PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual: abordagem multidisciplinar - 3ª Ed.

(versão preliminar abril/2021)

VERSÃO PRELIMINAR

Curitiba
2021

Beto Preto
Secretário Estadual de Saúde

Nestor Werner Junior
Diretor Geral

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Coordenadora de Promoção da Saúde

Carla Konieczniak Aguiar
Chefe da Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais

Merari Gomes de Souza
Tatiana Gomara Neves
Equipe Técnica da Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais

VERSÃO PRELIMINAR

Curitiba
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

VERSÃO PRELIMINAR

AUTORES

Grupo de Trabalho (GT) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) composto por:

Merari Gomes de Souza
Enfermeira - Mestre em Saúde Coletiva – Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais.

Carla Konieczniak Aguiar
Assistente Social - Especialista em Saúde Pública - Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais.

Rosane Souza Freitas
Assistente Social - Mestre em Políticas Públicas - Divisão de Promoção da Equidade em Saúde.

Jessica Oliveira de Lima
Enfermeira - Especialista em Gestão da Saúde - Gerência de Atenção Primária.

Sidneya Marques Svierdsovski
Enfermeira - Especialista em Controle de Infecção Hospitalar, Educação em Saúde para a Enfermagem, Regulação e Auditoria, Apoio Institucional com ênfase na Atenção Básica e Análise de Situação de Saúde - Gerência de Atenção Primária.

Laurina Setsuko Tanabe
Enfermeira - Especialista em Epidemiologia para o monitoramento e Resposta às Emergências em Saúde Publica e Analise de Situação de Saúde Publica – Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços.

Elide Sbardellotto M. da Costa
Médica - Mestre em medicina interna, MBA em gestão de saúde e em doutoramento – Divisão de Saúde da Família.

Andréia Clerice da Silva Barbosa
Enfermeira - Gerência de Atenção à Urgência.

Frederico Alves Dias
Farmacêutico - Mestre em Saúde Coletiva - Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR).

Marcio Rodrigo Schoenherr Farmacêutico - Mestre em Assistência Farmacêutica- Secção de Assistência Farmacêutica da 4ª Regional de Saúde - Irati.

Gabriela Pereira Afonso
Odontóloga - Especialista em Saúde Pública – Divisão de Saúde Bucal.

Mariane Rodrigues de Melo
Odontóloga - Divisão de Saúde Bucal.

Marisa da Costa
Psicóloga – Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Cidadania – Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

VERSÃO PRELIMINAR

Camila dos Santos Menezes
Psicóloga - Especialista em Terapia Cognitiva Comportamental da Divisão de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

COLABORADORES

Ândrea Carmen Mattos
Enfermeira - Especialista em Saúde Publica - Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Crônicas e Tabagismo da SESA/PR.

André Ribeiro Langowski
Médico - Direção do Instituto Médico Legal (IML) da Secretaria Estadual de Segurança Pública do Paraná (SESP/PR).

Daniele Baltazar
Farmacêutica Bioquímica **-** MSc. Setor de Biologia Molecular do Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

Fernanda Crosenwski
Enfermeira - Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunizações do Paraná da SESA/PR.

Irina Nastassja Riediger
Farmacêutica Bioquímica - PhD - Divisão de Laboratórios de Epidemiologia e Controle de Doenças do Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

José Antônio Leprevost Neto
Médico Legista do IML da SESP/PR.

Juliana Neves Bachim
Farmacêutica Bioquímica-Setor Imunologia do Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN/PR).

Lívia Brodbeck
Defensora Pública e Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Diretos da Mulher do Estado do Paraná (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Paraná.

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski
Advogada - Mestra em Direito - Co-coordenadora do Comitê Latino-Americano e do Caribe de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM/Brasil), Vice - Presidente da Comissão de Estudos sobre Violência de Gênero (CEVIGE-OAB/PR).

Vanessa Fogaça Prateano
Assessora Jurídica do Núcleo de Promoção e Defesa dos Diretos da Mulher (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Paraná.

Vera Lucia Machado Calliari
Enfermeira -Especialista em Epidemiologia para o monitoramento e Resposta às Emergências em Saúde Publica - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde da SESA/PR.

Vera Rita da Maia
Enfermeira - Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunizações da SESA/PR.

VERSÃO PRELIMINAR

SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO PARANÁ:

Ana Paula Marson
Psicóloga - Mestre em Psicologia Clínica - Responsável pelo setor de psicologia do serviço de referência na atenção à pessoa em situação de violência sexual do HURNP/UEL.

Juarez Marques de Medeiros
Psicólogo do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do CHC/UFPR.

Maria Cristina Dias de Lima
Assistente Social da Maternidade e do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do CHC/UFPR.

Renicler Oliveira de Assis
Assistente Social - Especialista em Administração Pública e em Administração Hospitalar do Serviço de referência na atenção a Pessoa em Situação de Violência Sexual do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Rosires Pereira Andrade
Médico – Professor Titular de Reprodução Humana do Setor de Ciências da Saúde da UFPR - Gerente de Ensino e Pesquisa - Complexo Hospitalar de Clinica (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

REVISORES

Cléia Elisa Lopes Ribeiro
Médica Infectologista - Programa Municipal de IST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e do serviço de infectologia do Complexo Hospitalar de Clinicas da Universidade Federal do Paraná.

Dora Yoko Nozaki Goto
Enfermeira - Mestre em Enfermagem – Divisão de Vigilância de Informações da SESA/PR.

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Nutricionista - Mestre em Alimentação e Nutrição - Coordenadoria de Promoção da Saúde da SESA/PR.

Rafael Mialski
Médico infectologista do CHC/UFPR e Médico Legista do IML da SESP/PR.

Roseli Moraes Viana
Enfermeira - Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

VERSÃO PRELIMINAR

ORGANIZAÇÃO

Merari Gomes de Souza
Enfermeira - Mestre em Saúde Coletiva - Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais

AGRADECIMENTOS

Aos integrantes do Grupo de trabalho, por todo empenho e dedicação, por permanecerem motivados por todo o processo até conclusão da proposta.

A todos os colaboradores e revisores que contribuíram para o embasamento e validação do Protocolo. Agradecimento à Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde Maria Goretti David Lopes, por propiciar espaço e apoiar a proposta. Não basta que a equipe técnica esteja motivada, é necessário o apoio e o fortalecimento da gestão.

