, Acondicionamento, Armazenamento e Transporte 28

Orientações Gerais para Armazenamento e Transporte de Vestígios 29

Referências Bibliográficas 30

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS 33

ANEXO B - FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 35

ANEXO C - MAPA DE LESÕES 39

ANEXO D - IMAGEM CRONOMÉTRICA PARA EXAME GINECOLÓGICO 43

Introdução

A violência sexual é um fenômeno tão antigo quanto a história da humanidade. Tornou-se cultural e banalizada pela sociedade como sendo uma das desigualdades de gênero fundadas na relação entre sistemas de dominação e produção de diferenças, imposta em especial às mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino, não eximindo, no entanto, as pessoas do sexo masculino ou pessoas idosas.

Os avanços em direitos humanos, legislação e tecnologias contribuem para o seu enfrentamento, contudo ainda são insuficientes para a solução do problema. O aperfeiçoamento de estratégias de vigilância na produção e qualificação de informações sobre este problema possibilita identificar o perfil das vítimas e dos(as) autores(as) da agressão. Também permite identificar fatores de risco e de proteção às ocorrências de violências e os segmentos mais vulneráveis, o que é fundamental para a implantação de políticas de prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência. O uso de ferramentas de geoprocessamento microrregional das ocorrências possibilita identificar áreas críticas no território e desenvolver ações locais intersetoriais, envolvendo governo e sociedade civil, que previnam e contribuam para o rompimento do ciclo de violência e vulnerabilidades e articulem a rede de atenção e proteção.

Os esforços empreendidos por todos os setores que atuam no atendimento de pessoas em situação de violência sexual culminaram, em 2013, com a edição de leis e decretos com a finalidade de institucionalizar, fortalecer e ampliar as iniciativas em desenvolvimento na área de saúde, segurança, políticas públicas para as mulheres, assistência social, direitos humanos, entre outras.

O atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual, normatizado desde 1998, é potencializado com a estruturação do registro de informações e coleta de vestígios na rede pública de saúde. Desta forma, busca-se otimizar recursos, garantir a integralidade na atenção e apoiar os(as) usuários(as) do SUS com atendimento humanizado, cuidadoso e sem discriminação, contribuindo para minimizar sofrimentos.

A realização do registro de informações e da coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde contribui para a humanização da atenção e, em especial, para o combate à impunidade, considerando a oportunidade de sua realização nas primeiras horas após a violência. Este proceder permite que as informações e vestígios da violência estejam devidamente registrados, armazenados e disponíveis para os sistemas de segurança pública e de justiça quando a pessoa em situação de violência decidir registrar a ocorrência na polícia.

A estruturação da atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência sexual em rede é um passo importante para assegurar o cuidado, promoção e prevenção a esse público. Não se trata de um novo serviço, mas de uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2010).

De acordo com a Constituição Federal, com a Lei 8.080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde, e com as demais políticas em desenvolvimento, a saúde é um direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo que o acesso às ações e aos serviços seja universal e igualitário.

A Organização Mundial de Saúde em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde alerta os países a respeito da importância das violências no adoecimento e morte da população. As lesões e mortes, tanto decorrentes das violências interpessoais como das autoprovocadas, independente das tipologias e naturezas da violência, a exemplo da violência física, sexual, psicológica e negligência, geram grande demanda no setor da saúde com impactos econômicos e sociais. Este relatório define a violência como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002), destacando o papel do setor da saúde no enfrentamento das violências, dentre as quais, a sexual.

A Convenção de Belém do Pará (1994) apresenta o conceito de violência contra a mulher como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Os Estados parte da Convenção são orientados a adotar medidas de caráter intersetorial, a fim de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.

O Ministério da Saúde normatiza o atendimento

às pessoas em situação de violência sexual desde os anos de 1980 e vem atualizando suas diretrizes ao longo das últimas décadas, contando com a parceria das Secretarias de Saúde das unidades da federação, das sociedades científicas e dos movimentos sociais. Desse esforço coletivo desenvolveram-se normas técnicas e protocolos clínicos sobre acolhimento, atendimento e notificação de violências. Desta forma, é possível acolher, atender, realizar exames clínicos e laboratoriais, administrar a anticoncepção de emergência, realizar quimioprofilaxias para o HIV e para doenças sexualmente transmissíveis. Também é possível oferecer acompanhamento psicossocial, sem perder a perspectiva de que o aperfeiçoamento dos(as) profissionais que atuam diretamente nos casos pode melhorar suas habilidades e capacidades técnicas em relação à violência sexual.

Nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde, de outras áreas de políticas públicas e do sistema de justiça.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) estabelece em suas prioridades a atenção para mulheres em situação de violência sexual e doméstica como uma das ações intersetoriais representativas dos direitos humanos. Os desdobramentos dessa política estão dispostos nas normas técnicas afetas ao tema da violência sexual e na legislação em vigor que potencializa as especificidades da atenção à saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2014), que tem por objetivo promover a equidade e a me-

lhoria das condições e modos de viver ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes e condicionantes da saúde, também definiu o enfrentamento das violências e a promoção da cultura de paz e de direitos humanos como uma de suas prioridades. Essa política parte de uma abordagem intersetorial, interdisciplinar, interinstitucional e com participação da sociedade civil na implementação de ações de promoção da saúde e da atenção integral.

No âmbito do Ministério da Justiça, foi editada em 2005, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), a Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres - DEAMs.

A criação das DEAMs foi a primeira experiência de implementação de uma política pública de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil. Desde a instalação das primeiras DEAMs, em 1985, passaram-se mais de 30 anos e as delegacias das mulheres não só permanecem como têm renovado, a cada dia, seu papel e sua importância, servindo inclusive como modelo para países da América Latina e África.

A Norma Técnica foi atualizada, em 2010, após a edição da Lei Maria da Penha, com a participação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, das Secretarias de Segurança Pública e das Polícias Cíveis das Unidades Federadas, bem como de especialistas na temática da violência de gênero e de diferentes organizações não-governamentais.

Em 2007, com a Edição da Lei nº 11.530/2007, que criou o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, estabeleceu-se como focos prioritários dos programas, projetos e ações da segurança pública, dentre outros, as mulheres em situação de violência (art. 4º, II).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres “tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional” (BRASIL, 2011, pg. 9). Está estruturada em 6 diretrizes:

I. Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres.

II. Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública.

III. Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres.

IV. Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça.

V. Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.

VI. Estruturar a Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2011, pg. 32-33).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres foi lançado em 2007, como

parte da agenda social do Governo Federal. Consiste em um acordo federativo entre o Governo Federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidam a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional (BRASIL, 2011). Está estruturado em cinco eixos:

- I. Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha.
- II. Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência.
- III. Garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça.
- IV. Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres.
- V. Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

É importante destacar que com a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, as ações e políticas para o enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres ganham novos contornos no Brasil. A partir dessa Lei, a violência doméstica contra as mulheres é tipificada e passa ser tratada como crime.

Considerada pela ONU uma das três legislações internacionais que mais protegem as mulheres, permitiu no Brasil maior articulação da rede de serviços já existente, ampliação do atendimento especializado e integração dos serviços de assistência psicossocial com o sistema de segurança pública e o sistema de justiça. A Lei assegura o atendimento às mulheres em situação de violência e cria mecanismos de proteção às mulheres, bem como, o enfrentamento à impunidade destes crimes. A partir dela foi criada pela SPM/PR a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (2006).

