



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



Manual de Procedimentos Operacionais para o Atendimento das Vítimas de Violência Sexual

2016

V
I
O
L
Ê
N
C
I
A

S
E
X
U
A
L

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS PARA O ATENDIMENTO
DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

São Paulo

2016

2ª EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Rubens Gazeta

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100
CEP: 02720-200 – São Paulo – SP
Telefone: 3986-1051

Site: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/
E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Dr. Cristiano Fernando Rosas
Chefe do Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PARA O ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Finalidade:

Servir de base para o atendimento das vítimas de violência sexual.

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

Agendamento
 Alojamento
Conjunto
 Ambulatório
 Anatomia
Patológica
 Arquivo
 Auditoria de
Prontuário
 Banco de Leite
 Biblioteca
 Casa da Gestante
 CCO / CMAT /
REC
 Comitê de Risco
 Comunicação

Diagnóstico por
Imagem
 Educação
Continuada de
Enfermagem
 Engenharia
 Ensino e Pesquisa
 Farmácia
 Faturamento
 Gestão de
Pessoas
 Gerência
Financeira-
Orçamentária
 Hotelaria
 Imunização

Internação de
Adulto e Hospital Dia
 Internação
Neonatal
 Logística de
Insumos Hospitalares
 Medicinas Trad.,
Homeopatia e Práticas
Integrativas
 Núcleo de
Segurança do
Paciente
 Nutrição
 Ouvidoria
 Patrimônio

Pré-parto
 Pronto Socorro
 Qualidade
 Recepção do
Pronto Socorro e
Internação
 Saúde do
Trabalhador
 Serviços Técnicos
Multidisciplinares
 Suprimentos
 Tecnologia da
Informação
 UTI Adulto
 Outros: Diretoria /
Gerência de
Enfermagem

Data de Emissão:
JUNHO/2012

Revisão nº 1

Data de Revisão:
DEZEMBRO/2016

APROVADO POR:

Nome: Dra. Vera Denise de Toledo Leme
Função: Gerente Assistencial I

Nome: Dra. Maria Regina Cesar
Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
Função: Gerente de Ensino e Pesquisa



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Claudia Tanuri – Diretora de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



SUMÁRIO

Introdução.....	01
1. Violência sexual enquanto problema de saúde pública.....	03
2. Recomendações para a assistência.....	05
3. Premissas básicas para a atenção a violência.....	07
4. Princípios gerais.....	09
5. Orientação sobre direitos legais.....	35
6. Fluxo de atendimento.....	37
7. Interrupção da Gravidez Prevista em Lei.....	39
8. Atendimento Multiprofissional.....	47
9. Fluxo de atendimento à vítima de violência sexual no Pronto Socorro.....	49
10. Etapas do processo.....	51
11. Fluxo de agenda e atendimento à mulher vítima de violência sexual no Ambulatório.....	55
12. O atendimento do serviço social às mulheres em situação de violência sexual.....	57
13. O atendimento da psicologia às mulheres vítimas de violência sexual.....	59
14. Fluxograma de atenção à mulher em situação de violência sexual.....	65
15. Segurança do Paciente.....	67
Referências Bibliográficas.....	75
Anexos.....	77
Anexos A - Termo de Consentimento Informado Procedimentos Profiláticos e Coleta de Vestígios.....	79
Anexos B - Ficha de Atendimento Multiprofissional as Pessoas em Situação de Violência Sexual.....	80
Anexos C - Mapa de Lesões.....	84
Anexos D - Solicitação de Medicamentos - Profilaxia Pós Exposição ao HIV.....	85
Anexos E - Ficha de Notificação Individual - Violência.....	87
Anexos F - Receituário – Profilaxia Pós Exposição ao HIV.....	89



Anexos G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a Interrupção da Gravidez ou Antecipação Terapêutica do Parto com Feto Anencefálico.....	90
Anexos H - Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez ou Antecipação Terapêutica do Parto com Feto Anencefálico.....	91
Anexo I - Termo de relato circunstanciado.....	92
Anexo II - Parecer técnico.....	93
Anexo III - Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez resultante de estupro.....	94
Anexo IV - Termo de Responsabilidade.....	95
Anexo V - Termo de consentimento livre e esclarecido interrupção de gravidez resultante de violência sexual.....	96



INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher pode ser entendida como uma relação de forças que convertem as diferenças entre os sexos em desigualdade.

A "Convenção de Belém do Pará" define como violência contra a mulher *"qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher"*. Reafirmando a importância da questão, a IV Conferência Mundial sobre Direitos da Mulher, em Beijing, reiterou que a violência contra a mulher constitui obstáculo a que se alcance a igualdade, o desenvolvimento e a paz.

No Brasil, a Lei Nº 12.015/2009 alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848/1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal, passando a serem considerados crimes sexuais, as situações que *atentem contra a dignidade sexual, a liberdade sexual, e introduzindo-se o conceito de vulnerabilidade sexual, além de considerar crime, qualquer forma de exploração sexual*.

O estupro passou a ser tipificado no Art. 213 com a seguinte redação: *"Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso"*.

Entende-se por "violência", o emprego de força física suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A "grave ameaça" configura como promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A "conjunção carnal" corresponde exclusivamente ao coito vaginal, e o "ato libidinoso" diverso da conjunção carnal, incluem todas as situações diferentes da penetração vaginal: mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a penetração anal ou oral. A Lei, portanto, considera agora, o antigo *Atentado violento ao pudor*, incluído na tipificação do Estupro. Alguns outros Artigos da Lei 12.015/2009 devem ser considerados por sua prevalência, tais como, o Art. 217-A, que tipifica o Estupro de vulnerável: *"Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos"*. Com esta mesma interpretação de vulnerabilidade, também para "quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência". A Lei tipifica



ainda como crimes sexuais, a "Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente", o "Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável", o "tráfico de pessoas com fim de exploração sexual", o "assédio sexual" e o "rufianismo". Embora não sejam os únicos, o *estupro* e o *estupro de vulnerável* constituem os tipos de crimes sexuais mais frequentes e que, com maior probabilidade, o médico se deparará em sua prática cotidiana.

É importante destacar que, segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais de saúde têm o dever de denunciar os casos de que tenham conhecimento, suspeitos ou confirmados, fundamentando-se em evidências consistentes e sustentáveis. A denúncia deve ser feita ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude local, sem prejuízo de outras medidas legais.

É importante salientar que a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014 – Que trata da notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada determina a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência sexual ao sistema de vigilância epidemiológica através de formulário próprio num prazo de 24 horas.

Mais recentemente, o Decreto nº 7.958/2013 – Estabeleceu as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de Segurança Pública e da Rede de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, e a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 - Determinou que o atendimento fosse obrigatório e integral a todas as pessoas em situação de violência sexual em todos os estabelecimentos de saúde nacionais.

Este Manual foi atualizado levando-se em consideração as melhores evidências científicas e boas práticas elencadas nas Normas Técnicas do Ministério da Saúde.



1. VIOLÊNCIA SEXUAL ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.

A incidência de VS é variável. Estima-se que nos EUA 1 em 4 mulheres sofrerão alguma forma de VS durante a vida. Cerca de 680.000 casos de estupro ocorrem por ano nos EUA, sendo que apenas 10 a 20% deles sejam denunciados.

Faúndes em estudo na região de Campinas em 2000, encontrou que 7% das mulheres referiram já terem sido estupradas, 23% responderam que haviam praticado sexo sob coerção ou constrangimento, 32% realizaram sexo contra sua vontade por se sentirem obrigadas e apenas 38% somente haviam praticado sexo apenas de livre e espontânea vontade.

Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública/ 2013, da Sec. Nacional de Segurança Pública, coletados de ocorrências registradas pela Polícia Civil em todo o Brasil em 2012 acusaram o registro de 50.617 estupros/ano, determinando uma taxa de 21,6 estupros/100.000 hab., sendo provável que ocorram mais de 143.000 estupros/ano no Brasil.

A prevalência é maior em grupos de maior vulnerabilidade, tais como, crianças em abandono, adolescentes e deficientes mentais.

A subnotificação, reflexo da relutância e do constrangimento da mulher em denunciar o ocorrido, decorre de inúmeros fatores. Teme-se o interrogatório policial, o atendimento do IML, a divulgação pela imprensa e a ameaça de vingança do agressor. A mulher teme, principalmente, não ser acreditada. Em nosso meio, admite-se que apenas entre 10 a 20% dos casos que realmente acontecem, cheguem ao conhecimento das autoridades competentes.

As consequências biopsicossociais são difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Para a saúde, os danos do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. A gravidez, decorrente do estupro, se destaca pela complexidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a



maioria das mulheres. Para completar o preocupante quadro, grande parte das sobreviventes da violência sexual é infectada por DST/AIDS, somando-se severas consequências físicas e emocionais.



2. RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA

A assistência a esta forma de violência se reveste de especial importância por transcender área da saúde em vista das repercussões psicológica e sociais que acarreta. Muitas mulheres abandonam a escola, o emprego e a família, movidos por sentimentos de culpa, atribuindo a si mesmos, as responsabilidades da ocorrência. As consequências emocionais são tão intensas e complexas quanto as médicas, necessitando por isso uma abordagem multiprofissional integrativa e capacitada.





3. PREMISSAS BÁSICAS PARA A ATENÇÃO A VIOLÊNCIA

- Atenção focada nas demandas e necessidades da mulher.
- Atitude compreensiva e solidária.
- Escutar ativamente a vítima.
- Estabelecer um trato digno, respeitoso, neutro e empático.
- Expressar sua compreensão pela magnitude e transcendência.
- Não ser inquisitivo ou extremamente curioso.
- Evitar comentários, atitudes, juízos de valor ou ações que causem revitimização.
- Não restringir o atendimento a situação de emergência.
- Atuar sempre com os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.





4. PRINCÍPIOS GERAIS

- Adequado acolhimento, trato digno, não discriminatório.
- Facilitar expressão de sentimentos.
- Garantir a privacidade e a confidencialidade.
- Dar crença ao relato da vítima.
- Estabelecer sempre uma comunicação empática.

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.

ETAPAS DO ATENDIMENTO:

Acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, registro e coleta de vestígios forenses, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, DST's e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência (SINAN), exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial

- Para efeito de atendimento, dividimos basicamente em 3 situações:
 - ✓ Atendimento imediato: até 5 (cinco) dias da Violência Sexual;
 - ✓ Atendimento ambulatorial: após 5 (cinco) dias da Violência Sexual;
 - ✓ Atendimento da mulher gestante decorrente de estupro.

1) Pacientes que chegam imediatamente após a Violência Sexual (até 5 dias da violência):

O primeiro contato, seja ele no setor de emergência ou no ambulatório, é essencial para se garantir a confiança da vítima e adesão ao obrigatório



seguimento. Pela natureza da ocorrência e das repercussões médicas e psicossociais, uma equipe multidisciplinar capacitada é o ideal em termos de uma assistência especializada. É importante o consentimento informado para os procedimentos deste tipo de atenção.

Necessidades imediatas da mulher em situação de violência sexual:

- 1) Apoio Psicológico;
- 2) Registro de Informações e Coleta de Vestígios
- 3) Tratamento das lesões físicas genitais e extragenitais, se houver;
- 4) Prevenção contra a gravidez indesejada;
- 5) Profilaxia e tratamento precoce das DST's/HIV;
- 6) Informação e orientações legais sobre seus direitos;
- 7) Assistência social.