ILUSTRAÇÃO

Julia de Moraes Hiracava

DIAGRAMAÇÃO

Juliana Scheller – Núcleo de Comunicação da SESA

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ABORDADOS NO INSTRUTIVO VIVA.....18

FIGURA 02 - MANIFESTAÇÕES ORAIS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS APRESENTADAS EM SITUAÇÕES DECORRENTES DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....35

FIGURA 03 - ETAPAS DA ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....37

FIGURA 04 - FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....39

FIGURA 05 - AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....43

FIGURA 06 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL.....44

FIGURA 07 - SITUAÇÕES EM QUE A IMUNOPROFILAXIA CONTRA A HEPATITE B E ANTITETÂNICA DEVERÃO SER CONSIDERADAS.....47

FIGURA 08 - FLUXOGRAMA DE CONDUTA PÓS-EXPOSIÇÃO - ADMINISTRAÇÃO DA PROFILAXIA PARA HEPATITE B E IMUNOGLOBULINA ANTI- HEPATITE B EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....48

FIGURA 09 - FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP).....50

FIGURA 10 - ESQUEMA DE CONDUTA PROFISSIONAL FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....59

FIGURA 11 - ESQUEMA DE PROCEDIMENTO DE JUSTIFICATIVA E AUTORIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI.....60

FIGURA 12 - EXAMES LABORATORIAIS E TESTE RÁPIDO RECOMENDADOS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....64

FIGURA 13 - FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....65

FIGURA 14 - FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE HIV NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....67

FIGURA 15 - FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS COM UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS TREPONÊMICOS.....69

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - PROFILAXIAS DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....46

QUADRO 02 - ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL INDICADO PARA ADULTOS (PEP).....51

QUADRO 03 - ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL ALTERNATIVO INDICADO PARA ADULTOS (PEP).....51

QUADRO 04 - ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL INDICADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (PEP), SEGUNDO FAIXA ÉTARIA.....52

QUADRO 05 - ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PREFERENCIAL INDICADO PARA GESTANTES (PEP).....53

QUADRO 06 - ESQUEMA DE TRATAMENTO INDICADO PARA PESSOA COM IST.....55

QUADRO 07 - ESQUEMA PROFILÁTICO ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....57

QUADRO 08 - REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....62

QUADRO 09 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS (Ag-Ab) SOROLÓGICOS PARA HEPATITE B.....66

QUADRO 10 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS PARA HEPATITE C.....67

QUADRO 11 - RESUMO DA INVESTIGAÇÃO DE HIV NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.....68

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

3TC	Lamivudina
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AE	Anticoncepção de Emergência
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
ATV	Atazanavir
ATV/r	Atazanavir+Ritonavir
AZT	Zidovudina
Beta HCG	Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana
BO	Boletim de Ocorrência
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CHO	Contraceptivo Hormonal Oral
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIEs	Centros de Referência para imunobiológicos Especiais
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DRV	Darunavir
DRV/r	Darunavir+Ritonavir
DTG	Dolutegravir
EFZ	Efavirenz
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HBIG	Imunoglobulina Anti-hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IGHAHB	Imunoglobulina Humana Anti-hepatite Tipo B
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção SexualmenteTransmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LPV	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir+Ritonovir
MS	Ministério da Saúde
NUDEM	Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Paraná
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNH	Política Nacional de Humanização

VERSÃO PRELIMINAR

PNI	Programa Nacional de Imunizações
PVHIV	População Vivendo com HIV/aids
RAL	Raltegravir
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
RTV	Ritonavir
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SESA/PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SESP	Secretaria de Estado de Segurança Pública
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCD4	Linfócitos $TCD4^+$
TDF	Tenofovir
UBS	Unidade Básica de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica

VERSÃO PRELIMINAR

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

OBJETIVO GERAL 16

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16

CAPÍTULO1 - CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRECEITOS ÉTICO-LEGAIS 17

1.1 VIOLÊNCIA SEXUAL 17

1.2 TRABALHO EM EQUIPE: MULTIDISCIPLINARIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, TRANSDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE 19

1.3 ACOLHIMENTO 20

1.4 PRINCÍPIOS GERAIS E PRECEITOS ÉTICOS 21

1.5 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES COMUNS A TODOS DA EQUIPE 22

CAPÍTULO 2 - ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS 28

2.1 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM 28

2.1.1 AUXILIAR, TÉCNICO DE ENFERMAGEM E ENFERMEIRO 28

2.1.2 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO 29

2.2 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO 29

2.3 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PSICÓLOGO 30

2.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL 31

2.5 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO FARMACÊUTICO 33

2.6 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CIRURGIÃO-DENTISTA 33

2.7 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO GESTOR DE SAÚDE NO ÂMBITO ESTADUAL E MUNICIPAL 35

CAPÍTULO 3 – ETAPAS DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 37

3.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 38

3.1.1 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E COMUNICAÇÃO ÀS AUTORIDADES EXTERNAS NAS SITUAÇÕES DE CASOS SUSPEITOS E OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA 40

3.2 ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 41

3.2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) 42

3.2.2 SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 44

3.3 PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): PROFILAXIAS E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE) 45

VERSÃO PRELIMINAR

3.3.1 HEPATITES VIRAIS E TÉTANO 47

3.3.1.1 PROFILAXIA DA HEPATITE B E TÉTANO 47

3.3.1.2 HEPATITE C 49

3.4.1 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DA INFECÇÃO PELO HIV 49

3.4.1.1 ESQUEMAS ANTIRRETROVIRAIS (PEP) RECOMENDADO PARA ADULTOS 51

3.4.1.2 ESQUEMAS ANTIRRETROVIRAIS (PEP) RECOMENDADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 52

3.4.1.3 ESQUEMAS ANTIRRETROVIRAIS (PEP) RECOMENDADO PARA GESTANTES 53

3.4.1.4ORIENTAÇÕES A SEREM ADOTADAS FRENTE AO USO DA PEP 53

3.5.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS 54

3.5.1.2 TRATAMENTO PARA AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) 55

3.5.1.3 ORIENTAÇÕES A SEREM ADOTADAS FRENTE AO USO DO TRATAMENTO 55

3.5.1.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS 56

3.6 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ 56

3.6.1 INDICAÇÃO ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE) 56

3.6.2 ESQUEMA DE PROFILAXIA PARA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA 57

3.6.3 ORIENTAÇÕES A SEREM ADOTADAS FRENTE AO USO DA AE 57

3.7 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL FRENTE À OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ 58

3.7.1 INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL 59

3.8 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PADRONIZAÇÃO DE EXAMES, INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS E IST 61

3.8.1 ATRIBUIÇÃO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) 62

3.8.2 EXAMES LABORATORIAIS PADRONIZADOS 64

REFERÊNCIAS 70

ANEXOS 73

APÊNDICES 85

VERSÃO PRELIMINAR

APRESENTAÇÃO

Este documento tem caráter técnico-científico e destina-se aos profissionais e gestores dos serviços de saúde de atenção à pessoa em situação de violência sexual no Paraná. Trata-se da atualização do Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual (2018), com ênfase na abordagem multidisciplinar. A 3ª edição é resultado de um processo de trabalho participativo, envolvendo um grupo de profissionais dos mais diversos setores da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), coordenado pela área técnica da Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações intersetoriais, além de contar com a colaboração de profissionais de diversos outros serviços que atuam no atendimento às pessoas em situação de violência.

A elaboração deste protocolo foi fundamentada no conceito ampliado de saúde com foco na integralidade da atenção, interdisciplinaridade e intersetorialidade, a fim de fortalecer os serviços no Estado do Paraná, por meio do aprimoramento e da articulação de ações que vão além do modelo biomédico, curativo e de prestação de cuidados. A iniciativa representa um importante avanço, e reafirma os princípios da transversalidade e intersetorialidade das políticas, por meio da integração, ampliação do acesso, atendimento humanizado e integral sob o olhar multidisciplinar.

Há muitos desafios a serem enfrentados frente ao combate às violências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que esse instrumento contribua para o aperfeiçoamento e a implementação de ações e estratégias, bem como possa ser utilizado para compreender e subsidiar intervenções individuais e coletivas que minimizem o impacto desse agravo na população.

VERSÃO PRELIMINAR

INTRODUÇÃO

A violência é considerada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) uma questão multidimensional, que resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva das pessoas em situação de violência e demais membros da família, tornando-se um problema de relevância em saúde pública. A atenção às pessoas em situação de violência sexual requer um trabalho multiprofissional e articulado em rede de atenção à saúde e de proteção social (DAHLBERG e KRUG, 2006, PARANÁ, 2018a).