Compõe o atendimento integral à saúde de pessoas em situação de violência, o registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências interpessoais e autoprovocadas definidas pela legislação (violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014. Esse registro é feito pelos(as) profissionais de saúde e de outras áreas, em conformidade com pactuações locais, sendo esta notificação uma ferramenta de informação, que possibilita conhecer para intervir e também um instrumento de garantia de direitos ao acionar a rede de atenção e proteção. Salienta-se que nas situações de violência sexual esta notificação é obrigatória e imediata para mulheres e homens em todos os ciclos de vida.

Quando do atendimento de crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente).

Nos casos de violência contra pessoas idosas é obrigatório comunicar a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e orienta a organização de redes de atenção à saúde para o SUS, onde se inclui a rede de serviços de atenção para pessoas em situação de violência sexual.

A Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual em vigor é um protocolo de organização e operacionalização da atenção à saúde de mulheres e adolescentes que tenham sofrido violência sexual. A norma visa efetivar o direito a receber atendimento conforme os consensos clínicos e medicamentosos nacionais e internacionais atualizados regularmente.

O Ministério da Saúde atualiza periodicamente a norma técnica “Aspectos Jurídicos do Atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde”, de acordo com as modificações na legislação e da jurisprudência brasileira com o objetivo de qualificar a atuação dos(as) profissionais de saúde.

O ano de 2013 foi um período de efervescência legislativa dando maior visibilidade ao tema do enfrentamento à violência sexual como uma prioridade do Estado brasileiro. O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, orienta uma ação que deverá alterar a atenção integral para pessoas em situação de violência sexual, com a implementação do registro de informações e coleta de vestígios no SUS.

A Lei nº 12.845/2013 é resultado da atuação conjunta da sociedade civil, poder executivo e o legislativo para uniformizar o trabalho desenvolvido na área de saúde pública. O referido diploma legal dispõe so-

bre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS nos seguintes termos:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme a Lei nº 12.845/2013, Art. 3º, III, estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal, no sentido de diminuir a impunidade dos(as) autores(as) de agressão.

Importante destacar que a responsabilidade para a implementação da referida Lei está a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas que para sua construção e operacionalização levou em conta ações bem sucedidas em municípios brasileiros que já realizam este atendimento, bem como as discussões e pontos levantados pelos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, pelo Conselho Federal de Medicina, pelas Instituições de Ensino Superior e os(as) gestores(as) e profissionais de saúde que lidam diretamente com as pessoas em situação de violência sexual, respeitando o sigilo, a ética, agilidade e eficiência no atendimento.

Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Geralmente, a violência sexual está acompanhada de outras agressões que incluem a violência física e psicológica. Pode acarretar lesões e traumas nem sempre visíveis, ou mesmo gerar internações, produzir sequelas físicas ou psíquicas, como a depressão e estresse pós-traumático ou levar à morte.

A violência sexual, em razão da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimentos de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda a rede. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos(as) aqueles(as) que acessarem esses serviços.

O Decreto nº 7.958/2013 assegura que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”, além de aspectos como:

- O devido acolhimento em serviços de referência;
- A disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito;
- A informação prévia das pessoas em situação de violência sexual, assegurada a compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Divulgação de informações sobre a existência de

serviços de referência para atendimento à violência sexual.

A discussão sobre humanização da atenção e dos atendimentos não é uma novidade. Trata-se de premissa a ser assegurada em toda a rede de serviços que atendem as pessoas em situação de violência sexual.

No que se refere à saúde, a Política Nacional de Humanização (2004) assegura a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Conforme a Política, “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.

A Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais da atenção em saúde, não podendo ser entendida apenas como um “programa” a ser aplicado aos diversos serviços, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (PNH, 2004).

Ao se discutir aspectos para garantir o atendimento humanizado nos serviços de saúde, é preciso ressaltar o acolhimento como um importante elemento 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.

Como mencionado, a violência sexual constitui um grave problema de saúde pública, pois representa uma das principais causas de morbidade, especialmente de meninas e mulheres. Nesse sentido, cabe

ETAPAS DO ATENDIMENTO: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial.

reconhecer os serviços de saúde como importantes portas de entrada para aqueles(as) que sofreram violência sexual, assegurando-lhes acolhimento adequado e atendimento imediato, a partir das demandas de cada pessoa.

Para que o acesso ocorra de fato, é imprescindível que a população conheça as ofertas de serviços e sintasse motivada a procurá-los, sempre que deles necessitar.

A disponibilização de informações sobre os serviços de referência que asseguram a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em toda a rede de atendimento do SUS e na rede de serviços de outras políticas públicas (Assistência Social, Segurança Pública, Políticas para as Mulheres, Justiça, etc.) contribui para garantir um maior acesso e proteção.

No âmbito do SUS, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sexual sobre a saúde física e psicológica, além do abortamento legal, se for solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente.

É preciso que se estabeleçam fluxos de atendi-

mento em toda a rede de saúde. É necessária a indicação dos(as) profissionais responsáveis por cada etapa da atenção e é imprescindível que esses fluxos sejam do conhecimento de todos(as), de modo a acolher e atender as pessoas que acessarem o serviço de forma ágil, humanizada e respeitosa.

O acompanhamento clínico, psicológico e social previsto nos serviços de saúde de referência devem se estender por um período posterior à realização do primeiro atendimento, sendo necessário que a equipe do serviço de saúde avalie a continuidade do seu acompanhamento e a importância de encaminhamentos para outros serviços e unidades da rede: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros.

Conforme disposto na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde sobre a atenção à violência sexual, as pessoas atendidas devem ser informadas e orientadas sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida a ser tomada.

Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

No cerne da atenção integral e humanizada no SUS, é importante garantir, com qualidade e respeito, a escolha das mulheres que sofreram violência sexual pelo abortamento assegurado pela legislação brasileira. Além dos aspectos já mencionados, a atenção humanizada em saúde às pessoas em situação de violência sexual relaciona-se a aspectos mais práticos e objetivos que devem ser garantidos nos estabelecimentos de saúde que realizem o serviço.

Cite-se, por exemplo:

- **Instalações e área física adequada para atendimento**

Locais específicos para acolhida e atendimento, preferencialmente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, para garantir privacidade durante os atendimentos. Evitar identificação nominal das salas de atendimento exclusivas para vítimas de violência sexual.

- **Equipamentos e instrumentais suficientes**

Equipamentos e materiais permanentes em condições adequadas de uso que satisfaçam as necessi-

dades do atendimento de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. Quando ofertado o serviço de aborto previsto em lei deve-se seguir as orientações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em vigor.

- **Recursos humanos qualificados para a atenção**

O atendimento precisa ser ofertado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, essencialmente: médico(a); enfermeiro(a); técnico(a) em enfermagem; assistente social e psicólogo(a). Poderá contar, ainda, com outros profissionais como farmacêutico(a).

Frente a todas as indicações necessárias à garantia de atenção humanizada e integral às pessoas em situação de violência sexual, cabe ressaltar que compete aos gestores(as) de saúde nos Municípios, Estados e Distrito Federal implantar, implementar e garantir sustentabilidade às ações e o maior número possível de serviços de referência.