Neste primeiro atendimento é preciso distinguir quais são as ações médicas para proteger a mulher agredida (médicos-psicossociais) e as ações médico-legais (para identificação do agressor).

Registro de Informações e Coleta de Vestígios de Violência Sexual

O protocolo abaixo descrito segue rigorosamente as orientações técnicas contidas na Norma Técnica de Atenção às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios do Ministério da Saúde em 2015, para os serviços de referência em atenção integral a vítimas de violência sexual.

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 a 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).

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).

Há diferentes situações em que as mulheres ou adolescentes em situação de violência sexual possam vir a serem atendidas no Serviço, mas todos devem levar em conta a possibilidade da preservação de informações e vestígios da agressão, evitando sempre a revitimização da vítima

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

Caso haja uma situação de urgência ou emergência, a vítima é encaminhada pelo sistema de segurança 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 locais entre sistema de justiça, segurança e saúde.

Na atenção 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.

Cabe ao médico tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios, com o consentimento da mulher.

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

Caso ela decida por fazer o Boletim de Ocorrência Policial, deve-se então após atenção médica (Profilaxias), preservar ao máximo as possíveis provas ou evidências do crime, evitando-se exames genitais, para imediatamente ser encaminhada a Delegacia mais próxima para elaboração do BO e encaminhamento imediato pelo Delegado para a realização do Exame de Corpo de Delito a ser realizado pelo perito no IML.

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

Regras Gerais: São fundamentais uma boa descrição dos fatos no prontuário, característica do crime, tipo de violência, tipo de constrangimento (uso de força física, grave ameaça, coerção, ameaça com armas), descrição do agressor (ou agressores), se eram conhecidos ou de seu relacionamento, e o local e hora aproximada do crime. Ainda, se houve uso de drogas voluntariamente ou foi se drogada. Deve-se perguntar o que a vítima fez depois da violência: banhou-se, lavou a área genital, fez ducha vaginal, removeu ou inseriu algo dentro da vagina, mudou de roupa ou se tomou algum medicamento. É muito importante a avaliação do estado de saúde (se estável ou crítica), das condições



psicoemocionais e se a violência foi recente ou tardia. Segue-se o levantamento dos antecedentes toco ginecológicos, tais como, a data da última menstruação, se usava método anticonceptivo, data da última relação consentida e verificar se atualmente está ou não grávida. Se a vítima é vacinada contra o Tétano e contra a Hepatite B (e se conhecido seu status vacinal). Ter o consentimento informado da paciente para a coleta de vestígios. Para este atendimento não se requer especialista, sendo suficientes para manejo da situação, apenas uma boa técnica de comunicação verbal e apoio emocional e seguir o protocolo descrito a seguir.

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

Atribuições Gerais da Equipe Multidisciplinar no primeiro atendimento:

- Orientar as vítimas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência;
- Reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente da violência doméstica;
- Acolher as mulheres, adolescentes e meninas em situação de violência sexual 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.
- Avaliar e tratar lesões físicas e outras 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 o momento a confidencialidade do caso;
- Solicitar os exames laboratoriais



- Realizar a contracepção de emergência até 120 horas da violência sexual;
- Realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B (ativa e passiva), com medidas específicas nas primeiras 72 horas, inclusive o formulário de dispensação de antirretrovirais (ANEXO D);
- Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social;
- Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada, conforme Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (Anexo E);
- Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual (ANEXO B), 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; devendo constar, na Ficha de Atendimento Multiprofissional, a data e hora dos atendimentos, a 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 no Ambulatório de Violência Sexual;
- Nos casos de solicitação de interrupção legal da gestação, encaminhá-la imediatamente a Equipe Multiprofissional do Serviço de Violência Sexual para avaliação e os procedimentos médicos legais obrigatórios;
- Atentar que os registros das informações são necessários, não só para o acompanhamento da vítima como também para prováveis finalidades legais.

Passos do Atendimento

Acolhimento e Escuta Qualificada

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

- 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).

Exame físico:

- Explicar e informar 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;
- Sempre coletar evidências forenses, se estas forem possíveis e com o consentimento da mulher (ANEXO A);
- Descrever as lesões em sua localização, tamanho, 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 (ANEXO B e Anexo C);
- Recomenda-se apontar nos desenhos de corpo frente ou de costas e descrever da forma mais detalhada e completa possível (se houver) as lesões corto - contusas, equimoses, hematomas, arranhaduras, queimaduras, etc. (Tabela 1)
- Deve-se anotar o tipo, tamanho, forma das lesões, tipo de bordas, profundidade, orientação e características (se recente ou antiga) (Anexo C).
- 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.



Exame Ginecológico:

Deve ser realizada descrição minuciosa das lesões encontradas. Caso a mulher após informação e esclarecimento, for imediatamente após a consulta fazer a denúncia e o exame sexológico no IML, deve-se evitar procedimentos ginecológicos que possam prejudicar o futuro exame pericial e a coleta de material. Caso contrário, deve-se seguir as técnicas de coleta e registro descritas neste Manual, se ainda possíveis e consentidas.

Tabela 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, disфонia) 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.		

Fonte: Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios/ Ministério da Saúde – Brasil (2015)



Coleta de Material Biológico para Exames de DNA (Norma Técnica)

Nas situações em que a vítima não for realizar imediatamente o BO e conseqüentemente o Exame de Corpo de Delito, e após assinatura do Termo de Consentimento Informado para procedimentos profiláticos e de coleta de vestígios deve-se proceder:

- 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.

Técnica de Coleta de Vestígios

I. Material: secreção vaginal

- A coleta de secreção vaginal para pesquisa de espermatozoide 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 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e o 3º e 4º 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.).

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 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3º e 4º 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 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3º e 4º 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 presença 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 servirá 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 25o 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 congelamento imediato, o armazenamento deverá ser feito sob refrigeração (média de 40 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 25o 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 congelamento. 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.

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.

Traumatismos Físicos:

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam as necessidades da mulher, da criança ou da adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o status vacinal da mulher (Tabela 2).



Tabela 2 –Recomendações para a profilaxia do Tétano.

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL VACINA	OUTROS TIPOS DE FERIMENTO		
		SAT ou IGHAT*	VACINA	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos.	não	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos.	não	não	sim	não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos.	sim	não	sim	não

(*) 0.000 unidades de SAT (soro antitetânico) via i.m. após realização de teste de sensibilidade, aos alérgicos ao SAT indicar imunoglobulina humana dose única de 250 unidades.

Fonte: Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes/ Ministério da Saúde (2012)

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário (ANEXO C).

Contracepção de Emergência:

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU



A 1ª opção:

É o levonorgestrel - 1,5 mg por comprimido em dose única. Prescrever um comprimido, o mais rapidamente possível (preferencialmente dentro das 12 h após a relação), pois sua eficácia está diretamente relacionada com precocidade de seu uso. Este medicamento pode ser prescrito até o 5º dia após a relação sexual desprotegida. Não há nenhuma contraindicação absoluta descrita ao uso deste método de AE. (Tabela 3)

Outra opção, caso não esteja disponível o levonorgestrel, mas com eficácia menor são contraceptivos orais à base de 50 microgramas de etinilestradiol (neovlar[®], anfertil[®] ou evanor[®]), na dosagem total de 4 comprimidos (total de 200mcg), sendo 2 na hora e dois após 12 horas.

A absorção da anticoncepção de emergência pelo epitélio da vagina oferece níveis semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel como para o método de Yuzpe.

Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez. Em caso de falha da AE não há evidências de aumento de risco de anomalias fetais.

Se o vômito ocorrer nas primeiras 1 a 2 horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, onde a via oral não pode ser usada.

Tabela 3 - Métodos de Anticoncepção Hormonal de Emergência

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
Primeira Escolha	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos
Segunda Escolha	AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	4 comprimidos cada 12 horas – total de 8 comprimidos

Fonte: Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual contra mulheres e adolescentes/ Ministério da Saúde (2012)



A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. Em 15% dos casos a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias.

Profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis não virais

(Sífilis, gonorréia, donovanose, clamídia, mico plasma, ureaplasma, cancroíde, linfogranuloma venéreo, tricomonas e vaginose bacteriana).

Estudos têm mostrado que, dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico.

Os esquemas de profilaxia devem considerar a eficácia da medicação, a comodidade posológica, a presença de reações adversas e de interações medicamentosas. A eficácia dos esquemas para a prevenção de DST após a violência sexual não foi avaliada, entretanto, considera-se que as medicações propostas são eficazes por sua aplicação rotineira para tratamento dessas infecções.

Deve ser instituída preferencialmente até 7º dia ou no máximo até 15 dias da violência sexual, no seguinte esquema:

Esquema de 1ª opção, associação das drogas abaixo:

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. (Tabela 4)



Tabela 4 – Profilaxia das DST's não virais em Mulheres adultas e adolescentes com mais de 45 Kg.

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

*Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. **Gestantes devem usar ceftriaxona.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: 2006.

A administração profilática do Metronidazol (500 mg), 4 comprimidos Via Oral, em dose única, e de suas alternativas (Secnidazol), pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral.

Na falta do Ceftriaxone, a Azitromicina já é uma medicação efetiva para a prevenção da gonococia, além da clamídia, embora não seja a primeira escolha.

Esquema alternativo:

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia (Tabela 5)



Tabela 5 – Esquema alternativo de profilaxia de DST's não virais

Medicação	Adultos	Crianças e adolescentes
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contra-indicado

* O uso de eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal. **contraindicada em grávidas.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: 2006.

Outras alternativas:

- Ofloxacina - 400 mg VO, em dose única (uso adulto)
- Ceftriaxone - 1.000 mg IM, em dose única (uso adulto)
- +
- Ciprofloxacino - 400 mg VO, 12 em 12 horas, por 3 dias (uso adulto)

A ciprofloxacina está contraindicada durante a gestação.

O metronidazol deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez.

Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV (PEP) em Vítimas de Violência Sexual:

No atendimento inicial, faz-se necessário que o profissional avalie como e quando ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte (quando possível). Portanto, deve-se inicialmente fazer o teste rápido para o HIV, na vítima.



Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV:

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

Fonte: Norma Técnica Prevenção aos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes/ Ministério da Saúde (2012)

A profilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a violência sexual, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Deve ser utilizada após rigoroso aconselhamento às pacientes, informando-as do risco específico de contágio pelo HIV de 0,8% a 2,7%. Deve ser oferecida quando ocorrer penetração vaginal ou anal, com ou sem ejaculação. Ocorrendo sexo oral exclusivo, não existem evidências que assegurem necessidade de uso de antirretrovirais, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Devem ser oferecidos após consentimento informado sobre os riscos, efeitos colaterais e possíveis complicações do tratamento.

A medicação Anti-HIV deverá ser iniciada até 72 horas e prescrita por 28 dias, e ministrada em Esquema do Protocolo (oferecida pelo serviço de pronto-atendimento em quantidade para 28 (vinte e oito) dias, tempo suficiente para a paciente pegar o restante da medicação e continuar sob vigilância de uso destes antirretrovirais em um CRDST/AIDS (ANEXO E). Deverá ser adequada a dose em menores de acordo com o peso. Mulheres que estejam amamentando, deverão suspender o aleitamento durante a profilaxia antirretroviral e até 6 meses após a violência, inclusive deve-se orientar o uso de preservativos em todas as relações sexuais (até que se descarte definitivamente a possibilidade de soroconversão.