No ano 2019 foram notificados 40.784 mil casos de violência interpessoal e autoprovocada no Paraná, sendo que 76,3% destes ocorreram na residência. Em relação à violência sexual foram notificados no Estado 4.337 casos, sendo que 66% dos registros foram de estupro (PARANÁ, 2020). Informações estas que apontam a necessidade de implantação e implementação de estratégias intersetoriais contínuas de prevenção, de organização de serviços que garantam o acolhimento humanizado e integral, e do seguimento e acompanhamento da pessoa em situação de violência sexual.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o investimento em ações pautado no conceito de integralidade em suas atividades diárias é uma estratégia essencial, a fim de dialogar e participar ativamente como atores envolvidos no cuidado, com vistas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2017a).

O trabalho multidisciplinar abordado pela saúde pública prima pela ação coletiva e integral, sendo comprovado que esforços articulados por profissionais das mais diversas áreas são necessários para solucionar aquilo que rotineiramente é considerado um problema de apenas um profissional. Assim, uma intervenção coletiva desempenha um papel importante na resolução do caso, visto que as várias abordagens têm o potencial de produzir reduções relevantes da violência (DAHLBERG e KRUG, 2006).

Uma equipe multidisciplinar bem estruturada poderá ser utilizada como estratégia para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. A abordagem multidisciplinar apresenta avanços significativos para a evolução e bom prognóstico do paciente, portanto, isso significa unir profissionais de diferentes vertentes para que possam trabalhar em conjunto, engajados num objetivo comum.

Diante da complexidade envolvendo a temática é necessário disponibilizar uma ferramenta norteadora, a fim de amparar as equipes na tomada de decisão, com vistas à prevenção e ao enfrentamento da violência sexual. Além disso, uma ferramenta pautada na qualidade do cuidado, bem como no respeito às singularidades é uma estratégia que visa à intervenção e ao diagnóstico precoce que resultem em benefícios clínicos, humanísticos e econômicos.

Portanto, este protocolo visa sistematizar o método de trabalho no cuidado integral à pessoa em situação de violência sexual na perspectiva da assistência humanizada pautada na excelência e qualidade do cuidado em tempo hábil e oportuno. A conduta alinhada por

VERSÃO PRELIMINAR

intermédio de protocolo instituido permite o alcance de melhores resultados e prognósticos, o gerenciamento de recursos humanos e financeiros, além disso, a diminuição de custo num processo de trabalho ineficaz e desgastes desnecessários (DAHLBERG e KRUG, 2006, WERNECK et al, 2009).

Diante disto, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) por intermédio da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Promoção da Saúde e Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais, tem como missão estratégica promover a saúde, o enfrentamento e a prevenção à violência sexual em todas as fases do ciclo da vida, bem com assessorar os municípios para que desenvolvam estratégias e ações, articuladas com todos os equipamentos da rede de saúde e de proteção, a fim de garantir à pessoa em situação de violência sexual uma assistência de qualidade em tempo hábil e oportuno em todos os pontos de atenção.

OBJETIVO GERAL

- ✓ Propor diretrizes e fluxos organizados, direcionados aos profissionais e estabelecimentos de saúde de atenção à pessoa em situação de violência sexual, com a finalidade de implementar e aperfeiçoar as ações de prevenção, assistência e vigilância, considerando as características epidemiológicas, diversidades e singularidades do território do Paraná.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Aprimorar a comunicação entre os mais diversos profissionais que atuam na atenção à pessoa em situação de violência sexual nos estabelecimentos de saúde, a fim de fortalecer as ações intersetoriais e interinstitucionais, quanto à metodologia do cuidado integral e humanizado;
- ✓ Subsidiar e fortalecer os profissionais na elaboração de estratégias resolutivas na tomada de decisão e execução das atividades habituais, a fim de qualificar a atenção, minimizar riscos de falhas de avaliação diagnóstica e na conduta terapêutica no enfrentamento da violência sexual;
- ✓ Preconizar e orientar os profissionais da saúde, gestores e serviços de saúde do estado sobre os preceitos legais (técnicos, éticos e jurídicos) e orientações no que condiz à temática, entre outros, conforme as recomendações do Ministério da Saúde ao cumprimento das políticas públicas de saúde e de proteção social.

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO1 - CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRECEITOS ÉTICO-LEGAIS

1.1 VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual possui um conceito amplo e complexo, apresentando diversos tipos e classificações. Neste protocolo optou-se por utilizar a definição contida no Instrutivo de Notificação de Violência Autoprovocada - VIVA (2016a), que considera violência sexual como:

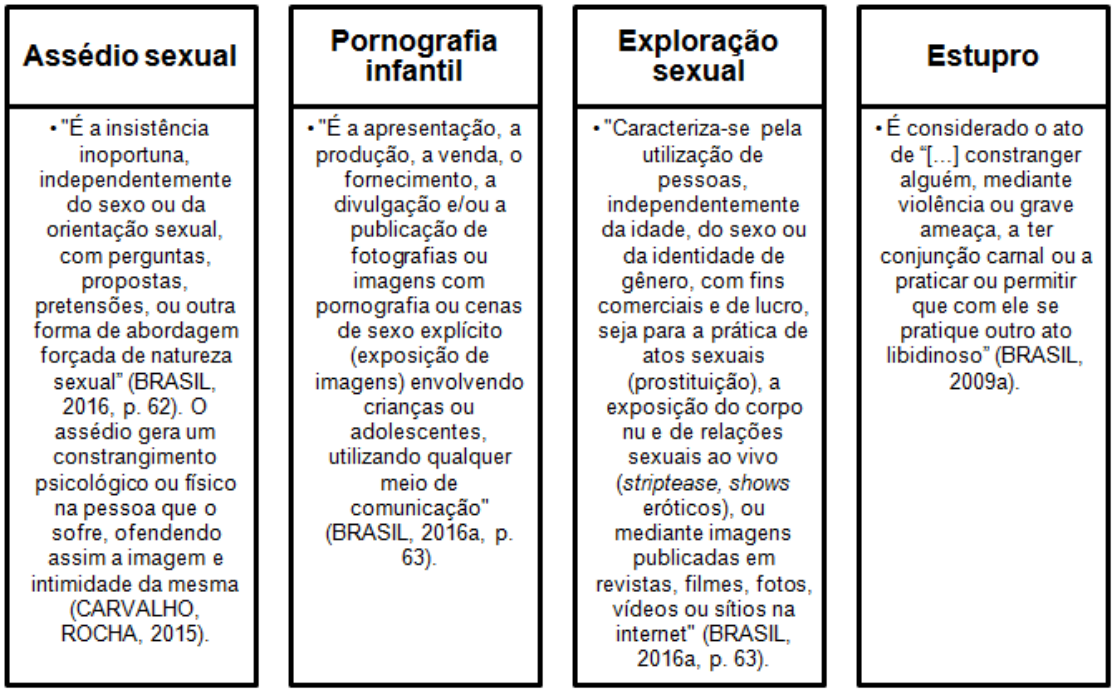
> [...] qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (BRASIL, 2016a, p. 58).