Cabe aos(às) gestores(as) e diretores(as) dos estabelecimentos de saúde a implantação de mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas.

Atendimento Integral com Registro de Informações e Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde

O cuidado em saúde à pessoa em situação de violência sexual deve ser realizado conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde¹. Recomenda-se que o atendimento seja realizado até 72 horas da agressão devido à maior eficácia das medidas profiláticas.

A proteção, a atenção e o cuidado integral constituem funções primordiais dos serviços de saúde que compõem a rede de atendimento a pessoas em situação de violência sexual. Desta forma, é preciso que os serviços de saúde atuem articuladamente com outros serviços e órgãos existentes em cada localidade para cumprir plenamente essas funções.

A publicação do Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, constitui um importante dispositivo que prevê esse tipo de articulação intersetorial, de modo a fortalecer o atendimento integral e humanizado. Nesse sentido, o Decreto prevê articulação entre os setores de Saúde, Segurança e Justiça, com vistas não apenas à necessária proteção das pessoas que sofreram a violência, mas também à adoção das medidas necessárias à responsabilização legal daqueles que cometeram.

O Decreto prevê a possibilidade de que os(as) profissionais de saúde agreguem ao atendimento, feito com foco nos cuidados com a pessoa em situação de violência sexual, um segundo olhar que possibilite identificar e registrar elementos necessários à persecução penal do(a) agressor(a).

A atribuição legal de buscar informações que

subsidiem a persecução penal é fundamentalmente do sistema de segurança, mas os(as) profissionais de saúde podem contribuir imensamente para que informações e vestígios importantes sejam preservados.

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do(a) autor(a). Assim, é importante que os(as) profissionais de saúde atentem para esses elementos, principalmente nas situações em que a vítima não procurou de imediato o sistema de segurança pública, mas posteriormente venha representar contra o(a) agressor(a).

Coexistem no Brasil diferentes fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, mas todos devem levar em conta a preservação de informações e vestígios da agressão, evitando a revitimização.

As situações são as seguintes:

I. Quando a pessoa procura inicialmente o sistema de segurança pública

Nesses casos o sistema de segurança registra todas as informações da ocorrência e a encaminha aos órgãos de medicina legal para a realização da perícia, que irá caracterizar o tipo de lesão encontrada e coletar os vestígios que podem auxiliar na identificação da autoria e materialização do crime. Em seguida a

¹ Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

pessoa é encaminhada ao sistema de saúde para os cuidados pertinentes.

Caso haja uma situação de urgência ou emergência, a vítima é encaminhada inicialmente ao sistema de saúde.

II. Quando a pessoa procura inicialmente o sistema de saúde

Neste caso existem várias possibilidades de fluxo, dependendo da conformação da rede e das pactuações formais locais entre sistema de justiça, segurança e saúde.

Na saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento. Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos.

Em todos os casos, a equipe de saúde deve orientar sobre a importância da pessoa registrar o boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do(a) agressor(a).

Os serviços de saúde NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada.

É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios.

Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados.

As pactuações locais de atendimento intersetorial às pessoas em situação de violência sexual podem ser desenvolvidas em parceria entre a equipe de perícia oficial e a equipe do hospital, de modo que tanto a assistência por parte da saúde quanto a perícia ocorram no mesmo local, mas são realizadas por equipes distintas, num só momento.

Esta Norma Técnica trata das situações em que há possibilidade de realização do registro de informações e coleta de vestígios da violência sexual pelos(as) médicos(as) do SUS nos serviços de referência aptos/habilitados para este atendimento.

Enfrentar a violência contra as mulheres exige, acima de tudo, a construção de condições para que possam escolher e decidir, a partir das informações qualificadas sobre todos os seus direitos, sobre os serviços especializados e sobre os procedimentos para a denúncia da violência sofrida, contribuindo dessa forma para sua autonomia.

A decisão da mulher deverá sempre ser respeitada!

Procedimentos Técnicos para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios

Os procedimentos técnicos a seguir visam normatizar e orientar o atendimento integral às vítimas de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, tomando por base a literatura da Organização Mundial de Saúde, guias e manuais de diversas experiências nacionais e internacionais da área de saúde e medicina legal, e os procedimentos operacionais padronizados da área de perícia criminal produzidos pelo Ministério da Justiça. Tais orientações poderão ser adequadas respeitando as especificidades, de acordo com a organização da rede de serviços e pactuações locais.

A realização desses procedimentos envolve anamnese, escuta qualificada, realização do exame físico, descrição das lesões, registro de informações e coleta de vestígios em serviços de saúde.

Atribuições Gerais para todos os Serviços de Saúde

- Orientar as vítimas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência;
- Reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente da violência doméstica, mantendo os(as) profissionais sensibilizados(as) e capacitados(as);
- Acolher as pessoas em situação de violência de forma humanizada sem preconceitos e juízos de valor;
- Garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito;
- Manter sigilo sobre as informações prestadas

pela vítima ou pelo seu responsável, repassando a outro profissional ou outro serviço, apenas as informações necessárias para garantir o atendimento adequado;

- Ouvir atentamente o relato da situação, de forma a poder avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida.

Atribuições Gerais para os Serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios

- Avaliar e tratar as condições médicas de emergência;
- Realizar os exames clínicos e a coleta de material com consentimento informado;
- Apresentar o Termo de Consentimento Informado (Anexo A), de modo a colher assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados;
- Respeitar a todo momento a confidencialidade do caso;
- Solicitar os exames laboratoriais preconizados conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde;
- Realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde, exceto se esse procedimento tenha sido realizado pelo serviço que primeiro atendeu à vítima;

- Realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas;
- Preencher o formulário de dispensação de anti-retrovirais;
- Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social;
- Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada, de modo a possibilitar a análise das informações (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014);
- Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- Constar, na Ficha de Atendimento Multiprofissional, data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo(a) profissional e a identificação, de todos os(as) profissionais que atenderam a vítima;
- Garantir a referência para o seguimento/acompanhamento através de consultas pré-agendadas;
- Realizar a interrupção legal da gestação conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde;
- Encaminhar a mulher para os serviços de saúde caso ela opte pela manutenção da gestação;
- Realizar os registros necessários, não só para o acompanhamento da vítima como também para prováveis finalidades legais.

Atendimento

- Estabelecer uma relação de respeito e empatia com a vítima;
- Iniciar a entrevista com perguntas abertas e evitar conduzir as respostas;
- Questionar diretamente a vítima somente quando a narrativa livre for esgotada;
- Ler Termo de Consentimento Informado (ANEXO A) para a vítima e certificar-se se foi compreendido. A vítima tem liberdade para aceitar ou recusar qualquer das etapas ou procedimentos do atendimento;
- Preencher a Ficha de Atendimento Multiprofissional, conforme modelo (ANEXO B).

Acolhimento e Escuta Qualificada

O acolhimento e a escuta qualificada são elementos importantes para uma atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual.

Acolhimento engloba o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao(à) profissional desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das pessoas, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

PONTOS IMPORTANTES

- Respeitar a fala da vítima, auxiliando a expressar seus sentimentos, buscando a autoconfiança;
- Estabelecer comunicação efetiva, estando atento à comunicação não-verbal (gestos, expressões faciais);
- Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da vítima;
- Organizar o acesso, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando a vítima para serviços específicos;
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada, informando sobre as intervenções necessárias.