Esquema Antirretroviral para Profilaxia Pós-exposição ao HIV:

Esquema preferencial (Tabela 6):

Tenofivir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)

A duração da PEP é de 28 dias (ANEXO F).

Este esquema apresentou menores riscos de descontinuidade do tratamento e de efeitos adversos, e pela possibilidade de administração em dose única diárias.

Deve-se orientar a mulher da possibilidade de icterícia de curso benigno, que ocorre em aproximadamente 4% das pacientes, ressaltando-se que não se deve interromper a PEP em função deste evento adverso.

Tabela 6 – Esquema preferencial para PEP ao HIV pós violência sexual

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir e lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x ao dia
	Ou	
	Comprimido TDF 300mg associado a Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia + 2 comprimidos VO 1x ao dia
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Comprimido ATV 300mg associado a	1 comprimido VO 1x ao dia +
	Comprimido ritonavir 100mg	1 comprimido termooestável VO 1x ao dia

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV/ Ministério da Saúde (2015)



Esquemas Alternativos (Tabela 7):

O TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais pré-existentes. Recomenda-se que o TDF seja evitado quando a taxa de filtração glomerular for < 50 ml/min. Nos casos em que o TDF não é tolerado ou contraindicado, a associação AZT+3TC é recomendada como alternativa (Tabela 7).

Deve-se questionar a vítima sobre o uso de medicamentos que interfiram com a acidez gástrica. Pacientes que usam inibidores de bombas de prótons (Omeprazol), a prescrição de Atazanavir/r está contraindicada.

No caso de uso de Ranitidina, espera-se uma redução na concentração plasmática do Atazanavir/r, assim sendo para minimizar esse efeito, o Atazanavir/r e os antagonistas de receptores de H₂ (Ranitidina) devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente de 12 horas.

Como alternativa sem o ATV/r, recomenda-se LPV/r ou AZT (Tabela 7).

Tabela 7 – Esquemas alternativos para PEP pós Violência Sexual

Se TDF contraindicado	(AZT/3TC) + ATV/r
Se ATV/r contraindicado	(TDF/3TC) + LPV/r
	(AZT/3TC) + TDF
Nota: AZT/3TC e TDF/3TC estão disponíveis em dose fixa combinada (DFC), sendo estas as apresentações a serem dispensadas, sempre que possível.	

Fonte: DDHV/SVS/MS / Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV/ Ministério da Saúde (2015)



Em Crianças e adolescentes com menos de 45 kg:

Zidovudine (AZT) - 90 - 180 mg / m² / dose VO cada 8 horas xarope: 1 ml = 10 mg

Lamivudine (3TC) - 4 mg / Kg / dose VO cada 12 horas solução oral: 1 ml = 10 mg

Lopinavir / Ritonavir - 10 a 12 mg / Kg de LPV + 2,5 a 3 mg/Kg de RTV VO a cada 12 horas

Para maiores de 35 Kg substituir LPV/r por TDF = 300 mg, VO, 1 vez ao dia

Seguimento das pacientes com PEP (Tabela 8):

Estas mulheres em uso de ARV devem ser monitoradas com Hemograma, Glicose, TGO, TGP, Uréia e Creatinina, no início da PEP e na 2ª semana após a introdução desta. O controle sorológico para o HIV deve ser realizado no primeiro atendimento, na 4ª e 12ª semana.

Tabela 8 - Recomendações de exames para seguimento de PEP

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	2ª semana	4ª semana	12ª semana
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV/ Ministério da Saúde (2015)

Profilaxia de Hepatite B:

Deverá ser realizada preferencialmente no primeiro atendimento, em situações de desconhecimento do status vacinal da mulher (Tabela 9).

A imunização ativa através da vacina deve ser realizada até 72 horas da violência sexual.



A IGHAHB pode ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora seja recomendada a aplicação nas primeiras 48 horas após a violência. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – Crie, devendo-se na prescrição de encaminhamento estar anotado o CID (Y05 – Agressão sexual ou T74.2 – Abuso sexual). (ANEXO I)

Imunização Ativa (até 72 horas da Violência Sexual):

Vacina Anti-Hepatite B - Aplicar IM em deltóide - 0, 1, 6 meses após a violência sexual.

Imunização Passiva (podendo ser até 14 dias):

Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B - Aplicar IM em glúteo 0,06 ml kg IM, dose única (prescrever e encaminhar para Centro de Referência – Crie). (ANEXO I)

A gravidez e lactação não contraindicam a imunização.

Tabela 9 -Imunoprofilaxia da Hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B	
Aplicar IM em deltóide	0, 1 e 6 meses após a violência sexual
Imunização ativa	
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B	
0,06 ml/Kg	
Aplicar IM em glúteo	dose única
Imunização passiva	

Fonte: (CGPNI/SVS/MS 2006)

Fonte: Norma Técnica Prevenção dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes/ Ministério da Saúde (2012)

Não deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B:



A) os casos de violência sexual nos quais a mulher apresente exposição repetida ao mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;

B) mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.





5. ORIENTAÇÃO SOBRE DIREITOS LEGAIS

Além do protocolo de atendimento médico, todas as pacientes devem ser orientadas sobre seus direitos legais, sobre os benefícios do registro do boletim de ocorrência (apesar de não ser obrigatório) e em nenhuma hipótese deverá ser encaminhada ao Instituto Médico Legal sem examiná-la previamente e sem anotar o atendimento detalhadamente na ficha padronizada, com as medidas profiláticas instituídas. Este atendimento inicial, além de registrar a ocorrência, é informação valiosa para a avaliação médico-forense (perícia indireta).

Informá-la do risco potencial de uma gestação decorrente de estupro mesmo após o uso de AE, e orientá-la a retornar para fazer teste de gravidez se houver atraso menstrual de 7 dias.

Todas as pacientes atendidas deverão ser agendadas para retorno no Ambulatório de violência sexual, para seguimento médico-psico-social. Em todas as situações de atendimento a menores de idade, em situação de violência deverá ser notificado o Conselho Tutelar e a Promotoria da Infância e Juventude.

Ressalte-se que toda violência sexual é de notificação obrigatória ao serviço de vigilância epidemiológica do município, através de formulário específico (ANEXO E).

Pacientes que chegam mais tardiamente ou após 5 dias da ocorrência

Deverão ser atendidas no pronto atendimento ou no ambulatório e orientadas sobre seus direitos e encaminhadas para o ambulatório de violência sexual para exames e acompanhamento médico, psicológico e social. As pacientes serão submetidas a exames para DST/HIV em períodos oportunos.

Gestantes com até 20 semanas poderão solicitar a interrupção da gravidez (se for menor de idade deverá ser solicitado pelo responsável legal), havendo protocolo específico para este atendimento.

Gestantes com mais de 20 semanas terão acesso ao pré-natal personalizado, acompanhado pela equipe multidisciplinar e caso optem por colocar o RN para adoção serão encaminhadas à vara da Infância e Juventude para os procedimentos legais.



Controles laboratoriais de seguimento:

Para LUES - coleta imediata, após 6 semanas, e 3 meses da violência sexual (VDRL);

Para HIV - coleta imediata, após 6 semanas, 3 meses e 6 meses da violência (Anti-HIV);

Para Hepatite B e C- Coleta imediata, após 3 meses, e 6 meses (sorologias -Hepatite B, C);

Para HPV - Colpocitologia Oncológica, colposcopia após 4 meses;

Para Vaginites - Bacterioscopia de secreção vaginal – 06 semanas;

Exame a fresco de secreção vaginal – 06 semanas;

Pesquisa endocervical para Clamídia e Neisseria: - 06 semanas;

Cultura para Herpes Simples - se houver áreas ulceradas vulvo-vaginais;

Controles quinzenal de função hepática para as pacientes que utilizam o esquema tríplice de profilaxia do HIV – Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Uréia, Creatinina.

	Imediata	06 Semanas	03 Meses	04 Meses	06 Meses
LUES/VRDL	X	X	X		
HIV (Anti-HIV)	X	X	X		X
Hepatite B e C (Sorologia)	X		X		X
HPV (Colpocitologia Oncológica, Colposcopia).				X	
Vaginites (Bacterioscopia de secreção vaginal).	X		X		
Clamídia e Neisseria	X		X		



6. FLUXO DE ATENDIMENTO

As pacientes podem chegar ao Serviço de forma espontânea ou serem encaminhadas por outros serviços. Após o primeiro atendimento, todas deverão ser encaminhadas para o ambulatório específico dentro dos próximos 7 dias, para seguimento.

No Ambulatório, serão atendidas sequencialmente por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais, evitando-se que tenham que vir em dias diferentes para tais atendimentos.

Após a alta médica, as pacientes poderão continuar o atendimento psicológico e social, pelo período necessário para sua readaptação social.





7. INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI

Atendimento à mulher gestante decorrente de estupro

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante período reprodutivo da vida da mulher, embora a taxa de gravidez decorrente do estupro varie entre 1 e 5%. A Lei 2848, artigo 128 do Código Penal Brasileiro, estabelece que não se pune o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta da violência sexual. Nos casos de gravidez decorrente de estupro, somente o médico pode praticar o abortamento e o consentimento da gestante, ou de seu representante legal, é imprescindível.

Recomendações e informações a serem dadas a Mulher que solicita a Interrupção da gravidez decorrente de estupro:

- 1- Esclarecer sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde.
- 2- Informar da possibilidade de interrupção da gravidez.
- 3- Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados.
- 4- Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.
- 5- Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

Aspectos Legais

1. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher.
2. A mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia.



3. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.
4. A palavra da mulher que afirma ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade.
5. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde e seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça.
6. Código Penal Brasileiro, artigo 20, § 1º, “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.
7. A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos.
8. Não é necessário realização de BO, Exame Corpo Delito ou Autorização Judicial.

O obrigatório Consentimento Informado para o Aborto Legal:

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento.

Mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e expressão da vontade, é necessário o consentimento de representante legal (curador e / ou tutor).

Documentos obrigatórios para o Aborto Legal: são os documentos constantes na Portaria 1508/2005 – GM/MS.



A Portaria Nº 1.508/2005 - GM/MS, que "dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS". Esta Portaria estabelece as condições necessárias e obrigatórias a serem seguidas para adoção de qualquer medida de interrupção de gravidez no Brasil, excetuando-se os casos que envolvem riscos de morte à mulher. Compõem-se de cinco fases que deverão ser registradas no formato de Termos arquivados anexos ao prontuário médico.