Embora a violência sexual ocorra prioritariamente com pessoas do sexo feminino e aquelas que estão em situação de maior vulnerabilidade como crianças e adolescentes, qualquer pessoa está exposta a sofrer esse tipo de violência. Os episódios de violência sexual contra as mulheres acontecem normalmente no domicílio e são cometidos pelo parceiro, familiares e/ou pessoa conhecida, enquanto que homens sofrem mais violência em locais públicos. Cabe destacar que independente de quem pratique a violência sexual, ela é considerada um crime previsto no Código Penal brasileiro (LABRONICI et al, 2010; BAHIA, 2014, BRASIL, 2016b).

Diversas situações são consideradas violência sexual, dentre elas: assédio sexual, pornografia infantil, exploração sexual, estupro, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, exposição coercitiva a atos libidinosos, ao exibicionismo, à masturbação, dentre outras (BRASIL, 2016a). Na figura 1 serão abordados alguns conceitos dos tipos de violência sexual descritos no instrutivo VIVA (2016) e na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

VERSÃO PRELIMINAR

FIGURA 01 – DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ABORDADOS NO INSTRUTIVO VIVA



FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais (2021)

VERSÃO PRELIMINAR

Vale destacar que as normativas jurídicas consideram o estupro de vulnerável como o ato de "[...] ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos", e ou com pessoas que, "[...] por enfermidade ou deficiência mental, não têm o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência" (BRASIL, 2009a).

Importante considerar que as especificidades históricas, culturais e sociais de alguns grupos os tornam mais expostos à violência sexual. O modo de vida, a raça, a cor e etnia, a questão de gênero, a moradia, o trabalho e renda, são exemplos de aspectos geradores de discriminação e preconceito, e que são muitas vezes expressos na forma de violência, impactando diretamente na saúde. Assim, a população negra, as lésbicas, os gays, os bissexuais, os travestis e transexuais (LGBT), os povos indígenas, e as pessoas em situação de rua, são algumas populações vulnerabilizadas que necessitam ter suas peculiaridades consideradas e respeitadas para a condução do atendimento em caso de situação de violência sexual (POLIDORO e CANAVESE, 2018).

É necessário que os profissionais no acolhimento e atendimento a esse público estejam atentos aos sinais de alerta sugestivos de situações de violência sexual, como por exemplo: mudança de comportamento e medos que não haviam sido notados antes, alteração extrema no humor, rejeição ou proximidade excessiva a alguma pessoa, regressão de comportamento, questões de sexualidade afloradas, alterações de hábito repentinas como na alimentação, distúrbios do sono, alterações físicas, como lesões, equimoses ou dores e

inchaços nas regiões genitais e/ou anal, IST, dentre outros. A presença de tais sinais pode ser um indício de exposição da pessoa a uma situação de violência sexual, em especial se apresentado por crianças e adolescentes. Ressalta-se que tais sinais não são determinantes para o apontamento de tal circunstância, uma vez que cada situação requer atenção por parte da equipe, necessitando avaliar individualmente cada caso em toda a sua totalidade e complexidade (PARANÁ, 2018a; PARANA, 2018b).

1.2 TRABALHO EM EQUIPE: MULTIDISCIPLINARIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, TRANSDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE

Muito se discute sobre os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Os mesmos podem ser confundidos pela similaridade e semelhança, entretanto existem aspectos diferentes sendo importante uma breve contextualização considerando a proposta de trabalho deste protocolo.

O trabalho em equipe é uma opção a ser considerada para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, uma vez que propicia a promoção e a interação de categorias profissionais, conhecimentos e habilidades distintas com objetivo de um cuidado integral do usuário. Essa modalidade de atuação constitui um desafio para os profissionais de saúde, principalmente diante das práticas hierarquizadas e fragmentadas estabelecidas historicamente (FIGUEIREDO, 2012; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Há diversas formas de desenvolver o trabalho em equipe no âmbito da saúde, e uma das modalidades apresentadas é a equipe multidisciplinar presente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual. A multidisciplinaridade pode ser considerada a primeira etapa em busca da transdisciplinaridade. A atuação multidisciplinar envolve várias disciplinas ou áreas do saber em prol de um objetivo comum. Na saúde pública ela prima pela ação coletiva e cada profissional cumpre um papel importante, agregando saberes com foco na resolução do caso, e, coletivamente, as várias abordagens têm o potencial de apoiar o enfrentamento da violência na superação e redução de seus efeitos(BRASIL, 2017a; BRASIL, 2013a; IRIBARYY, 2003; DAHLBERG e KRUG, 2006).

O principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades (disciplinas) que englobam conhecimentos e qualificações distintas. Assim, a integração da equipe é imprescindível para o atendimento e o cuidado, bem como o alcance da amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde (COSTA, 2007).

A transdisciplinaridade não é um modelo superior aos outros formatos de atuação, mas deve ser entendido como um caminho a ser trilhado. Essa conformação de trabalho aborda a interação entre as disciplinas, promove o diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento e

VERSÃO PRELIMINAR

seus dispositivos, visando cooperação entre as diferentes áreas. É necessário que cada profissional tenha domínio em sua área de saber, esteja em sintonia e compartilhe esse conhecimento com os demais integrantes da equipe para o alcance da transdisciplinaridade. Além disso,a construção e a troca do conhecimento entre os profissionais transcende a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade (IRIBARYY, 2003).

No sistema público de saúde a atuação multidisciplinar e o trabalho em equipe representam um avanço importante na articulação, organização e reorganização da Rede de Atenção a Saúde (RAS), pautado na integralidade do cuidado, na sistematização da assistência, visando estratégias resolutivas e de excelência que possam gerar impactos no processo saúde-doença, facilitar as relações e interações profissionais e fortalecer as ações desenvolvidas entre as equipes. Apesar da importância da incorporação desta forma de atuação no processo de trabalho das equipes, ainda é um desafio, e há um longo caminho a ser percorrido para sua efetivação (CARDOSO e HENNINGTON, 2011, GALVAN, 2007).

Para além do trabalho das equipes, é necessário a atuação articulada com outros serviços, organizações públicas ou da sociedade civil, entre outras, envolvidas com a temática da violência sexual. Cabe lembrar que uma atuação focada apenas em seu campo de trabalho, ocasiona a fragmentação da assistência prestada, falhas e limitações no processo de trabalho e pouca resolutividade. Assim, com objetivo da garantia de cuidado integral do usuário é fundamental que o trabalho seja desenvolvido em rede, intersetorialmente, de forma integrada e planejada (PAPOULA, 2006; ROCHA, 2020).

IMPORTANTE:

Independente do modelo de trabalho utilizado por cada equipe, o processo deverá ser desenvolvido de forma articulada intra e intersetorialmente com todos os pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS), ser resolutivo e eficaz. Ademais, depende do comprometimento individual e coletivo, bem como dos recursos disponíveis, para assim efetivar o cuidado integral do usuário.

VERSÃO PRELIMINAR

1.3 ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo responsabilidade de todos os integrantes da equipe multidisciplinar que realiza o atendimento à pessoa em situação de violência sexual (BRASIL, 2018a).

O acolhimento não se limita à recepção da demanda pelo sistema de saúde. A prática do cuidado e acolhimento se dá pelo encontro entre sujeitos, trabalhador e usuário, que atuam uns com os outros, encontram-se, escutam-se. É a construção coletiva de uma experiência

comum, solidária e igualitária nas práticas de saúde, com intuito de mudanças de hábitos e quebra de paradigmas, bem como de criação de vínculos e corresponsabilização entre o usuário e o profissional nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2011a; LEITE, 2010, ALEXANDRE et al, 2019).