Exame Físico

- Explicar para a pessoa examinada a necessidade do exame e da coleta de material;
- Informar os passos do exame, os locais do corpo a serem tocados, explicando os procedimentos que serão realizados e os materiais que serão coletados. Havendo a recusa, a decisão e autonomia da pessoa devem ser respeitadas;
- Descrever as lesões em sua localização, tama-

nho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais, assinalando-as na Ficha de Atendimento específica ou fotografando-as, se possível, com o consentimento da pessoa;

- O exame deverá ser realizado pelo(a) médico(a) com a presença de outro(a) profissional de saúde também habilitado para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual.

Quadro 1: Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual

REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO
Craniana	Couro cabeludo	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa
	Face	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático
	Olhos	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático
	Orelhas	Equimose, escoriação e edema traumático
	Boca	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário
Cervical	Externa	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação
	Interna	Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disfonia) e dificuldade de deglutição
Torácica e abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração nos mamilos
Membros Superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fratura
Membros Inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação
*A existência dessas lesões não caracteriza por si a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual consentida.		

Coleta de Material Biológico para Exames de DNA

A coleta de material biológico (amostra de referência da vítima e vestígios) é extremamente importante para a identificação do(a) agressor(a) por meio de exames de DNA.

A pessoa em situação de violência, seu familiar ou responsável legal deverá consentir e assinar o Termo de Consentimento Informado (Anexo A) antes da coleta de material biológico ser realizada.

A coleta do material biológico no corpo da vítima deve ser realizada o mais rapidamente possível a partir do momento da agressão sexual. A possibilidade de se coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes diminui com o passar do tempo, reduzindo significativamente após 72h da agressão.

O(a) médico(a) responsável pela coleta deve estar ciente da possibilidade de haver vestígios do(a) agressor(a) não somente nas regiões genital e anal, mas também em outras locais do corpo da vítima, como, por exemplo, regiões mamárias e perioral, e ainda em objetos e roupas.

Durante a coleta, deve-se assegurar que o material coletado não seja contaminado com outros materiais biológicos presentes no ambiente ou pelo DNA da pessoa que coletou a amostra. Deverão ser utilizadas luvas descartáveis, máscara e outros materiais e instrumentos esterilizados como, por exemplo, swab, pinça, tesoura etc.

Coleta de Vestígios

I. Material: secreção vaginal

A coleta de secreção vaginal para pesquisa de esper-

matozoide e exame de DNA deve ser feita com a vítima em posição ginecológica. Deve-se priorizar a coleta de secreções e não da parede mucosa. Recomenda-se a utilização de espéculo, preferencialmente descartável, sem a presença de materiais lubrificantes.

A coleta deverá ser realizada utilizando-se, pelo menos, quatro swabs esterilizados, de haste longa e flexível. Se possível, os swabs deverão ser passados simultaneamente, de dois em dois, lado a lado, a fim de que as amostras tenham maior similaridade entre si.

Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1° e 2° deverão ser destinados para exame de DNA e o 3° e 4° deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.

O material coletado poderá ser mantido nos swabs e/ou transferido para outros suportes:

- A secreção coletada nos swabs destinados ao exame de DNA poderá ser transferida imediatamente para dois papeis filtro.
- A secreção coletada nos swabs destinados à pesquisa de espermatozoides poderá ser transferida imediatamente, antes da secagem, para lâminas vítreas, e fixada conforme rotina local estabelecida (hematoxilina eosina, álcool 96,1% etc.).

II. Material: secreção anal

A coleta de secreção anal pode ser feita tanto em posição genopeitoral ou ginecológica. Deve-se atentar para a possibilidade de haver secreção não apenas na

região anal, mas também na região perianal e períneo.

Para coleta de material da cavidade anal, introduzir um ou se possível, dois swabs umedecidos com soro fisiológico 0,9% por vez no canal anal, preferencialmente em movimentos rotatórios.

Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1° e 2° deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3° e 4° deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.

O material coletado poderá ser mantido nos swabs e/ou transferido para outros suportes:

- A secreção coletada nos swabs destinados ao exame de DNA poderá ser transferida imediatamente para dois papéis filtro.
- A secreção coletada nos swabs destinados à pesquisa de espermatozoides poderá ser transferida imediatamente, antes da secagem, para lâminas vítreas, e fixada conforme rotina local estabelecida (hematoxilina eosina, álcool 96,1% etc.)

III. Material: sêmen, secreções e ou fluidos depositados na pele ou em outras regiões do corpo

Em casos de suspeita de deposição de sêmen, secreções ou fluidos biológicos (saliva, sêmen, sangue, etc.) em outras áreas do corpo da vítima como, por exemplo, face, lábios, tórax, abdome, coxa, períneo ou regiões com mordida(s), esses locais também deverão ser submetidos à coleta.

Nestas situações, o procedimento será o mesmo anteriormente mencionado, com a utilização de swab previamente umedecido em soro fisiológico 0,9%. Os swabs

deverão ser passados levemente na região onde puder ser visualizado o material ou, se não houver a visualização, onde houver o relato de deposição do material.

Caso a coleta ocorra na cavidade oral, não é necessário umedecer previamente o swab. Deve ser priorizada a coleta da eventual secreção observada. O sêmen e o espermatozoide tendem a se depositar entre os dentes e a gengiva. Para a coleta neste caso, passar o swab seco entre os dentes inferiores.

Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1° e 2° deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3° e 4° deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.

IV. Material: vestígio subungueal

Nos casos de suspeita ou relato de ter havido luta corporal entre o(a) agressor(a) e a vítima, deverá ser coletado material subungueal (sob as unhas) dos dedos da vítima a fim de se buscar detectar material biológico do(a) agressor(a).

A coleta deverá ser realizada utilizando-se, pelo menos, dois swabs esterilizados. Para facilitar o procedimento, umedecer levemente os swabs com água destilada e, em seguida, proceder à coleta, passando o swab na região subungueal de cada dedo. Deve-se utilizar um swab para cada mão, com a respectiva identificação de mão direita e esquerda. Em caso de utilização de mais de um swab por mão, numerar os swabs por ordem de coleta.

V. Material: cabelo e pelo

Se durante o exame físico for constatada a presen-

ça de cabelo(s) e/ou pelo(s) com características diversas aos da vítima, o(a) médico(a) deverá coletá-lo(s) com utilização de pinça esterilizada.

VI. Material: vestes e objetos com possível presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos

Se for constatada ou houver relato de presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos em vestes e/ou objetos trazidos pela vítima, estes deverão ser coletados.

Coleta para Amostra de Referência: Coleta de amostra da vítima

VII. Material: células de mucosa oral

O material coletado da mucosa oral da vítima ser-

virá como padrão genético de comparação com o vestígio coletado no seu corpo.

A coleta deverá ser realizada utilizando-se, pelo menos, dois swabs esterilizados, de haste longa e flexível. O procedimento consiste em friccionar o swab contra as paredes internas de cada bochecha em movimentos como se estivesse raspando/girando nas superfícies mucosas.

Recomenda-se que se friccione o mesmo swab dez vezes em cada uma das bochechas.