Os seguintes Termos são obrigatórios para interrupção da gravidez por estupro (ANEXOS I a V):

Termo de Relato Circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, assinado por ela ou quando incapaz, por sua representante legal, bem como, por dois profissionais do serviço. Nele deverá constar a data e hora aproximada da ocorrência, tipo e forma da violência, descrição dos agentes de conduta e identificação de testemunhas se houver;

Parecer Técnico, após detalhada anamnese, exame físico geral e ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e demais exames complementares que por ventura houver, analisando a compatibilidade entre a idade gestacional, a data do estupro e o laudo ultrassonográfico. Paralelamente, a mulher receberá a atenção e avaliação da equipe multiprofissional, que anotarão suas avaliações em documentos específicos;

Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro, assinados por no mínimo 4 (quatro) integrantes da equipe multiprofissional, não podendo haver desconformidade com a conclusão do Parecer Técnico;

Termo de Responsabilidade, assinado pela gestante ou quando incapaz, por seu representante legal, onde constará advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do código penal) e do aborto (art. 124 do código penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual;



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constará em linguagem acessível, os desconfortos e riscos, os procedimentos que serão adotados quando da intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência, a garantia de sigilo, exceto quando em caso de requisição judicial. Deverá ainda, conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Todos os documentos deverão ser assinados pela mulher ou quando incapaz, por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante e outra arquivada no prontuário médico.

A decisão pela realização do abortamento cabe aos serviços de saúde, não sendo necessária a obtenção de autorização judicial ou da requisição de cópia do Laudo do IML, muito menos da exigência do Boletim de Ocorrência, embora este seja recomendável, já que um crime hediondo foi cometido, e sendo um direito da mulher proceder à denúncia.

É fundamental que esteja claro que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. O médico, diante de uma gestante por estupro, deve expor todas as alternativas, tais como, o direito a interrupção da gravidez, observados os critérios abordados acima, considerando-se com igual ênfase a possibilidade de manter a gestação até seu termo e permanecer com a criança ou entregá-la em doação.

RECOMENDAÇÕES PARA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ POR RISCO GRAVE DE VIDA MATERNO – ABORTO TERAPÊUTICO

1. Avaliação de no mínimo dois profissionais (ideal que sejam três), sendo que um deles deverá ser especialista na patologia que está motivando a interrupção. O Prontuário Médico deverá conter as justificativas médicas detalhando o risco materno.
2. Ter clareza de que a interrupção da gestação é a única e a mais adequada maneira de preservar a saúde da gestante.
3. Ter a anuência e/ou consentimento esclarecido assinado pela gestante ou por seus familiares.
4. Ter apoio e acompanhamento de uma equipe multiprofissional especialmente psicólogos, tendo em vista que a gestação é desejada.



5. Em situações especiais, por exemplo: coma, choque, câncer, quimioterapia, radioterapia; a conduta deve ser individualizada e discutida com a equipe médica.
6. O preenchimento completo do prontuário médico da paciente é obrigatório por toda a equipe, onde deverão ser anotadas as opiniões e avaliações.
7. Não é necessária autorização judicial.

RECOMENDAÇÕES PARA A INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO DE FETOS ANENCEFÁLICOS

A) Em caso de decisão por manutenção da gravidez:

1. Acolhimento e acompanhamento em Serviço de Pré-Natal de Alto Risco.
2. Informação à gestante pelo médico sobre a gravidade da patologia fetal, com clareza, de maneira que não reste dúvida quanto à inviabilidade fetal, e os riscos maternos durante a gestação.
3. Repetição contínua da informação diagnóstica, quantas vezes se fizer necessário, pela equipe multidisciplinar (psicologia, enfermagem), que acompanhará a gestante ao longo do processo.
4. Em caso de decisão por levar a gravidez a termo, o casal ou a gestante sozinha, quando for o caso, permanecerá no serviço e tem o acompanhamento pré-natal multidisciplinar até o parto e puerpério.
5. No caso de decisão pela interrupção, segue-se o protocolo para interrupção de gestação.

B) Em casos de decisão por interrupção da gravidez com fetos anencéfalos

1. Relatório Técnico – Parecer Psicológico atestando a capacidade mental plena e de decisão da gestante, o grau de sofrimento psíquico e concordante com o desejo da gestante.
2. Relatório do Serviço Social e de Enfermagem sobre a condição materna.



3. Um ou mais exames de ultrassonografia morfológica, assinado por 2 médicos detalhando os achados no organismo fetal, com laudo atestando tratar-se de Anencefalia.
4. Anamnese Médica avaliando a condição clínica e obstétrica e demais exames da rotina pré-natal e pré-operatória se for o caso.
5. Informação detalhada a gestante e seus familiares (se este for o desejo da mulher) o diagnóstico da patologia, o prognóstico ominoso fetal e os riscos de agravo à saúde física (partos mais difíceis, polidrâmnio, pré-eclâmpsia, DPP, Hemorragias puerperais, atonia uterina, traumas maternos, sofrimento mental e o potencial risco reprodutivo materno).
6. Assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informado para interrupção da gravidez de fetos anencefálicos.
7. Assinatura pela equipe multiprofissional do documento de autorização para interrupção da gravidez de feto anencefálico.

Termo para Interrupção da gravidez por anencefalia (Anexos G e H).

8. Esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde e prognóstico fetal;
- b) quais os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica; e orientação sobre a possibilidade da realização de indução do óbito fetal (feticídio) antes do início dos procedimentos de indução do aborto ou da antecipação terapêutica do parto.
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis;
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal;

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

8. Agendamento de internação eletiva e proceder à interrupção da gravidez através da melhor técnica disponível 7 (AMIU e/ou Misoprostol ou outra técnica) de acordo com a idade gestacional e a necessidade, o quadro



clínico, e sempre que não houver contraindicação respeitar a opção da paciente.

No momento da alta, agendar consulta com psicóloga (se disponível no Serviço) e obstetra para acompanhamento do puerpério, aos 7 e 45 dias pós-procedimento.

9. Não é necessária a Autorização Judicial

Não cabe objeção de consciência:

- a. Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- b. Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando a mulher puder sofrer danos à ou agravos à saúde em razão da omissão do médico(a);
- c. No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.





8. ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

O enfermeiro no atendimento de emergência a vítima de violência sexual

A violência sexual é a manifestação de violência contra o ser humano que deve ser compreendido em seus aspectos sociais, culturais, históricos, políticos, econômicos e jurídicos, implicando no uso/abuso de poder para satisfação de um desejo sexual. (BRASIL, 2005).

O enfermeiro tem um importante papel no acolhimento dessas vítimas, pois são os primeiros profissionais a atender as mulheres nas emergências, proporcionando integração das ações da equipe multiprofissional.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional, garantindo a privacidade durante todo o seu acompanhamento e tratamento nas diversas unidades de internação que se fizer necessário.

Ações do Enfermeiro até o 5º dia após a violência sexual

O acolhimento

Encaminhar a paciente para um consultório reservado, oferecer apoio sem julgamentos, escuta ativa e explicações dos procedimentos como:

- Explicar os riscos de gravidez, infecção por DST/HIV e as prevenções disponíveis;
- Preparar para consulta médica, exame físico e ginecológico com possível coleta de material;
- Orientar sobre a coleta de sangue para sorologia de HIV, SIFILIS, hepatite B e C;
- Coletar sorologia e administrar medicamentos profiláticos, conforme o protocolo;
- Solicitar kit violência;
- Explicar que, na ocorrência de vômito até 2 horas após a ingestão do anticoncepcional de emergência deverá ser repetida;



- Orientar os sintomas de intolerância aos antirretrovirais;
- Explicar a importância do uso de preservativo por 6 meses devido ao risco de infecção por DST/HIV;
- Orientar cuidados com feridas, em caso de lesões;
- Orientar a observação de sintomas e manifestações clínicas de infecções genitourinárias;
- Acionar o serviço social e psicologia.

Atendimento tardio, a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual

- Explicar sobre os riscos de gravidez e DST/HIV;
- Solicitar consulta médica e ginecológica;
- Acolher familiares e realizar de mais orientações descritas no atendimento imediato.

Diagnósticos de enfermagem

- Síndrome do trauma de estupro;
- Risco de síndrome pós-trauma;
- Risco de infecção;
- Ansiedade;
- Distúrbio na imagem corporal;
- Dor aguda.



O Enfermeiro no atendimento ambulatorial a vítima de violência sexual:

- Ambulatório recebe pacientes vítimas de violência sexual vindas do PSO e externas (outras unidades);
- O agendamento é feito pessoalmente ou por terceiro responsável pelo paciente;
- Os funcionários do balcão de agendamento encaminham a paciente ou responsável ao acolhimento com equipe multiprofissional no momento do agendamento;
- O profissional responsável pelo acolhimento faz os encaminhamentos necessários e procede ao agendamento médico (segunda a sexta-feira às 8:00 h).



10. ETAPAS DO PROCESSO

1) Acolhimento

Traduz-se de modo fundamental, na escuta, orientação e encaminhamento adequado, inserindo a vítima na instituição.

Inclui:

- Acolher por meio de entrevista, os coletando dados de identificação pessoal, antecedentes ginecológicos e obstétricos, relato do ocorrido e identificação da exposição ao risco de DST/AIDS e gravidez; anotando nos impressos específicos de violência sexual;
- Acolher familiares, procedendo às orientações;
- Informar sobre rotina de seguimento ambulatorial com a equipe multiprofissional;
- Proceder às orientações específicas ao caso, inclusive sobre medicamentos e exames, quando necessário;
- Agendar consulta médica (agenda manual, no setor de agendamento);
- Encaminhar paciente para o Serviço Social, a fim de fornecer passe de ônibus S/N;
- Cadastrar paciente em livro próprio de violência sexual (guardado na sala do S. Social).

2) No dia da consulta médica

Antes ou após consulta médica, a paciente passará por consulta de enfermagem.

Inclui:

- Observar o aspecto físico geral e emocional, intervir S/N;
- Caso esteja fazendo uso de medicação ARV, avaliar sintomas de intolerância, procedendo às orientações quanto ao melhor horário para ingestão dos mesmos, garantindo a continuidade do tratamento;
- Fazer teste rápido de BHC-G urinário, se houver suspeita de gravidez;



- Investigar sinais e sintomas de infecção geniturinária;
- Orientar sobre o uso de preservativo, com especial atenção para os sinais de disfunção sexual;
- Orientar sobre exames ginecológicos e coleta de exames (45, 90 e 180 dias);
- Informar sobre o seguimento ambulatorial com equipe multiprofissional;
- Orientar quanto ao seguimento psicológico nos casos de alteração emocional/ sexual;
- Orientar quanto ao acompanhamento com Assistente Social, se verificar problema econômico/social;
- Orientar família ou responsável sobre acompanhamento e apoio diário. Se necessário, solicitar acompanhante nas consultas;
- Colaborar com retorno médico, S/N com equipe multiprofissional.