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos usuários que buscam os serviços de saúde em todos os pontos de atenção da rede, e é parte do processo de trabalho nos serviços de saúde. O acolhimento adequado pressupõe atitude de abertura, empatia, escuta ativa e respeito em relação ao sofrimento humano. É parte primordial do atendimento, pois torna o ambiente seguro e confiável, onde poderá compartilhar as experiências vividas que lhe causaram sofrimento (SOARES, 2005).

É fundamental que o foco do acolhimento seja a pessoa e não a doença, o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por categoria profissional, o acesso do usuário aos serviços de saúde ocorra em todos os pontos de atenção, o atendimento norteado conforme estratificação de risco e a complexidade do caso, bem como o grau de saber e tecnologias necessárias para sua resolução.

1.4 PRINCÍPIOS GERAIS E PRECEITOS ÉTICOS

São princípios gerais e preceitos éticos recomendados a todos os integrantes da equipe em todos os pontos de atenção:

- ✓ Respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, bem como todos os preceitos éticos contidos no código deontológico específico de cada categoria profissional;
- ✓ Atuar sempre com os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, embasados no conhecimento técnico e científico, nos protocolos de referência de “boas práticas”, fundamentando a prática habitual nas evidências disponíveis;
- ✓ Assegurar a ambiência, garantindo a privacidade e proporcionando um espaço adequado para a escuta qualificada;
- ✓ Atender e acolher a pessoa em situação de violência de forma humanizada, buscando compreender o problema e sua origem, respeitando história, gênero, etnia, raça e orientação sexual da pessoa, sem pré-julgamentos ou imposição de valores, estabelecendo uma abordagem respeitosa, postura imparcial e empática, sem juízo de valor, atitudes ou ações que causem revitimização da pessoa acolhida no serviço, possibilitando qualidade na relação entre profissional e usuário ou usuária;
- ✓ Desenvolver atenção centrada nas demandas e necessidades da pessoa em situação de violência sexual em toda a sua integralidade, não restringindo a assistência e o acolhimento somente nas situações de emergência;

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Manter sigilo e confidencialidade sobre as informações relatadas pela pessoa ou seu responsável. Nas situações em que houver a necessidade de compartilhar qualquer informação ou documento com outro profissional ou outro serviço para garantir a continuidade do atendimento, é imprescindível que a pessoa permita esse compartilhamento, bem como tenha ciência sobre os motivos, de forma clara e inteligível. O profissional deve ter ciência que o prontuário de saúde pertence à pessoa atendida, e que a confidencialidade é um direito dela, sendo que a quebra do sigilo pode acarretar em responsabilização ética, administrativa, civil e penal do profissional. O compartilhamento das informações com outros serviços deverá ocorrer mediante o consentimento da pessoa por escrito e com a devida assinatura.

Atenção!
A confidencialidade gera responsabilidades não apenas deontológicas, mas também criminal e civil, conforme os artigos específicos que tratam da questão no código penal e civil, tais como: Código Penal, em seu artigo 154, o Código de Processo Penal, no artigo 207 e o Código de Processo Civil, nos artigos 388, II e 448, II.

1.5 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES COMUNS A TODOS DA EQUIPE

Considerando que a equipe exerce um papel fundamental na detecção e no acompanhamento dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual, ela deverá estar preparada para prestar assistência humanizada e integral, a abordagem deverá ser cordial e acolhedora, livre de atitudes que possam causar constrangimentos à pessoa em situação de violência sexual. Para tanto, segue abaixo algumas atribuições e responsabilidades comuns a todos os profissionais da equipe:

- ✓ Realizar o acolhimento, atendimento e encaminhamento de acordo com a Classificação de Risco e complexidade do caso, avalie e trate as lesões físicas e outras condições clínicas de emergência;
- ✓ Informar a pessoa em situação de violência e ou sua família e ou acompanhante sobre a dinâmica do atendimento no serviço de saúde e os protocolos da instituição, bem como o passo a passo das condutas e dos procedimentos a serem realizados, desde o acolhimento, o exame físico, a coleta dos demais exames, a notificação, o encaminhamento, entre outros e esclareça as dúvidas. É válido orientar sobre a importância do atendimento multidisciplinar, enfatizando a disponibilidade da equipe em prestar suporte;

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Ouvir atentamente o relato do evento de forma a avaliar o risco de morte ou de repetição da violência sofrida. Verifique juntamente com a pessoa em situação de violência a sua rede de apoio familiar e ou rede de relacionamentos, buscando encontrar alternativas para superar a situação atual e prevenir a reincidência de violações de direitos;
- ✓ Realizar uma entrevista aberta. O profissional deverá manter postura aberta, atitude de escuta atenta e atenciosa, de aproximação e respeito, uma vez que aquele momento é mais do que uma simples descrição. É essencial uma atenção especial no acolhimento, no registro detalhado da história e na escuta qualificada. Recomenda-se descrição fidedigna dos fatos, que devem ser registrados em prontuário e devidamente arquivados;

> É necessário que o profissional de saúde tenha atenção especial na identificação, na anamnese, no diagnóstico e ou tratamento de lesões traumáticas, bem como as informações sejam devidamente registradas no prontuário da pessoa. Destaca-se que os registros pertencem à pessoa e podem ser por ela solicitados em circunstâncias relacionadas ao caso, mediante requisição específica e normativas vigentes.

- ✓ Registrar as informações em prontuário de forma clara e objetiva, com letra legível e redigindo o texto de maneira a facilitar o entendimento de toda equipe. Evitando assim, a repetição do relato da história pelo usuário, visto que tal conduta faz com que a pessoa reviva a situação, contribuindo assim com o aumento de seu sofrimento. Importante que o profissional assine o documento ao final do registro;
- ✓ Prestar assistência à pessoa que sofreu violência sexual de forma humanizada e integral, bem como seguir os protocolos de profilaxias e de anticoncepção de emergência, que visam prevenir a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis, além de coleta de exames e vestígios (capítulo 3);
- ✓ Reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente da violência sexual;
- ✓ Na **fase aguda e/ou imediata** (até o 5º dia após a violência sexual) orientar e esclarecer sobre os riscos de exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV, bem como a prevenção, a quimioprofilaxia. Explicar também sobre a importância do início precoce do tratamento para garantia de eficácia. Nos casos de pessoas do sexo biológico feminino orientar sobre os riscos de gravidez e eficácia da Anticoncepção de Emergência (AE). Orientar e realizar coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C, coleta de exames de vestígios pelo perito do Instituto Médico Legal (IML), conforme fluxo pactuado no território. Disponibilizar os medicamentos para profilaxia de IST/HIV conforme prescrição médica, bem como medicamentos de anticoncepção de emergência, nas situações em que houver indicação;
- ✓ Na **fase crônica e/ou tardia** (a partir do 6º dia após o acontecimento da violência sexual) esclarecer e orientar sobre os riscos de gravidez e IST/HIV, explicando que os

VERSÃO PRELIMINAR

medicamentos profiláticos não possuem eficácia plena após 72 horas do evento, tanto para a AE como para os Antirretrovirais (ARV). A quimioprofilaxia para IST e a coleta de sorologias serão prescritas no seguimento ambulatorial. Realizar o teste rápido de urina e/ou de sangue para detecção Beta HCG se houver suspeita de gravidez. Em caso de resultado positivo para gravidez, IST e HIV, acionar e encaminhar ao serviço social ou outro profissional responsável, para receber as devidas orientações, inclusive sobre o protocolo de interrupção de gravidez prevista em lei (tópico 3.7). Solicitar e agendar consulta médica ginecológica imediata na presença de sinais e sintomas importantes de infecção. Após uma semana do atendimento inicial, mensalmente durante seis meses ou sempre que necessário, dar sequência ao atendimento e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS);

O profissional deverá estar atento para as seguintes informações:

Sobre o uso de preservativo durante o ato, o tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), o meio empregado (uso de força física, grave ameaça, coerção, ameaça com armas), o uso de substância química e ou se a pessoa foi dopada, a descrição do agressor(es), se conhecido(s) ou desconhecido(s), a existência ou não de relacionamento, o local e a hora aproximada do ocorrido, a existência de relação sexual prévia, e por fim no caso de mulher em idade fértil, verificar se utiliza algum método contraceptivo, garantindo agilidade às profilaxias e em tempo oportuno.