Caso o serviço utilize papel filtro como suporte para este tipo de material, a secreção coletada deverá ser transferida imediatamente, após a coleta, para os respectivos papéis filtro.

Secagem, Acondicionamento, Armazenamento e Transporte

Após a coleta, deve-se deixar os swabs secarem à temperatura ambiente (menor ou igual a 25° C), protegidos da luz solar e de fontes de contaminação biológica. Na sequência devem ser acondicionados em porta-swabs ou em suas embalagens de origem, dentro de envelopes de papel ou de recipientes secos apropriados, lacrados, identificados em etiquetas impermeáveis, contendo as devidas informações pertinentes ao caso: **as iniciais do nome da vítima, data e hora da coleta, tipo de amostra, responsável pela coleta e nomes dos integrantes da equipe de saúde que tiveram contato com o material coletado.**

O armazenamento dos swabs deverá ser sob congelamento em embalagens plásticas apropriadas às condições de temperatura e umidade que impeçam extravasamentos. Caso não seja possível o congela-

mento imediato, o armazenamento deverá ser feito sob refrigeração (média de 4° C) por, no máximo, 48 horas e após esse período congelar.

No caso de os vestígios serem coletados em swabs e transferidos para papel filtro, estes poderão, após a secagem, ser acondicionados em envelopes de papel ou em recipientes secos apropriados. Os recipientes deverão ser lacrados, identificados em etiquetas impermeáveis, contendo as devidas informações pertinentes ao caso: as iniciais do nome da vítima, bem como data e hora da coleta, tipo de amostra, responsável pela coleta e nomes dos(as) integrantes da equipe de saúde que tiveram contato com o material coletado. O armazenamento poderá ser feito em envelope de papel, em temperatura ambiente (menor ou igual a 25° C) e em condições de umidade que não

afetem sua preservação.

O material biológico úmido coletado, seja em swab seja em papel filtro, nunca deverá ser acondicionado diretamente em sacos plásticos.

Se o material coletado for veste ou objeto trazido pela vítima, também deverão ser seguidos os procedimentos de secagem, acondicionamento e congela-

mento. Após a secagem, o material deverá ser acondicionado em envelopes de papel, não devendo ser utilizados sacos plásticos.

A coleta, secagem, acondicionamento, armazenamento e transporte do material biológico deverão seguir padronização específica acima descrita, a fim de que se garanta sua segurança e rastreabilidade.

Preservação

Os vestígios biológicos e amostras de referência coletados deverão ser preservados de forma a garantir a integridade de seu material genético. Para isso, deve ser evitado que o material biológico coletado seja exposto à luz solar, a substâncias químicas e a condições que favoreçam o crescimento de microorganismos, tais como umidade e calor.

Orientações Gerais para Armazenamento e Transporte de Vestígios

Em razão da natureza do material coletado (em swab/papel filtro), a estrutura necessária para seu armazenamento requer apenas um espaço para manuseio (bancada e pia) e acondicionamento (congelador e/ou armário).

O armazenamento do material coletado exige mecanismos de segurança, como controle rigoroso do acesso à sala de armazenamento, que deverá ser mantida trancada.

Garantir que todos os materiais sejam embalados e que estejam seguros e à prova de adulteração, apenas pessoal autorizado deve ser encarregado do material.

Como ainda não existem normas legais para o prazo de descarte do material, recomenda-se seu armazenamento por tempo indeterminado. O descarte só poderá ser feito mediante autorização judicial.

Registrar o manuseio do material a partir da sua coleta: detalhes de transferência entre instituições também devem ser registrados. As autoridades locais deverão estabelecer protocolos para o registro dessas informações e fluxos de transferência de material.

Documentar os itens coletados em lista pormenorizada nos prontuários ou registros médicos dos(as) pacientes, bem como detalhes de quando, para quem e como o material foi transferido.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ª ed. São Paulo: Saraiva 1990.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 : regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1. ed., 4. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 16 p.

_____. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1. 14/03/2013. p. 1

_____. Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003/10.741.htm>. Acesso em: 06 de março de 2014.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003/10.778.htm> . Acesso em: 06 de março de 2014.

_____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 06 de março de 2014.

_____. Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007. Institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Lei/L11530.htm. Acesso em 01 de setembro de 2015.

_____. Lei nº 12.462, de 24 de julho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2011-2014/2013/Lei/L12833.htm> . Acesso em: 12 de março de 2014.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1 - 2/8/2013, Página 1.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8069.htm>. Acesso em 06 de março de 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 01 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Procedimento Operacional Padrão PERÍCIA CRIMINAL - Exame de Lesões Corporais, 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Procedimento Operacional Padrão PERÍCIA CRIMINAL - Preservação e envio de vestígios biológicos, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt127106062014.html>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 01 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3ª ed. Atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. 2ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNEA) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.466, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt244611112014.html>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Brasil: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAM's. Edição Atualizada, 2010. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MJ-2010-Norma-Tecnica-Padronizacao-DEAMs.pdf>

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Brasil: Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2006. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/01/SPM-Norma-Tecnica-de-Uniformizacao-CRAMs-2006.pdf>

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2010/PactoNacionallivro.pdf>

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>

DISTRITO FEDERAL. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Gerência de Programas Estratégicos. Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual. Florianópolis, 2010.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Maternidade Dr. Moura Tapajós. Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual – SAVVIS. Manaus, 2014.

MINAS GERAIS. Polícia Civil do Estado de Minas Gerais. Superintendência de Polícia Técnico Científica. Instituto Médico Legal. Protocolo de Coleta de Material Biológico das Vítimas de Violência Sexual e Cadeia de Custódia. Minas Gerais, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia de Atenção à Mulher em Situação de Violência para Área da Saúde. Paraná, 2011.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Protocolo estadual de atendimento às pessoas em situação de violência: orientações para a prática em serviço. Rio Grande do Norte, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva, 2003.

_____. World Report on Violence and Health. Geneva, 2002.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Prontuário: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

O abaixo assinado _____, ou pessoa responsável pelo(a) paciente _____, declara ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

Contracepção de Emergência

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro – se a vítima for mulher em idade fértil:

() Aceitou () Não aceitou

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis	() Aceitou	() Não aceitou
Gonorreia	() Aceitou	() Não aceitou
Infecção por Clamídia	() Aceitou	() Não aceitou
Infecção por Tricomonas	() Aceitou	() Não aceitou
Hepatite B	() Aceitou	() Não aceitou

Prevenção da Infecção pelo HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

() Aceitou () Não aceitou

Realização de Exames

Sorologia para sífilis () Aceitou () Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C () Aceitou () Não aceitou

Sorologia anti-HIV () Aceitou () Não aceitou

Teste de Gravidez () Aceitou () Não aceitou

() Não se aplica (crianças e homens)

Coleta

Secreção Vaginal () Aceitou () Não aceitou

Secreção Oral () Aceitou () Não aceitou

Secreção Anal () Aceitou () Não aceitou

Material Subungueal () Aceitou () Não aceitou

Declara que foi devidamente orientada sobre a importância de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar ocorrência, estar ciente que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, se requisitados.