Interrupção legal da gestação de corrente de estupro

Pré-internação

- Orientar sobre procedimentos da internação, coleta de exames, jejum, indução e aborto, período de internação, curetagem e riscos cirúrgicos;
- Reforçar sobre a importância da veracidade dos fatos à paciente, familiares ou responsáveis, assegurando a integridade da paciente;

Alta

- Orientar sobre os retornos pós-alta;
- Alta registrada na prescrição médica;
- Pacientes maiores de 18 anos, por sigilo ético médico, poderá sair de alta com orientação sem acompanhante e clinicamente estável e segura, de boa forma psicomotora e mental.
- Avaliar e conduzir o momento da alta de acordo com cada caso, evitando-se justificativas burocráticas para dificultar o relacionamento do



profissional com a paciente, evitando colocá-la em situações nas quais ela possa se sentir revitimizada;

— A confidencialidade é um direito da paciente que gera uma obrigação específica para os profissionais da saúde, portanto, os profissionais não devem emitir qualquer tipo de opinião ou agir de forma a contrariar esse direito;

— O sigilo é regulamento pelo artigo 103 do código de ética médica;

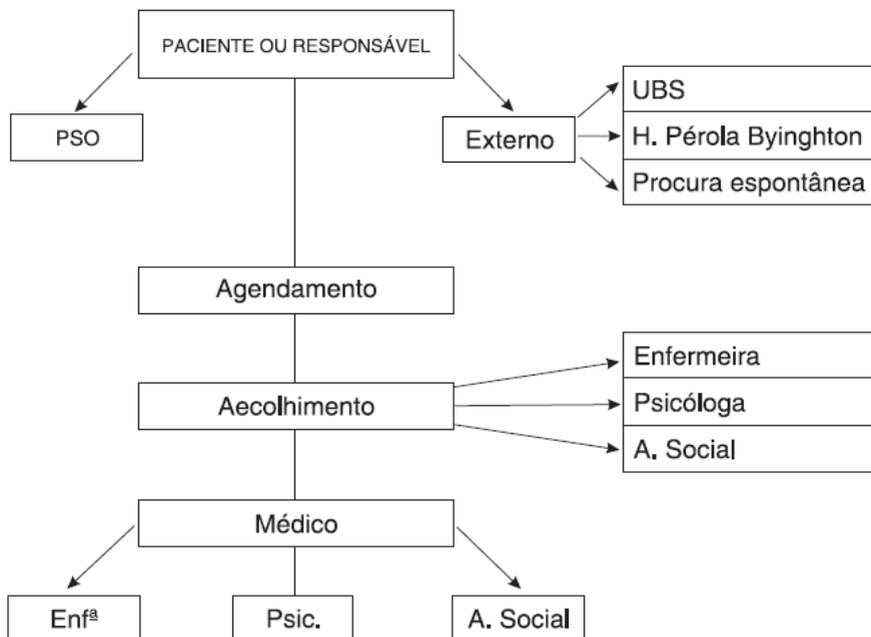
— É fundamental, respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual;

— Na alta de crianças e adolescentes menores de 18 anos, deverá estar acompanhado dos pais ou de um representante legal.





11. FLUXO DE AGENDA E ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO AMBULATÓRIO







12. O ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, dentro de sua característica de desenvolver um trabalho voltado à atenção integral à saúde da mulher, realiza o atendimento às mulheres em situação de Violência Sexual no Pronto Socorro e Ambulatório e conta com uma equipe multidisciplinar que é composta por médicos, enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.

"A área da saúde pública, desde que preparada, pode promover a recuperação e resgate da auto confiança e auto estima. Pode ser dado um enfoque prioritário na saúde pública, sem, contudo, deixar de considerar a violência doméstica e sexual como violação dos direitos humanos e da cidadania". (Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher - 2007).

O Serviço Social atende a todas as usuárias que procuram o Hospital ou são encaminhadas pela rede, realizando o acolhimento dessas mulheres no primeiro momento até os retornos para prosseguimento. O atendimento social, sempre que necessário, será extensivo a familiares e rede de apoio.

A ação profissional visa facilitar ao usuário sua inserção aos serviços prestados nas Instituições de saúde norteada pelos princípios do Código de Ética Profissional do Serviço Social. Procura identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde, incentivando o usuário a buscar formas de enfrentamento individual e coletivo para estas questões.

Ações do Serviço Social

O Serviço Social atua junto às mulheres, crianças e adolescentes em situações de violência sexual, desenvolvendo as seguintes ações:

- Propiciar um atendimento de forma que a usuária sinta-se acolhida;
- Conhecer a história da usuária, bem como, dados da ocorrência e do agressor;
- Verificar se já recebeu atendimento médico/psicológico, e se for desejo da usuária, orientá-la quanto ao boletim de ocorrência e exame de corpo de delito (não obrigatórios);



- Identificar a demanda social trazida pela usuária decorrente ou não da situação de estupro, tais como: direitos previdenciários e trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, etc.;
- Identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamentos da usuária, frente ao ocorrido;
- Identificar se a usuária encontra-se em situação de risco, em caso afirmativo encaminhá-la para instituição de acolhimento;
- Reforçar a importância do atendimento multidisciplinar, enfatizando a disponibilidade da equipe em apoiá-la;
- Esclarecer a usuária quanto aos recursos da instituição, bem como, auxílio concreto (auxílio transporte, medicamentos);
- Orientar e encaminhar para os recursos sociais (CRAS, UBS, ONG especializada em apoio à mulher em situação de violência, etc.);
- Notificar o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude nos casos de violência contra a criança e/ou adolescente trabalhando os aspectos legais com a família.

Gestação decorrente de violência sexual

A intervenção do Serviço Social deverá seguir a mesma rotina do atendimento às vítimas de violência sexual sem gravidez, porém deverão ser abordados aspectos específicos inerentes a essa situação, visando:

- Identificar o desejo da interrupção ou não da gestação, considerando os valores morais e religiosos da paciente e informar as alternativas como: Pré-Natal Especializado no Ambulatório do HMEC e/ou encaminhamento para a Vara da Infância e Juventude Orientar quanto aos protocolos da instituição para atendimento dessa problemática; caso opte por colocar o RN para adoção;
- Orientar quanto aos protocolos da instituição para atendimento dessa problemática;
- Esclarecer sobre seus direitos e encaminhar para os trâmites legais, a fim de viabilizar a interrupção da gestação: Boletim de Ocorrência - B.O. na Delegacia da Mulher (se possível). A realização do B.O. é importante por se tratar de um crime hediondo mas não é obrigatório para a realização do aborto previsto em lei.



13. O ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Como em toda situação de violência, a agressão sexual pode gerar medo, ansiedade, sentimentos de solidão, desconfiança, autocensura, vergonha, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de ter uma vida sexual ou até de engravidar novamente.

A procura de um serviço de saúde, por uma mulher ou por sua família em situação de violência sexual, revela a intenção de obter ajuda. Observa-se que grande parte das vítimas não busca imediatamente o serviço e, geralmente, as que chegam ao atendimento são motivadas pelo receio de DST-AIDS ou pela constatação da gestação.

A atenção em todas as fases do acolhimento deve ser humanizada e de qualidade, pautada pelo respeito, sigilo, orientação e apoio à mulher.¹ Como em outras situações de crise, esse cuidado deve se basear na integralidade das ações. A discussão em equipe é fundamental tanto para a assistência propriamente dita, como para a construção do projeto terapêutico.

A postura do profissional diante de mulheres vítimas de violência sexual deverá ser isenta de caráter investigativo, imposição de valores e julgamentos.

Como em todo atendimento profissional, é fundamental se garantir um acolhimento digno, com capacidade de lidar com conflitos, valorização das queixas e identificação das necessidades de modo a propiciar um relacionamento de confiança.

A estas pessoas em situação de violência deve ser oferecida, conforme a Resolução CFP 010/2010, a escuta psicológica, que

caracteriza-se por ser uma relação de cuidado, acolhedora e não invasiva, para a qual se requer a disposição de escutar, respeitando-se o tempo de elaboração da situação traumática, as peculiaridades do momento do desenvolvimento e, sobretudo visando a não revitimização. A escuta leva em conta a dimensão subjetiva, que também deve ser considerada na perspectiva dos direitos humanos.²

É importante ter o cuidado de não expor a pessoa que foi abusada a repetir, desnecessariamente, sua história a diversos profissionais. Assim como, é fundamental se garantir a privacidade do atendimento e respeitar



o tempo necessário para que tenha disponibilidade de entrar em contato com as lembranças e sentimentos relacionados à agressão.

No entanto, o relato da situação abusiva é importante tanto para essa pessoa como para o profissional, por permitir uma melhor compreensão dos fatos e possibilitar o planejamento de uma intervenção adequada.

O acolhimento e a confiança, explicitados pelo profissional diante do relato da pessoa em situação de violência, favorecerão o estabelecimento do vínculo, necessário para o atendimento e a terapêutica:

a assistência psicológica deve ser entendida como parte de um plano de ação que deve fazer sentido para a usuária, e não como uma forma de redirecionar e livrar-se de uma demanda percebida como incômoda. Quando utilizado desta forma, o atendimento psicológico tende a ter pouca aderência e pouca eficácia.³

Para a mulher, a percepção de que existem pessoas que acreditam no seu relato e, no caso de crianças e adolescentes, a possibilidade de confiar em adultos não abusivos, proporcionam uma experiência emocional corretora, com efeitos terapêuticos. Esses efeitos vão além da situação de abuso: envolvem sua vida, sexualidade, projetos, relacionamentos humanos e afetivos.

Em relação às repercussões emocionais da violência sexual, sua análise deve ser feita caso a caso, pois estão relacionadas a diversos fatores:

Fatores intrínsecos à personalidade, como vulnerabilidade e resiliência pessoal, apoio afetivo e social, associação com outras violências, grau de conhecimento e confiança entre vítima e agressor, presença ou não do agressor em seu cotidiano. Crianças e adolescentes podem desenvolver quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e dissociativos, enurese, encoprese, hiperatividade, déficit de atenção e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).³

É importante salientar que nenhuma situação é estressante por si só, pois para que uma situação se torne estressante, o indivíduo deve percebê-la como tal.

Além disso, os efeitos cumulativos de eventos estressores prévios, a repetição da situação abusiva, bem como ameaças à integridade física podem aumentar o potencial traumático da violência.

A criança, por culpa, vergonha e medo, poderá se esconder e se adaptar à situação abusiva, que, geralmente, ocorre por período prolongado. O



abuso poderá ser mantido em segredo não só pela vítima, mas por outros membros da família, favorecendo o surgimento de sentimentos ou atitudes contraditórias e ambíguas.

O risco à saúde psíquica de crianças e adolescentes tende a ser maior quanto mais precoce for a idade em que ocorrer a agressão, se houver repetição da violência, se a família apresentar atitude negativa diante da situação e/ou se o agressor for uma figura de autoridade.

Cabe ressaltar que outras formas de violência poderão estar ocorrendo no contexto familiar, concomitantemente à violência sexual.

Para Scarpato, “Diferentes pessoas não reagem do mesmo modo à situação violenta. Quando duas pessoas vivem as mesmas situações de agressão, uma pode ficar traumatizada, enquanto a outra retoma a sua rotina em pouco tempo”.⁴

A pessoa pode, de forma recorrente, reviver mentalmente o ocorrido, e temer, a todo o momento, que ele se repita (o que é característico do Transtorno de Estresse Pós-traumático). A tensão constante pode levar à fadiga física e, eventualmente, ao uso crônico de substâncias psicoativas.

Percebe-se que vários fatores como: idade, intensidade, duração da experiência, sentido atribuído à própria história, nível de impotência e sentimentos vivenciados pela pessoa podem ser fatores de risco para prováveis reações emocionais, como crises de ansiedade e depressão.

Segundo Early⁶, a violência do abuso sexual pode levar à delimitação confusa das próprias barreiras e dos próprios limites, estigmatização, vergonha, traição, dissociação e repetição.