- ✓ Investigar a conduta adotada pela pessoa após a situação de violência, questionando se tomou banho, se lavou a área genital e ou ducha vaginal e ou anal, se removeu ou inseriu objeto na genitália e ou ânus, se trocou de roupa ou se ingeriu algum medicamento. Além disso, se evacuou nas situações de penetração anal, registrar as informações em prontuário;
- ✓ Avaliar as condições de saúde, psicológicas e emocionais, considerando a especificidades da violência sofrida se foi recente ou tardia, os antecedentes vacinais (hepatite B e tétano), e a importância de investigar hepatite C. Nas situações envolvendo pessoa do sexo biológico feminino deverá ser investigado antecedente ginecológico (data da última menstruação, utilização de algum método anticonceptivo, data da última atividade sexual consentida, gravidez);
- ✓ Orientar quanto à necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais subsequentes à violência, uma vez que pode ter ocorrido contaminação por alguma IST. A rede do SUS fornece preservativos femininos e masculinos, sendo fundamental esclarecer sobre a importância do uso e disponibilizá-los. É importante que os familiares também sejam esclarecidos e orientados, de acordo com a situação e a fase da violência sofrida (aguda e/ou imediato e crônica e/ou tardia), bem como sobre o seguimento do cuidado;

VERSÃO PRELIMINAR

Importante!

O atendimento pelo serviço de saúde à pessoa em situação de violência sexual **NÃO** está condicionado ao registro de Boletim de Ocorrência (BO).

Caso a pessoa **NÃO** queira registrar o BO, sua decisão deverá ser respeitada, **sem prejuízo** ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos.

- ✓ Orientar sobre a importância do registro do BO;
- ✓ Esclarecer a pessoa em situação de violência sexual dos procedimentos necessários para a realização da coleta de vestígios de violência sexual para fins de investigação. Caso a pessoa decida pela coleta, o serviço de referência comunicará a delegacia para esta acionar o IML, e será instaurado processo de investigação policial e eventual ação penal, independentemente do consentimento da pessoa em situação de violência sexual, conforme disposto na Lei 13.718/2018;

Importante!
É preciso esclarecer não somente sobre a possibilidade de coleta do vestígio, mas da necessidade de registro do BO (visa instaurar processo de investigação policial), e de suas implicações legais, para que posteriormente a pessoa em situação de violência não seja surpreendida com a necessidade de comparecer em delegacia de polícia.

- ✓ Para a realização da coleta de vestígios, nas situações em que o atendimento ocorrer no serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual deve-se informar o usuário e ou seu representante legal sobre a possibilidade de realização do procedimento no próprio serviço de saúde. Nas regiões de saúde em que não há sede do IML, ou que não possuam serviço de referência no território, o serviço de saúde que realizar o atendimento acionará a delegacia e posteriormente a pessoa em situação de violência sexual será encaminhada para a realização de atendimento pericial na sede do IML de referência, conforme pactuação local;

Cabe lembrar que os serviços de saúde **NÃO** substituem as responsabilidades da segurança pública, como a medicina legal, pois são funções distintas que devem atuar de forma complementar e integrada.

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Orientar nos casos de gravidez decorrente de violência sexual sobre o direito à interrupção da mesma, conforme a Portaria nº 2.561/2020, e encaminhar para os serviços especializados (tópico 3.7);
- ✓ Realizar a **NOTIFICAÇÃO** individual de violência interpessoal e autoprovocada, de casos suspeitos ou casos confirmados de violência sexual. Ressalta-se que todos os campos da ficha de notificação deverão ser preenchidos. A comunicação à vigilância epidemiológica de referência e o envio da ficha de notificação deverão seguir a pactuação local (tópico 3.1.1);
- ✓ É obrigatório nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes a comunicação ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, sem prejuízo de outras providências legais, podendo-se utilizar o modelo de formulário de comunicação e encaminhamento intra e intersetorial (anexo 02) ou outro instrumento pactuado no território;
- ✓ É obrigatório nas situações de violência sexual contra pessoas idosas e pessoas com deficiência a comunicação aos respectivos Conselhos de Direitos, autoridade policial e Ministério Público, podendo-se utilizar o modelo de formulário de comunicação e encaminhamento intra e intersetorial (anexo 02) ou outro instrumento pactuado no território;
- ✓ Caso a pessoa em situação de violência sexual possua vínculo previdenciário e a violência tenha ocorrido durante o exercício da atividade laboral ou no percurso da residência para o local de trabalho ou trajeto inverso, é necessário que seja realizada a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme prevê a Política de Previdência Social (Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, art. 21, IV, d) ou conforme as orientações da saúde ocupacional e ou saúde do trabalhador da instituição;
- ✓ Atendimentos específicos quando necessários (consultas médicas, atendimento psicológico, social e de outras especialidades), nas situações de violência crônica poderão ser agendados, bem como encaminhamentos para outros serviços da RAS;

> - ✓ Para encaminhamento a outros serviços da rede de atenção e proteção social poderá ser utilizado o Formulário de Comunicação e encaminhamento intra e intersetorial (ANEXO 02), ou outro instrumento similar, ou um relatório detalhado da situação, conforme pactuação local.
> - ✓ A comunicação dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais deverá seguir conforme disposto nas legislações e normativas vigentes.
> - ✓ É Importante entregar uma cópia do documento ao paciente.

- ✓ É imprescindível que a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde, especialmente da APS, esteja inserida na rede de proteção social local, a fim de desenvolver assistência compartilhada, adotar estratégias e construir plano de cuidado a partir de uma

VERSÃO PRELIMINAR

compreensão ampliada do problema com visão integral do indivíduo e do contexto em que ele está inserido;

Atenção!
Recomenda-se que seja realizado contato telefônico com o serviço de destino, dependendo da situação, a fim de agilizar o atendimento e evitar desencontro de informações, bem como o envio dos documentos de encaminhamento por e-mail e/ou conforme pactuação local.