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1a_____

2^a:

Testemunhas

Assinatura profissional de saúde

Data:

**ANEXO B - FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL**

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ **CNES:** _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

*** Ver detalhamento no prontuário ou ficha de notificação de violência**

Data do Atendimento: ____/____/____ Hora do Atendimento: ____:____

Cartão Nacional da Saúde (CNS) | ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nome completo _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça/Cor (autodeclarada): branca () preta () amarela () parda () indígena () ignorado ()

Orientação sexual (autodeclarada): Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Não se aplica ()

Identidade de Gênero: Travesti () Homem Transexual () Mulher Transexual () Não se aplica ()

Pessoa com deficiência ou transtorno? Não () Sim () Especifique: _____

Município de Residência: _____ Telefone () _____

Representante Legal (apenas para ocorrências com crianças, adolescentes ou incapazes)

Vínculo: _____

Nome: _____ Telefone () _____

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Data da Ocorrência: ____/____/____ Hora da Ocorrência: ____:____

Município da Ocorrência: _____ UF: _____

Local da Ocorrência: _____

Violência de Repetição? Não () Sim () Se sim, início há ____ anos ____ meses

Houve ameaças? Não () Sim () Especifique: _____

Houve violência física? Não () Sim () Qual o Tipo de Agressão? Informar tipo de agressão, uso de arma ou meio utilizado pelo agressor: _____

Relata ter sofrido violência sexual? Não () Sim () Ignorado ()

Se houve penetração, qual tipo? vaginal () anal () oral () Outra () _____

Houve ejaculação? Não () Sim () Não sabe ()

Local do corpo (especificar): _____

O agressor usou preservativo? Não () Sim () Não sabe ()

Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais? Não () Sim ()

Local do corpo: seios () Nádegas () Coxas () Pescoço () Outros () Especificar: _____

Após a agressão e antes deste exame:

Tomou Banho? Não () Sim () Fez uso de ducha vaginal? Não () Sim ()

Trocou de roupa? Não () Sim () Trouxe a roupa ou objeto ? Não () Sim ()

Qual? _____

Utilizou () ou foi forçada(o) () a utilizar na últimas 24 horas algum tipo de:

() álcool, que tipo de bebida? _____

() drogas, lembra qual substância? _____

() medicamento que acha que possa afetar o comportamento, consciência ou sono - Qual (is)? _____

Durante a violência sexual estava: Consciente () Inconsciente () Sonolenta () Em coma ()

Relação com a pessoa que cometeu a violência sexual:

Desconhecido () Nº de envolvidos () 1 () 2 ou mais

Conhecido do ciclo de relacionamento: Não () Sim () _____

Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento Não () Sim () _____

Descrição da Ocorrência da violência sexual relatada pela pessoa agredida

É importante que o registro da fala da pessoa que sofreu violência sexual seja anotado de forma completa e textual, com todos os dados referidos, em especial se ela recorda o que aconteceu antes, durante e depois da violência sexual, tendo cuidado para não prejudicar, interpretar ou substituir palavras:

3. HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA

Menarca: Não () Sim () ____ anos Data da última menstruação: ____/____/____

Nunca manteve relações sexuais antes da violência sexual ()

Gestante Não () Sim () Período Gestacional: _____

Usa algum método Contraceptivo? Não () Sim () Qual: _____

Teve relação sexual consentida (marido, noivo, namorado, amigo, outro) em data próxima da violência sexual?

Não () Sim ()

Data da última relação sexual consentida: ____/____/____ Hora: ____:____

4. EXAME FÍSICO

Anotar achados do exame físico geral, sinais vitais, situação vacinal. Descrever com detalhes as lesões encontradas (tipo, aspecto, tamanho, localização, etc). Utilizar o mapa de lesões (anexo).

Peso: ____Kg Pressão arterial: ____mmHg Pulso: ____ Temp.: ____°C

Estado clínico geral:

Situação Vacinal: Tétano () não () sim Hepatite B () não () sim

Lesões na cabeça e pescoço: Não () Sim () _____

Lesões na mama D() mama E () _____

Lesões no tórax e abdome Não () Sim () _____

Lesões em membros superiores Não () Sim () _____

Lesões em membros inferiores: Não () Sim () _____

Lesões genitais ou extragenitais: Não () Sim () _____

Registrar outros achados do exame físico:

5. EXAMES SOLICITADOS

Hemograma() Transaminases() Anti-HIV() HBsAg() Anti-HCV() VDRL ou RPR ()

Conteúdo Vaginal: bacterioscopia () cultura () biologia molecular ()

Investigação endocervical para gonococo () clamídia () HPV ()

Rx () Partes do corpo _____ Ultrassom () Partes do corpo _____

Tomografia Computadorizada () Partes do corpo _____ Outros exames () _____

6. FÁRMACOS/ IMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS

Contracepção de Emergência Não () Sim ()

Profilaxia HIV Não () Sim ()

Imunoprofilaxia Hepatite B Não () Sim ()

Profilaxia do Tétano: Não () Sim ()

Profilaxia IST Não () Sim ()

Detalhar _____

7. COLETA DE MATERIAL/VESTÍGIOS

Coleta de material/vestígios de interesse pericial: Não () Sim ()

Swab vaginal: Não () Sim ()

Swab anal: Não () Sim ()

Swab oral: Não () Sim ()

Swab outros locais. Não () Sim () Especificar: _____

Armazenado em Papel Filtro: Não () Sim ()

Outro suporte: Não () Sim () Especificar: _____

8. ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
***Durante o primeiro atendimento () ou no seguimento ambulatorial ()**

9. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL
***Durante o primeiro atendimento () ou no seguimento ambulatorial ()**

10. ATENDIMENTOS REALIZADOS EM OUTROS SERVIÇOS

Registrou Boletim de Ocorrência? Não () Sim () Data: __/__/__ Hora: __:__

BO nº _____

Caso não, deseja realizar o registro? Não () Sim ()

Realizado atendimento no IML? Não () Sim () Data: __/__/__ Hora: __:__

Comunicação ao Conselho tutelar: Não () Sim () Não se aplica ()

Comunicação ao Conselho do Idoso / Ministério Público / Defensoria Pública / Delegacia:
Não () Sim () Não se aplica ()

Oferecimento proteção/abrigo: Não () Sim () Não se aplica () Especifique:

Atendimento em outro serviço: Não () Sim () Especifique: _____

11. ENCAMINHAMENTOS, CONDUTAS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

CID 10 – Cap. XX _____

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)

Assinatura e carimbo do(a) Psicólogo(a)

Assinatura e carimbo do(a) Assistente Social

ANEXO C - MAPA DE LESÕES

GRÁFICO FEMININO

Nome: _____ Data: __/__/__

Profissional: _____

1 - Frontal

2 - Orbitárias

3 - Malares

4 - Mandibular

5 - Mentoniana

6 - Cervical anterior

7 - Carotidianas

8 - Supraclaviculares

9 - Infraclaviculares

10 - Estral

11 - Torácicas

12 - Epigástricas

13 - Hipocôndrios

14 - Mesogástrica

15 - Flancos

16 - Hipogástrica

17 - Fossas ilíacas

18 - Pubiana

19 - Inguinal

20 - Escrotal

21 - Braço

22 - Cubital

23 - Antebraço

24 - Palmar

25 - Coxa

26 - Joelho

27 - Perna

28 - Dorso do pé

1 - Parietal

2 - Occipital

3 - Temporal

4 - Cervical

5 - Supra Escapular

6 - Escapular

7 - Dorsal

8 - Lombar

9 - Iliaca

10 - Espondilêia

11 - Sacro coccígea

12 - Glútea

13 - Coxa

14 - Poplitêia

15 - Perna

16 - Pé

17 - Deltoidiana

18 - Braço

19 - Cotovelo

20 - Antebraço

21 - Face dorsal mão

GRÁFICO FEMININO – GENITÁLIA FEMININA

Nome: _____

Data: __/__/__

Profissional: _____

Mapa Anatômico Genitália Feminina

Regiões:

1. Do Monte de Vênus
2. Clitoriana
3. Dos Grandes Lábios
4. Da Raiz da Coxa
5. Do Rafe do Períneo
6. Perineal
7. Anal
8. Perianal
9. Glútea
10. Do vestíbulo Vaginal
11. Dos Pequenos Lábios

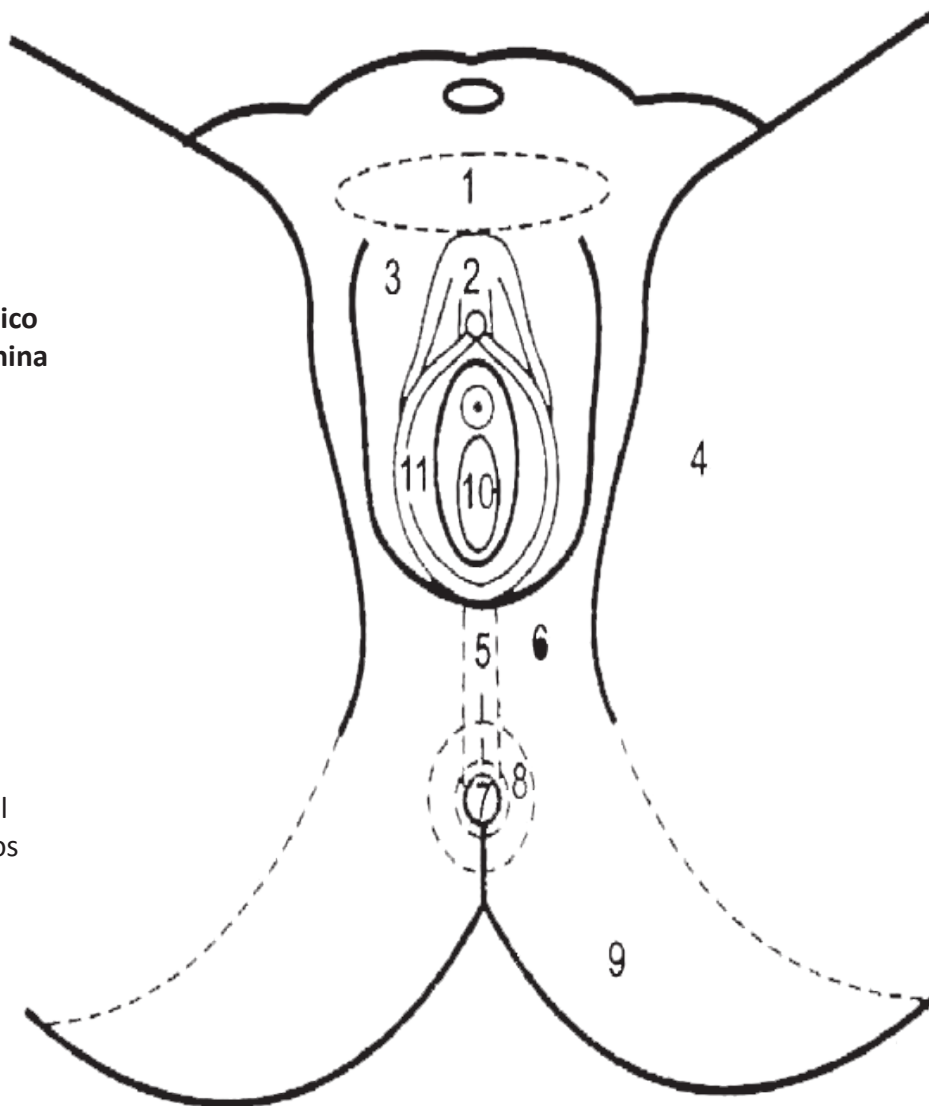


GRÁFICO MASCULINO

Nome: _____

Data: __/__/__

Profissional: _____

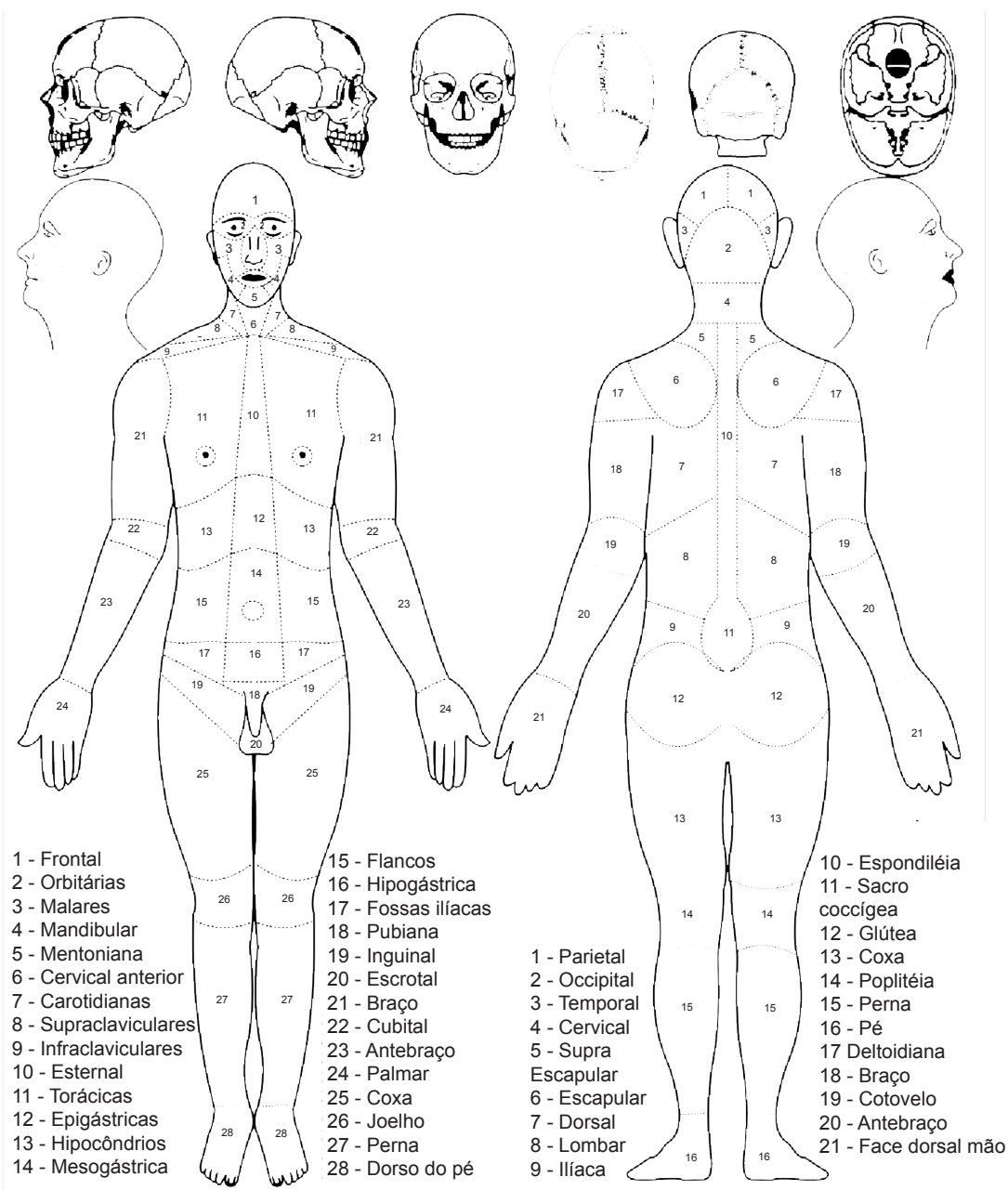


GRÁFICO MASCULINO – GENITÁLIA MASCULINA

Nome: _____

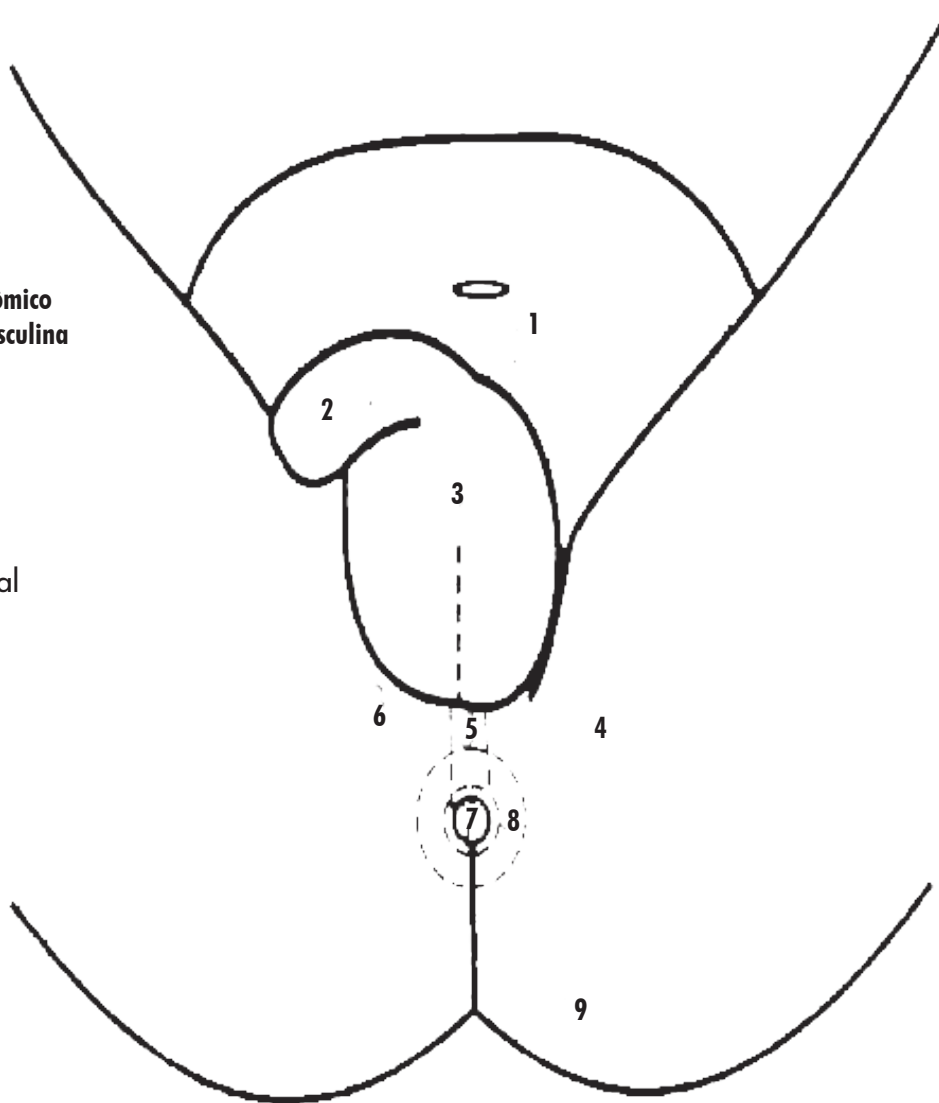
Data: __/__/__

Profissional: _____

Mapa Anatômico Genitália Masculina

Regiões:

1. Suprapúbica
2. Peniana
3. Escrotal
4. Da Raiz da Coxa
5. Da Rafe da Perineal
6. Perineal
7. Anal
8. Perianal
9. Glútea



ANEXO D - IMAGEM CRONOMÉTRICA PARA EXAME GINECOLÓGICO