A sobrevivente desse trauma, ao ter suas barreiras violentadas, tenta construir novos limites entre si e o mundo. Porém, tais delimitações são construídas improvisadamente pela dinâmica do trauma, por meio de ganho de peso, desleixo pessoal, falta de cuidado consigo ou a procura de não ser atraente sexualmente. Ela pode, também, desenvolver problemas dermatológicos, de aprendizagem ou de comportamento.⁶

Os dois principais sintomas associados ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) são evitação e repetição, que podem levar a mulher a evitar contato sexual ou colocar-se em situações nas quais pode ser revitimizada.

Para Early⁶, há certo tom de fatalidade em relação ao futuro de uma pessoa que sofre violência sexual, especialmente se foi crônica ou se



ocorreu na infância. É como se a sobrevivente do trauma estivesse inclinada a ocupar a posição de vítima de novas traumatizações, impossibilitada de obter, conscientemente, o controle da própria vida.

Por outro lado, a dissociação é uma estratégia de enfrentamento frequente para mulheres que sofrem violência sexual e a estigmatização pode resultar em diminuição da autoestima e dificultar o crescimento emocional. A compulsão de repetir a experiência traumática pode ocorrer de múltiplas formas, frequentemente sutis. Ao longo da vida, elas podem associar sexo com algum elemento vivido durante a violência sexual.

Segundo Levine⁷, a violência sexual pode trazer diversas consequências por meio de transtornos, mas também nas relações cotidianas. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam a se expressar de forma patológica, como TEPT, transtornos alimentares, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais.

Para Scarpato⁵, “Nos casos de Estresse Pós-Traumático, a intervenção terapêutica é um recurso necessário para que a pessoa possa reorganizar seu padrão de funcionamento e continuar seu processo de vida de modo mais saudável”.

Gravidez decorrente do estupro

Uma gravidez decorrente de violência poderá causar uma situação de “duplo estresse”: por um lado, obrigar a mulher a lidar com uma gravidez não planejada e indesejada e, por outro, levá-la a decidir quanto à continuidade ou interrupção desta gestação.

Geralmente, a decisão pelo aborto proporciona à mulher um sentimento inicial de alívio, que, associado aos sentimentos de impotência e imposição, pode contribuir para osurgimento de um quadro depressivo. As repercussões na vida dessa mulher estarão associadas à sua decisão diante dessa gestação, características pessoais, crenças religiosas e culturais.

O Psicólogo na Equipe diante do pedido de Aborto Legal

No caso específico de um pedido de aborto legal, em que há necessidade de uma avaliação da equipe, o profissional pautar-se-á pela Lei 2848/1940, artigo 128 do Código Penal Brasileiro e pela Portaria Nº 1.508/2005 - GM/MS, no que se refere a situações de violência sexual.



O atendimento a esta mulher exige um cuidado especial. A escuta qualificada, isenta de preconceções, de constrangimento técnico, cultural ou moral, busca garantir os direitos, a cidadania, a liberdade e autonomia da mulher. O psicólogo também discutirá com a paciente sobre sua opção de interromper ou dar prosseguimento à gestação, mantendo o bebê consigo ou decidindo pelo encaminhamento à adoção. O profissional, como facilitador do processo de autocuidado e tomada de decisão, deverá estar alerta para abordar temas como:

a maternidade e o desejo de ser e não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.⁷

A repotencialização da mulher em situação de violência poderá ser favorecida pelo acompanhamento psicológico, integrado à assistência da equipe e em matriciamento com a rede social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

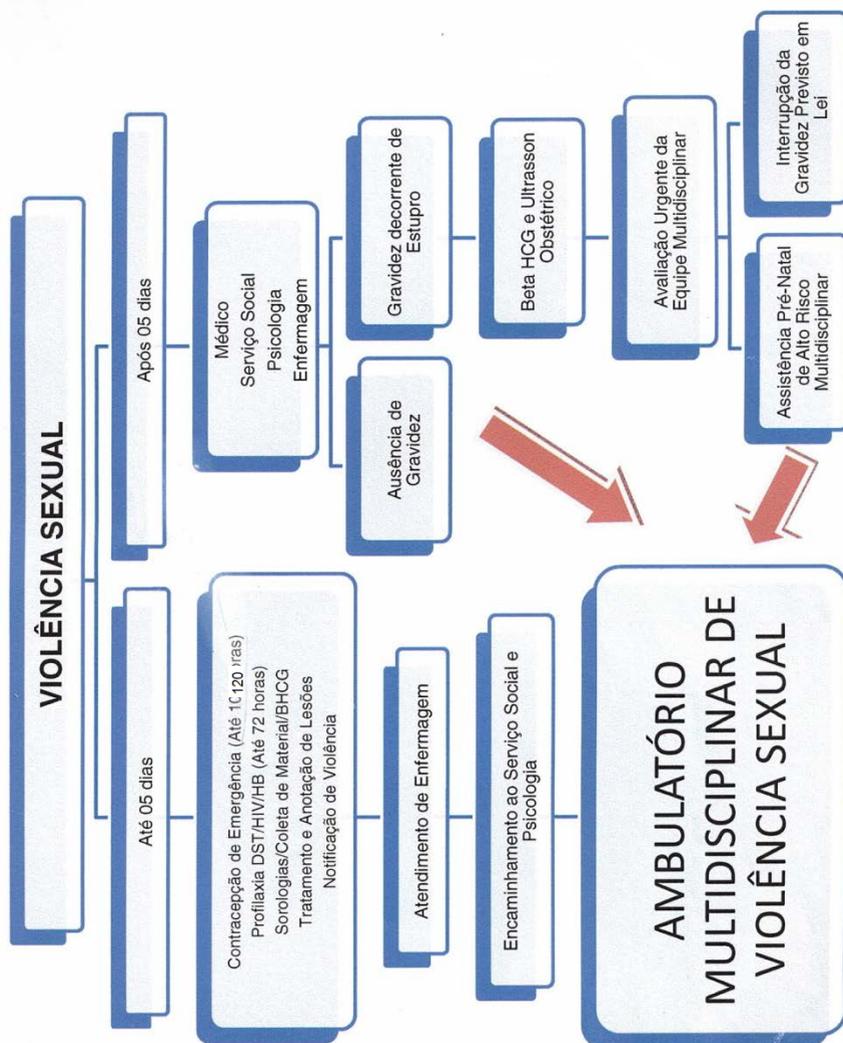
1. ANIS – INSTITUTO DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS E GÊNERO. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal**. Disponível em: < <http://www.anis.org.br/biblioteca/2014-12/AbortoLegalpdf.pdf>>. Acesso em 31/out/15.
2. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP 010/2010** disponível em <<http://site.cfp.org.br/contato/crianca-e-adolescente>>. Acesso em 05.10.2015.
3. HABISAN, L.F.; et al. - “Avaliação Psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência”. In: **Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher** – Secretaria Municipal de Saúde. 2007, p. 44-45. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
4. SCARPATO, A.T. “Estresse Pós Traumático: A situação emocional de pessoas vítimas de violência”. **Revista Psicologia Brasil**, São Paulo, n.6, 2004, p. 10-14. Disponível em < http://www.psicoterapia.psc.br/scarpato/t_stresstr.html>. Acesso em 12/out/15.



5. EARLY, E. The raven's return: the influence of psychological trauma on individuals and culture (1993). Apud: SOUZA, F. B. C.; DREZZET, J.; MEIRELLES, A. C.; RAMOS, D.G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. In: **Reprodução & Climatério**, v. 27, Set-Dez 2012, p. 98-103. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X#bib0065>>. Acesso em 12/out/15.
6. LEVINE, P.A. O despertar do tigre: curando o trauma. Apud: SOUZA, F. B. C.; DREZZET, J.; MEIRELLES, A. C.; RAMOS, D.G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. In: **Reprodução & Climatério**. v. 27, Set-Dez 2012, p. 98-103. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X#bib0065>>. Acesso em 12/out/15.
7. BRASIL. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em 31/out/15.



14. FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL







15. SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniela Sayuri Misawa

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços¹. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas².

Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis^{3,4,5}.

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013⁶ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36⁷, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:



- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
 - II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
 - III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
 - IV- Identificação do paciente;
 - V- Higiene das mãos;
 - VI- Segurança cirúrgica;
 - VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
 - VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
 - IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
 - X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
 - XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
 - XII- Prevenção de úlceras por pressão;
 - XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
 - XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
 - XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
 - XVII- Promoção do ambiente seguro.
- A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco.



Figura 1. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



15.1. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.



O que notificar?

Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Figura 2), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.



Figura 2. Impresso de notificação de incidentes/ eventos adversos (frente).



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

Data da notificação:
____/____/____

ETIQUETA

Prontuário: _____
Nome: _____
Mê: _____
CNS: _____
SIS pré-natal: _____
Setor: _____ Enfermaria: _____
Lado: _____

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA
A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
Idade: _____	Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Puérpera? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não
DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)	
Nome: _____ e-mail: _____ Função: _____	
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	
Data da ocorrência: _____ Hora da ocorrência: _____	O evento já ocorreu anteriormente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não
Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto <input type="checkbox"/> UTI Adulto <input type="checkbox"/> Internação Adulto <input type="checkbox"/> PSO <input type="checkbox"/> CGAR	<input type="checkbox"/> Pré-parto <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Outros
Fato: O que aconteceu? _____	
Possíveis falhas: <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Estrutura <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Outros	
A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos)	
Providências Tomadas: _____	
Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 urnas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico	

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 1964



Figura 3. Urna para depositar as notificações.

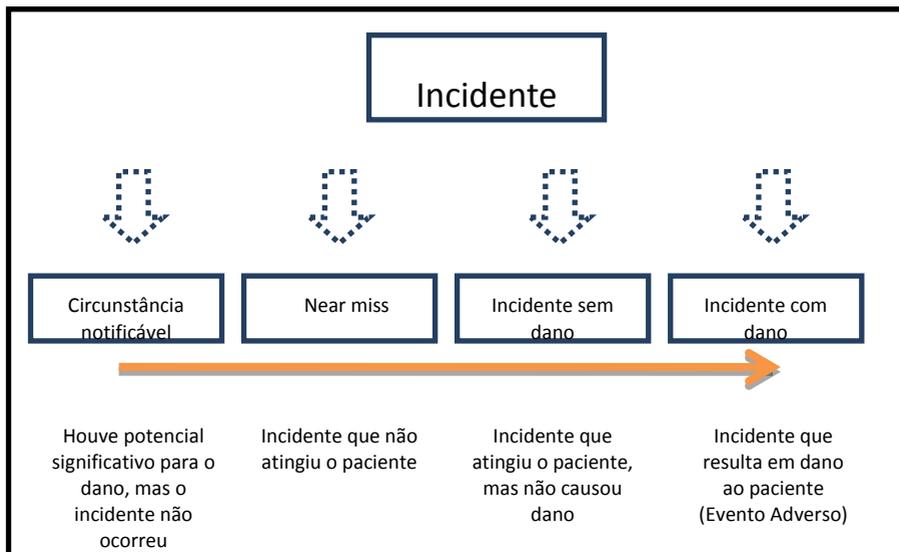


Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

15.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente, como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim.