- ✓ Buscar identificar precocemente sinais que indiquem maus tratos e abusos, prestar assistência, realizar acompanhamento e monitoramento por meio de visitas domiciliares em parceria com os demais membros da equipe multidisciplinar, e nos casos em que for pertinente, acionar os demais equipamentos da rede;
- ✓ Realizar e participar de reuniões interdisciplinares para discussão de estudos de casos atendidos no serviço, de modo a subsidiar e qualificar o trabalho dos profissionais no atendimento humanizado dos casos de violência, bem como na elaboração de estratégias de enfrentamento e ações de promoção e proteção à saúde;
- ✓ Desenvolver ações educativas junto às famílias e à comunidade abordando a temática, bem como promover rodas de conversas tendo como pauta esclarecimento sobre prevenção das violências, proteção da saúde, divulgação da rede de proteção e canais de denúncias;
- ✓ Compartilhar a responsabilidade do manejo das situações de violências com os demais integrantes da equipe e gestores, bem como as comunicações do fato a outros órgãos quando pertinente, a fim de proporcionar maior proteção ao profissional notificante. O envolvimento em casos de violência pode gerar receio na equipe por medo de represália e ou retaliações por parte do agressor, bem como devido às demandas judiciais;
- ✓ Monitorar e acompanhar os desdobramentos dos atendimentos e encaminhamentos realizados, estar disponível para dialogar, participar e contribuir no planejamento e ou na execução de ações estratégicas para a promoção da cultura de paz nos territórios.

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO 2 - ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

2.1 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem, dentro de suas competências e habilidades técnicas, em concordância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem editada via Resolução COFEN nº 564 (BRASIL, 2017b), deverá:

2.1.1 Auxiliar, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro

- ✓ Executar as atribuições e responsabilidades comuns a todos os profissionais integrantes da equipe multidisciplinar, conforme o tópico 1.5 deste protocolo;
- ✓ Realizar relatório e anotações das ações de enfermagem, e registros da assistência realizada;
- ✓ Providenciar e administrar os medicamentos (quimioprofilaxia para IST, ARV e AE) de acordo com o prescrito. Orientar e explicar quanto a sua indicação, uso correto, o tempo de tratamento e reações adversas[1];
- ✓ Preparar, explicar, auxiliar e acompanhar o exame físico e ginecológico, inclusive durante a coleta de vestígios, nos casos indicados pelo profissional perito do IML. Nas situações que o profissional enfermeiro possuir o título de especialista em enfermagem forense de acordo com os requisitos da resolução do COFEN nº 577/2018, no uso de suas atribuições poderá realizar a coleta de vestígios;
- ✓ Verificar a situação vacinal mediante conferência em registro na carteira ou sistema de informação, administrar vacina da hepatite B, antitetânica e gamaglobulina (quando indicado). Caso não possua imunobiológicos no serviço, referenciar para a Unidade de Saúde de referência conforme pactuação local;
- ✓ Realizar a coleta de exames laboratoriais, conforme estabelecido no tópico 3.8.2;
- ✓ Realizar teste rápido para o HIV, hepatite B e sífilis, desde que devidamente capacitado e supervisionado por profissional enfermeiro, conforme Parecer Técnico COFEN nº 259/2016;
- ✓ Realizar curativos em ferimentos e lesões, observando a antissepsia e técnica correta.

[1]Orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes

VERSÃO PRELIMINAR

2.1.2 Atribuições e Responsabilidades Privativas do Enfermeiro

- ✓ Estabelecer e implantar processo de trabalho resolutivo, na perspectiva da atenção e cuidado individual e coletivo, por meio da sua prática transversal, a fim de atender às necessidades e às demandas do território;
- ✓ Desenvolver o Processo de Enfermagem, por meio da consulta do enfermeiro, com atenção para todas as etapas: anamnese e exame físico (cefalocaudal), diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação das ações, bem como avaliação, evolução e registros da assistência prestada, conforme preconizado pela Resolução COFEN nº 358 de 2009 (BRASIL, 2009b);
- ✓ Esclarecer o rastreamento de IST preconizado, por meio de aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido;
- ✓ Promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão, capacitar e sensibilizar profissionais sobre a temática.

2.2 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO

Além das atribuições e responsabilidades comuns a equipe multidisciplinar (tópico 1.5), o médico deverá:

- ✓ Realizar o exame clínico e físico, sendo que o exame físico deverá ser meticuloso, com descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica, verificar no mapa tipologia (anexo 04 e 05), bem como descrição minuciosa de vestígios e de outros achados nos exame, entre outras situações observadas durante o exame. Inclusive os exames ginecológicos e urológicos, registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de IST, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas. Descrever as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais. Registrar o achado na ficha de atendimento específica ou se possível fotografar com o consentimento da pessoa;
- ✓ Realizar o exame físico e clínico com a presença de outro (a) profissional de saúde também habilitado para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual. 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, conforme previsto no Código de Ética Médica Brasileiro (Capítulo V, Artigo 31), que cita que é vedado ao profissional “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”;

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Prescrever a utilização de medicamentos para contracepção de emergência, profilaxia de IST e de HIV e preencher o Formulário de Solicitação de Medicamentos/Profilaxia[2], sempre que necessário;
- ✓ Registrar todas as informações cuidadosamente no prontuário de atendimento multiprofissional às pessoas em situação de violência sexual, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado, ou seja, o registro minucioso das informações do prontuário, em situação especifica, permite a realização de uma eventual perícia indireta (documental) pelo profissional do IML.

2.3 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PSICÓLOGO

A Psicologia compreende a violência sexual por meio de diversas abordagens, focando nas repercussões emocionais da pessoa em situação de violência sexual, garantindo seus direitos e proteção integral. O Código de ética do Psicólogo orienta os profissionais para atuação de forma a eliminar qualquer tipo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2005). Inúmeras são as formas de intervenção do psicólogo no atendimento a pessoa em situação de violência, as ações abaixo visam ser um norteador com ênfase na Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência (BRASIL, 2020a). Portanto,o psicólogo deverá:

- ✓ Executar as atribuições e responsabilidades comuns a equipe multidisciplinar (tópico 1.5);
- ✓ Estabelecer vínculo que possibilite a interação com o sujeito, a fim de acessar a sua subjetividade para conhecer recursos psíquicos existentes e que possa subsidiar o processo terapêutico da pessoa;
- ✓ Conhecer a dinâmica familiar em que a pessoa em situação de violência está inserida, a fim de compreender a história de vida e o contexto da violência, bem como dar suporte psicológico;
- ✓ Oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento, ajudando-a a enfrentar os conflitos e problemas inerentes à situação vivenciada;
- ✓ Promover e auxiliar no resgate da autoestima, visto que a pessoa pode apresentar vivências de medo, ansiedade, vergonha, culpa e desesperança, bem como proporcionar condições para o fortalecimento ou regeneração da autoestima e atuar no fortalecimento de individualidade. Sabe-se que grande parte das violências é cometida por agressores que têm relações afetivas e emocionais importantes com a pessoa em situação de violência, sendo importante estar atento e intervir quando necessário;

[2] Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/formulario-de-solicitacao-de-medicamentos-profilaxia

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Orientar a pessoa com gravidez decorrente de violência sexual sobre a possibilidade ou não da sua interrupção (tópico 3.7). Uma das consequências de grande impacto psicológico para a pessoa em situação de violência sexual é a gestação, portanto, uma avaliação e acompanhamento deverão ser adotados considerando o contexto, esclarecendo sobre direitos, respeitando sua autonomia, bem como encaminhamentos necessários.