Desenhe no esquema abaixo o aspecto do hímen (forma, localização de rupturas – como um mostrador de relógio, etc). Descrever no espaço abaixo.

Hímen: () Roto () Íntegro () Complacente*

Bordas da ruptura: () Sangrantes/equimóticas () Cicatrizadas () Não se aplica

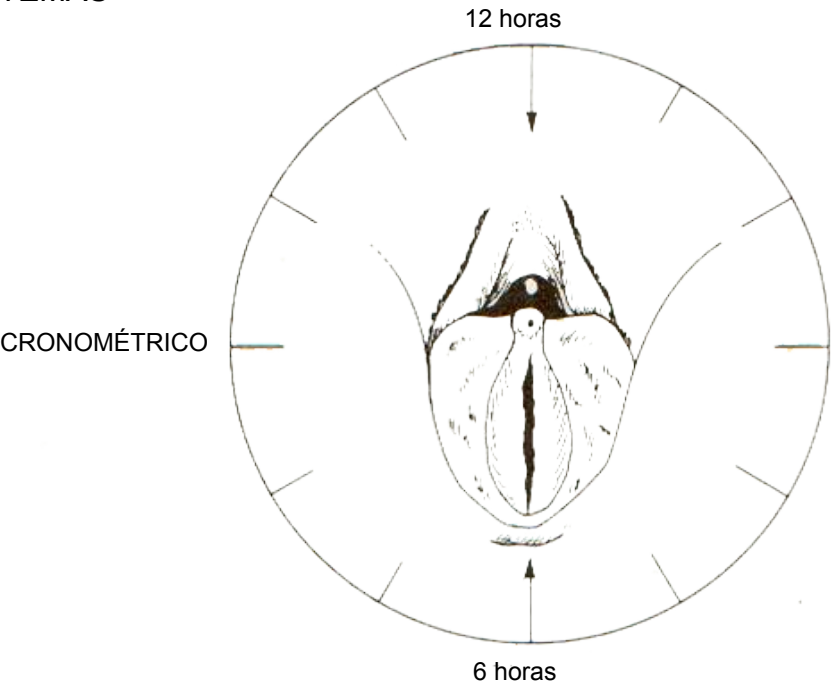
Local da ruptura(s) às:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 horas
() Reduzido a carúnculas () Não se aplica

Outras informações relevantes:

*Complacente é o hímen íntegro que, devido às dimensões do óstio, permitiria a penetração peniana sem a ruptura da borda.

SISTEMAS



Secretaria de
Políticas para as Mulheres



Ministério da
Saúde

Ministério da
Justiça