No HMEC desde o início essas iniciativas foram norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.
- 4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517–9.
- 5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- 7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20.
- 9 The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010.
3. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 agos. de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. [on-line]. [acessado em: 13 set. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
4. MARISCAL, J. D. O. Propuesta de Estándaresregionales para laelaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Orozco LT [Editor]. Comite de derechossexuales y reproductivos da FederaciónLatinoamericana de Sociedades de Obstetrícia y Ginecologia/ Flasog. Lima, Perú. 2011.
5. MARISCAL, J. D. O. Buenasprácticas para laatención de la violencia sexual contra lasmujeres. Orozco LT [Editor]. Comité de Derechossexuales y Reproductivos / FederaciónLatinoamericana de Sociedades de Obstetrícia y Ginecologia/Flasog. Lima, Perú. 2010
6. Manual de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçao Prevista por Lei -Federaçao Brasileira das Associaçoes de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, Brasil. 2010
7. ROSAS, C.F. coordenador. Ética em Ginecologia e Obstetrícia. Cadernos Cremesp. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.
8. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher - Secretaria Municipal de Saúde - São Paulo 2007. Pág.44/45.
9. HABIZAN, L. F.; DALA CORTE, F.; HATZENBERGER, R.; STREHER, F.; KOLLER, S. H. - "Avaliação Psicológica em casos de abuso sexual na



infância e adolescência". Universidade Federal do Rio Grande do Sul."

10. RONDON, M. B. - "Resultado de La investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido". Centro de Promoción y Defensa de los derechos Sexuales y Reproductivo. 2009. Lima, Perú.

11. SCARPATO, A.T. "Estresse Pós Traumático: A situação emocional de pessoas vítimas de violência". Artigo publicado na Revista Psicologia Brasil, São Paulo, número 6, 2004, p.10-14.

12. NANDA internacional; Tradução Regina Machado, Diagnósticos de enfermagem: Definições e Classificações 2009-2011. Porto Alegre - RS; Ed. Artmed Editora S.A - 2009;

13. HIGA, Rosanangela. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de assistência de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem Usp, São Paulo, n. , p.377-382, 13 jun. 2006.



ANEXOS





ANEXO A



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____ D. Nasc.: _____

Nome: _____

Mãe: _____

CNS: _____

SIS pré-natal: _____

Sector: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS

DATA: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: _____

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.

Contração 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

Gonorréia () 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

Testemunhas:

1a: _____

2a: _____

Nome e Conselho de Classe (ou Carimbo) e Assinatura do Profissional de Saúde

Violência Sexual - Termo de Consentimento Informado Procedimentos Profiláticos e Coleta de Vestígios – P.240A



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 PROGRESSA

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 (Formulário P242 – Violência Sexual – Mapa de Lesões).

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

Estado clínico geral:

Situação Vacinal:

Tétano () não () sim

Violência Sexual - Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual - It. 2 - P.241A



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 DST 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: _____
Roupas ou objetos. 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 n° _____

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 _____

Nome e CRM (ou Carimbo) e Assinatura do Médico

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Nome e CRP (ou Carimbo) e Assinatura do Psicólogo

Nome e CRAS (ou Carimbo) e Assinatura do Assistente Social



ANEXO C



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____ D. Nasc.: _____

Nome: _____

Mão: _____

CNS: _____

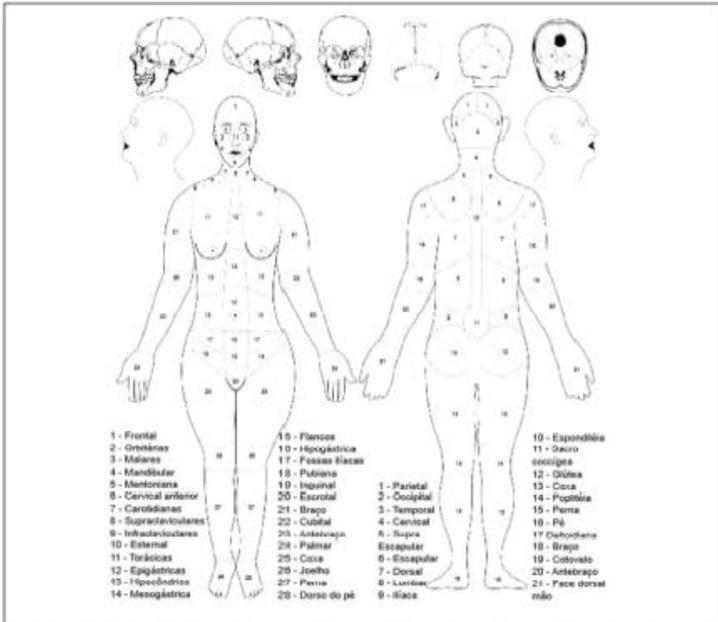
SIS pré-natal: _____

Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

MAPA DE LESÕES

Gráfico Feminino

Data: ____/____/____



1 - Frontal 2 - Orelhas 3 - Males 4 - Mandibular 5 - Mastoideas 6 - Cervical anterior 7 - Carótidas 8 - Supraclaviculares 9 - Infraclaviculares 10 - Esternal 11 - Torácicas 12 - Epigástricas 13 - Iliocôndrios 14 - Mesogástricas 15 - Flancos 16 - Hipoigástricas 17 - Fossas ilíacas 18 - Púbicas 19 - Inguinais 20 - Escrotal 21 - Braço 22 - Cubital 23 - Antebraço 24 - Palmilar 25 - Coxas 26 - Joelho 27 - Pernas 28 - Dorso do pé	1 - Parietal 2 - Occipital 3 - Temporal 4 - Cervical 5 - Supra 6 - Escapular 7 - Dorsal 8 - Lumbares 9 - Ilíaca 10 - Espondílica 11 - Ombro 12 - Ombro 13 - Coxas 14 - Pélvicas 15 - Perna 16 - Pé 17 - Dequidiana 18 - Braço 19 - Cotovelo 20 - Antebraço 21 - Face dorsal mão
--	--

Fonte: Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios / Ministério da Saúde (2015)

Nome e Conselho de Classe (ou Carimbo) e Assinatura do Profissional da Saúde

Violência Sexual - Mapa de Lesões - P.34.3A



ANEXO D

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia					
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)					
2 - Nº de Prontuário					
3 - Data de Nascimento da Parturiente/Viável do RN/Pessoa Exposta					
4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino					
5 - Data de exposição					
6 - Circunstância de exposição <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consensuada <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros		7 - Nº de dias para dispensa		8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="radio"/> Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outras populações	
Transmissão Vertical: <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> RN de mãe infectada pelo HIV					
9 – Esquema preferencial para PEP		<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (1 comp. Coformulado/Idia) + Atazanavir (1 comp./Idia) + ritonavir (1 comp./Idia)			
10 – Esquemas alternativos para PEP		<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (2 comp./Idia) + Atazanavir (1 comp./Idia) + ritonavir (1 comp./Idia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (1 comp./Idia) + Lopinavir/r (4 comp./Idia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (2 comp./Idia) + Tenofovir (1 comp./Idia)			
11 – Medicamentos ARV (Preencher no quadrado a QUANTIDADE de comp/caps/ml que deve ser usada diariamente)					
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (TRNITRN)					
ANTIRETROVIRAL	Tenofovir / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/300mg/Idia				
	Zidovudina / Lamivudina <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/150mg/Idia				
	Abacavir - abc <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 20mg/ml/Idia				
	Didanosina - dd <input type="checkbox"/> caps. de 250mg/Idia <input type="checkbox"/> caps. de 400mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/Idia				
	Estavudina - dt <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/Idia				
	Lamivudina - 3tc <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/Idia				
	Tenofovir - tdf <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/Idia				
	Zidovudina - ztd <input type="checkbox"/> caps. de 100mg/Idia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10mg/ml/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/Idia				
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (IINNN)				
	Etravirez - efz <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/Idia <input type="checkbox"/> caps. de 200mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 30mg/ml/Idia				
	Nevirapina - nvp <input type="checkbox"/> comp. de 200mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 10mg/ml/Idia				
	Inibidores de Protease (IP)				
	Atazanavir - atv <input type="checkbox"/> caps. de 200mg/Idia <input type="checkbox"/> caps. de 300mg/Idia				
	Darunavir - dar <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/Idia				
	Fosamprenavir - fpv <input type="checkbox"/> comp. de 700mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de suspensão oral 150mg/ml/Idia				
Lopinavir / ritonavir - lpr <input type="checkbox"/> comp. de 200mg/150mg/Idia <input type="checkbox"/> Comp. de 100mg/20mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/20mg/ml/Idia					
Ritonavir - rtv <input type="checkbox"/> caps. de 100mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 10mg/ml/Idia					
Saquinavir - sqv <input type="checkbox"/> caps. mole de 200mg/Idia					
ARV de Terceira Linha					
Darunavir - dar <input type="checkbox"/> comp. de 300mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 75mg/Idia <input type="checkbox"/> comp. de 600mg/Idia					
Efavirenz - efz <input type="checkbox"/> faiso-emp. de 60mg/ml/Idia					
Etravirez - efz <input type="checkbox"/> comp. de 100mg/Idia					
Maraviroc - mvc <input type="checkbox"/> comp. de 150mg/Idia					
Raltegravir - ral <input type="checkbox"/> comp. de 400mg/Idia					
Tiplanavir - tpr <input type="checkbox"/> caps. de 250mg/Idia <input type="checkbox"/> ml. de sol. oral 100mg/ml/Idia					
12 - Médico Data: ___/___/___ CRM: _____ <small>(assinatura e assinatura)</small>		13 - Farmacêutico responsável Data: ___/___/___ CRF: _____ <small>(assinatura e assinatura)</small>		14 - Recebi em ___/___/___ <small>(assinatura do usuário)</small>	
Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA/MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.					



ORIENTAÇÕES GERAIS											
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preencher o formulário e caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998. 2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será evitada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um recetário médico com informações sobre seu tratamento. ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERA RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS". 	Versão Setembro – 2015										
DETALHAMENTO DOS CAMPOS											
<p>01 - Nome do usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe. 02 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS. 03 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta: Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta 04 - Sexo de nascimento: informar o sexo ao nascimento 05 - Data da exposição: informar a data que ocorreu a exposição de risco. 06 - Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia de transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV. 07 - N° de dias para dispensa: Informar o número de dias de profilaxia dispensado. 08 - Categoria de Usuário: Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário. 09 - Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)^{300mg/150mg} + AZANAVIR^{300mg} + ritonavir^{150mg}, 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher este esquema, basta assinalar um "x" no campo 11 não precisa ser preenchido. 10 - Esquemas Alternativos de PEP: Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" no campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Esquema preferencial para PEP</th> <th style="width: 33%;">Contraindicação ao</th> <th style="width: 33%;">Esquemas alternativos de PEP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">TDF/3TC + ATV/r</td> <td style="text-align: center;">TDF</td> <td style="text-align: center;">AZT/3TC + ATV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ATV/r</td> <td style="text-align: center;">AZT/3TC + LPV/r</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ATV/r e LPV/r</td> <td style="text-align: center;">AZT/3TC + TDF</td> </tr> </tbody> </table> <p>11 - Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multieprimizados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de ARV de terceira linha necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério de Saúde). 12 - Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição. 13 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa. 14 - Dispensa: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.</p>		Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP	TDF/3TC + ATV/r	TDF	AZT/3TC + ATV/r	ATV/r	AZT/3TC + LPV/r	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF
Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP									
TDF/3TC + ATV/r	TDF	AZT/3TC + ATV/r									
	ATV/r	AZT/3TC + LPV/r									
	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF									

Fonte:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/360/novo_formulario_de_dispenca_cao_de_arv_profilaxia_p_82405.pdf



ANEXO E

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		N°	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA			
DEFINIÇÃO DE CASO: Caso o suspeito ou confirmado de violência doméstica/extrafamiliar, 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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data de notificação	
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y 09	Código (IBGE)	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação			
	SP	São Paulo	35030		
	6 Unidade de Saúde ou (outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da Violência	
Hosp. Mun. Mat. Escola Dr. Mário M. A. Silva		2079186			
Dados de Residência	8 Nome do paciente			9 Data de nascimento	
	10 ou idade		11 Sexo	12 Gestante	13 Raça / Cor
	1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim <input type="checkbox"/>		M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade Gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não se aplica <input type="checkbox"/> 6- Ignorado <input type="checkbox"/>	1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 6- Ignorado <input type="checkbox"/>
	14 Escolaridade <input type="checkbox"/>				
	15- Analfabeto 1- 1ª e 4ª séries incompletas de EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª séries incompletas do EF (antigo gírio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo gírio 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				
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
				19 Distrito	
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
		1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	1- Brasil <input type="checkbox"/> 2- Outros <input type="checkbox"/> 3- Não se aplica <input type="checkbox"/>		
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Agravada	31 Nome Social			32 Ocupação	
	33 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/>				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	34 Orientação Sexual <input type="checkbox"/>		35 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/>		
1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbic) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		1- Transvi <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
36 Possui algum tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/>		37 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transorno Mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transorno de Comportamento			
Dados da Ocorrência	38 UF	39 Município de ocorrência		Código (IBGE)	40 Distrito
	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	49 Hora da ocorrência		
		1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	(00:00 - 23:59 horas) :		
50 Local de ocorrência			51 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>		
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
52 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

9/5/06.11.2014

Violência Sexual - Ficha de Notificação Individual - Cód. P. 200



53 Essa violência foi motivada por: 1-Sexmo 2-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 3-Racismo 4-Intolerância religiosa 5-Inferno 6-Conflito geracional 7-Situação de rua 8-Deficiência 9-Outros 05-Não se aplica 09-Ignorado	
54 Tipo de Violência 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
() Física () Tráfico de Seres Humanos () Psicológica/Moral () Financeira/Econômica () Intervenção Legal () Tortura () Negligência/Abandono () Outros () Sexual () Trabalho Infantil	
55 Meio de Agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado () Força Corporal () Obj. Perfuro-cortante () Ameaça /Espantamento () Substância/ () Arma de Fogo () Enforcamento Obj. quente () Outro () Obj. Contundente () Envenenamento	
56 Se ocorreu violência sexual, qual tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado () Assédio Sexual () Estupro () Pornografia Infantil () Exploração Sexual () Outro	
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 Segregação Vaginal () Aborto previsto em lei	
58 Número de Envolvidos 59 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 60 Sexo do provável autor da agressão: 61 Suspeito do uso de álcool	
1-Um () Pai () Ex-cônjuge () Amigo/Conhecido () Policial/Agente de Lei () Mãe () Namorado(a) () Desconhecido(a) () Própria Pessoa () Parceiro () Ex-namorado(a) () Colador(a) () Outros 2-Dois ou mais () Madrinha () Filha () Parceiro/Chefe () Cônjuge () Imbido(a) () Pessoa com relação institucional 3-Ignorado	
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 de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) () Conselho do bôco () Delegacia de Atendimento à Mulher () Rede de Assistência Social (CRAS/ CREAS/ outras) () Delegacia de Atendimento ao bôco () Outras Delegacias () Rede de Educação (Creche, escola, outras) () Centro de Referência dos Direitos Humanos () Justiça da Infância e Juventude () Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de () Ministério Público () Defensoria Pública Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) () Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente () Conselho Tutelar	
64 Violência relacionada ao Trabalho? 65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) 66 Circunstância da Lesão	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado 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 Central de Atendimento à Mulher Disque-denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 0800 61 1997 180 100	
Município / Unidade de Saúde Código da Un. Saúde/CNES São Paulo / Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva 2079186	
Nome Função Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan SVS 06.11.2014	



ANEXO F

 PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE	PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde
---	---	--

RECEITUÁRIO 1º e 2º Via	Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA VILA NOVA CACHOEIRINHA Av. Dep. Emílio Carlos, 3100 - S. Paulo/SP CEP: 02720-200 Telefone: 3986-1000
-----------------------------------	--

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Sexo: () F () M

Uso Interno

Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg----- 01 frasco

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, durante 28 dias.

Atazanavir 300mg----- 01 frasco

Tomar 01 cápsula uma vez ao dia, durante 28 dias.

Ritonavir 100mg----- 01frasco

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, durante 28 dias.

DATA: ____/____/____ _____

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (preenchido pela Farmácia) Nome: _____ Endereço: _____ RG: _____ Tel.: _____



ANEXO G



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____
 Nome: _____
 Mãe: _____
 CNS: _____
 SIS pré-natal: _____
 Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE A INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ OU ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO COM FETO ANENCEFÁLICO

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, Registro Hospitalar nº _____ e/ou representante/responsável legal _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, em conformidade com a resolução/decisão do Supremo Tribunal Federal – STF e com a Resolução nº 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada dos riscos gestacionais, reprodutivos, psicológicos e da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantidos os cuidados de pré-natal de alto risco, apropriados a minha situação decorrente de gestação com feto anencefálico.

Estou ciente de que esta gestação de anencefalia envolve maiores riscos, tais como: polidramnio, doença hipertensiva da gravidez, partos mais difíceis, hemorragias puerperais.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (aborto terapêutico com feto anencefálico), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência, os acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis, além da possibilidade, se necessário, da indução de óbito fetal durante os procedimentos de antecipação terapêutica do parto.

Declaro que fui informada da garantia do direito de sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial e que posso desistir do procedimento a qualquer momento, conforme §1º do artigo 3º da Resolução nº 1989/2012 do CFM: "É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico".

Declaro, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual com feto anencefálico e autorizo a equipe do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha "Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva" a realizar os procedimentos necessários.

Local e data: _____

Assinatura de Paciente

Assinatura do Médico Competente

Assinatura do Representante Legal

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

Nome e Conselho de Classe (ou Classe)
e Assinatura do Profissional

Nome e Conselho de Classe (ou Classe)
e Assinatura do Profissional



ANEXO H

 PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha		ETIQUETA Prontuário: _____ Nome: _____ Mãe: _____ CNS: _____ SIS pré-natal: _____ Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
--	---	--

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ OU ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO COM FETO ANENCEFÁLICO

A Equipe Médica do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Vila Nova Cachoeirinha avaliou o pedido de interrupção de gestação/antecipação terapêutica do parto, fundamentado no diagnóstico de anencefalia fetal apresentado pelos laudos médicos ultrassonográficos e pelo parecer técnico psicológico da usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, Registro Hospitalar nº _____, com _____ semanas de gestação.

Atesta-se que o pedido encontra-se em conformidade com a decisão do Supremo Tribunal Federal – STF e com a Resolução nº 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina. Portanto, **APROVA-SE**, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico e Laudos, a solicitação de interrupção de gestação ou antecipação terapêutica do parto de feto anencefálico formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data: _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Nome e Conselho de Classe (ou Central) e Assinatura do Profissional
Nome e Conselho de Classe (ou Central) e Assinatura do Profissional
Nome e Conselho de Classe (ou Central) e Assinatura do Profissional



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
ANEXO I**

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço _____

ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(es) desconhecido(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcooolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____.

Em caso de agressor(es) conhecido(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo

Meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se / ou não (alcooolizado, drogado).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho/temos a relatar.

Local e data: _____

Nome, identificação e Assinatura

TESTEMUNHAS:

Nome e Registro Profissional (ou Carimbo)
Assinatura Profissional de Saúde

Nome e Registro Profissional (ou Carimbo)
Assinatura Profissional de Saúde



 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p> 	<p style="text-align: center;">ETIQUETA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Prontuário: _____</td></tr><tr><td>Nome: _____</td></tr><tr><td>Mãe: _____</td></tr><tr><td>CNS: _____</td></tr><tr><td>SIS pré-natal: _____</td></tr><tr><td>Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</td></tr></table>	Prontuário: _____	Nome: _____	Mãe: _____	CNS: _____	SIS pré-natal: _____	Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____							
Nome: _____							
Mãe: _____							
CNS: _____							
SIS pré-natal: _____							
Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____							
<p>PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ANEXO II</p> <p>PARECER TÉCNICO</p>							
<p>Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.</p> <p style="text-align: center;">Local e data: _____</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px;"><p>Nome e CPM (ou Cartão) Assinatura Médico</p></div>							
1ª Via - Prontuário 2ª Via - Paciente	Violência Sexual - Parecer Técnico - Anexo II - Cód. P 109 A						



 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA Vila Nova Cachoeirinha</p> 	<p style="text-align: center;">ETIQUETA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Prontuário: _____</td></tr><tr><td>Nome: _____</td></tr><tr><td>Mãe: _____</td></tr><tr><td>CNS: _____</td></tr><tr><td>SIS pré-natal: _____</td></tr><tr><td>Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</td></tr></table>	Prontuário: _____	Nome: _____	Mãe: _____	CNS: _____	SIS pré-natal: _____	Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____							
Nome: _____							
Mãe: _____							
CNS: _____							
SIS pré-natal: _____							
Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____							
<p>PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ANEXO III</p> <p>TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO</p>							
<p>Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder”, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada pela usuária _____,</p> <p>portador do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação.</p> <p>Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.</p> <p>Local e data: _____</p> <p style="text-align: center;">RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO</p> <p>Equipe multiprofissional:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%;">Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional</td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%;">Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional</td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%;">Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional</td><td style="width: 50%;"></td></tr></table>		Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional		Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional		Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional	
Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional							
Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional							
Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional							
1ª Via - Prontuário 2ª Via - Paciente	Violência Sexual - Parecer Técnico - Anexo II - Cód. P 109 A						



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
ANEXO IV

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____
_____, portadora
do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou
legalmente representada por _____,
portador(a) do documento de identificação tipo _____ nº _____,
assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica
e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as
informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual
do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário Moraes
Altenfelder Silva” **NÃO** correspondam à legítima expressão da verdade

Local e data: _____

Assinatura da Paciente

1ª Via - Prontuário
2ª Via - Paciente

Violência Sexual - Termo de Responsabilidade - Anexo IV- Cód. P 117.A





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____
Nome: _____
Mãe: _____
CNS: _____
SIS pré-natal: _____
Sector: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, n° _____ registro hospitalar n° _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ n° _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis,

Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual e autorizo a equipe do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha "Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva" aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Ass. da Paciente

TESTEMUNHAS:

<p>Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional Saúde</p>	<p>Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura Profissional Saúde</p>
--	--

1ª Via - Prontuário
2ª Via - Paciente

Violência Sexual - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Interrupção de Gravidez - Anexo V- Cód. P 111 A

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.*
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.*
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.*