A saúde mental do usuário deverá ser contemplada, proporcionando o apoio necessário à condução da gravidez decorrente da violência sexual, bem como estender o atendimento a todos os envolvidos na situação (companheiro, pai, mãe, filhos etc). A assistência à pessoa em situação de violência sexual deverá ser alcançada de forma integral, humanizada e não impositiva, visto que o contexto é um evento estressor. Além disso, se o acolhimento não ocorrer de forma ideal pode ocasionar o abandono, sendo assim, é importante construir uma relação de confiança e segurança entre profissionais e usuários, fator este essencial para a adesão, ao acompanhamento e superação da situação vivenciada (MEDEIROS, 2019).

O exercício profissional do/a Psicólogo na atenção às pessoas em situação de violência sexual requer empatia e sensibilidade, devendo atuar de forma integrada com os diversos setores envolvidos.

2.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL

A atuação do profissional de serviço social está direcionada à lógica do direito e da cidadania, considerando os aspectos políticos, econômicos e sociais que possibilitam a garantia do acesso aos bens e serviços necessários para a saúde individual e coletiva, e abarcando os distintos níveis de atenção e de gestão (NOGUEIRA e MIOTO, 2008). Para uma intervenção qualificada no âmbito da saúde, o profissional deverá subsidiar-se nos princípios ético-político do Serviço Social e da reforma sanitária (BRAVO e MATOS, 2008). Além disso, é imprescindível a apropriação da base teórico-metodológica e técnico-operativa da profissão.

O código de ética do assistente social apresenta princípios, direitos e deveres basilares para o exercício profissional, destacando-se, dentre eles: a defesa intransigente dos direitos humanos, o posicionamento em favor da equidade e justiça social, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, a censura de práticas que cerceiam a liberdade, a garantia da democratização da informação, o respeito às decisões do usuário, a utilização de estratégias que contribuam para a desburocratização na relação com o usuário, no incentivo a prática profissional interdisciplinar, o sigilo profissional e a disponibilização de informações apenas quando estritamente necessário (BRASIL, 2012).

Inúmeras são as formas de intervenção, visto que é uma profissão que se apresenta em diversas facetas e contextos, e exige que o assistente social seja persistente, criativo e propositivo. Além das atribuições e responsabilidades comuns a toda a equipe multiprofissional

VERSÃO PRELIMINAR

(tópico 1.5), abaixo estão descritas algumas considerações relevantes para a prática do assistente social, no entanto essas ações não restringem o exercício cotidiano profissional:

- ✓ Realizar o atendimento social de forma humanizada, livre de qualquer preconceito, e considerando o acolhimento e a orientação social como práticas contínuas no cuidado às pessoas em situação de violência;
- ✓ Identificar fatores de risco implícitos e/ou explícitos e fatores de proteção relacionados à pessoa em situação de violência, considerando o histórico e contexto familiar, social e cultural. Caso a pessoa esteja em situação de risco, acionar a rede de apoio ou, excepcionalmente, encaminhá-la para instituição de acolhimento;
- ✓ Observar demandas, decorrentes ou não da situação da violência sofrida, com o intuito de realizar as devidas orientações e encaminhamentos. Identificar aspectos relacionados ao trabalho e renda, direitos previdenciários e trabalhistas, escolaridade, uso de álcool e outras drogas, projetos de vida, perspectivas de futuro, dentre outros;
- ✓ Socializar com a pessoa em situação de violência e/ou seu acompanhante sobre seus diversos direitos sociais, especialmente o direito ao cuidado integral em saúde;
- ✓ Informar a pessoa em situação de violência e/ou seu acompanhante acerca dos recursos disponíveis na instituição, na rede de saúde e na rede intersetorial, que colaboram para a continuidade do cuidado, como por exemplo: disponibilização de medicações, auxílio transporte, dentre outros;
- ✓ Esclarecer à pessoa em situação de violência e/ou seu acompanhante sobre os serviços disponíveis que podem contribuir com a superação da situação da violência vivenciada, como por exemplo: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar (em caso de crianças e adolescentes), Ministério Público, Poder Judiciário, Delegacias de Polícia e Defensoria Pública Estadual;
- ✓ O atendimento social, sempre que necessário, será extensivo a familiares e rede de apoio;
- ✓ Contribuir para o fortalecimento da família e rede de apoio no desempenho de sua função protetiva, rompendo com padrões violadores de direitos.
- ✓ Encaminhar e/ou acionar órgãos competentes, a partir das demandas apresentadas, podendo ser utilizado o formulário de comunicação e/ou encaminhamento intra/intersetorial – saúde (anexo 02), ou outro documento pactuado pela rede;
- ✓ Utilizar instrumentais técnicos que contribuam para a compreensão do caso, da dinâmica sócio-familiar e da superação da situação de violência, como por exemplo: estudo social, visita domiciliar, genograma, ecomapa, atividades em grupo;
- ✓ Em caso de mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual, esclarecer sobre seus direitos e possibilidades existentes, respeitar sua decisão, e realizar os encaminhamentos necessários (Figura 11, tópico 3.7);
- ✓ Promover discussões para estreitamento com os demais integrantes da equipe multiprofissional, dar suporte a equipe diante das dificuldades no manejo das situações de

VERSÃO PRELIMINAR

violência, bem como participar de capacitação continuada que envolve as temáticas da violência e da profissão de Serviço Social.

O exercício profissional do Assistente Social na atenção às pessoas em situação de violência sexual requer sensibilidade e valorização da dimensão subjetiva e social, devendo atuar de forma integrada com os diversos atores envolvidos. É de suma importância a inserção e atuação do assistente social nos diversos espaços sócio-ocupacionais da saúde, visando à garantia dos direitos sociais, universalidade de acesso, justiça e equidade.

2.5 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO FARMACÊUTICO

A assistência farmacêutica deve ser compreendida como uma atividade clínica, com foco central no usuário, estruturando-se assim as ações técnico-assistenciais e técnico-gerenciais (CORRER; SOLER; OTUKI, 2011).

As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2013b). Além das atribuições e responsabilidades comuns a equipe multidisciplinar no (tópico 1.5), o farmacêutico deverá:

- ✓ Auxiliar a equipe multiprofissional na escolha dos esquemas quimioprofiláticos, conforme preconizado pelo PCDT do Ministério da Saúde vigente (BRASIL, 2018b);
- ✓ Orientar a pessoa em situação de violência quanto ao uso e acondicionamento dos medicamentos, adesão ao tratamento, posologias, eventos adversos, interações medicamentosas, entre outras;
- ✓ Garantir o abastecimento, distribuição oportuna dos medicamentos relacionados na prescrição, bem como o armazenamento apropriado e o monitoramento dos respectivos prazos de validade.

2.6 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O cirurgião-dentista apresenta um papel fundamental para detectar casos de maus tratos e violência, pois a maioria das lesões suspeitas encontra-se na região de cabeça e pescoço. O cirurgião-dentista deve ser capaz de identificar lesões provenientes de abuso sexual, uma vez que grande parte das mesmas ocorre nos campos de trabalho deste profissional (ALVES, et al. 2016).

Nas situações de violência praticada contra crianças, na maioria das vezes os agressores evitam levá-las ao médico habitual, dirigindo-se mais facilmente ao dentista para tentar resolver lesões mais visíveis sem levantar suspeitas, alegando terem sido decorrentes de quedas ou outro tipo de acidentes. Grande parte das lesões físicas está localizada na região de cabeça e pescoço, variando de 40 a 60%, sendo que aproximadamente metade das crianças vítimas de abuso sexual

VERSÃO PRELIMINAR

pode apresentar lesões na cavidade bucal independente de ter lesões em seus órgãos genitais (ALVES, et al. 2016).

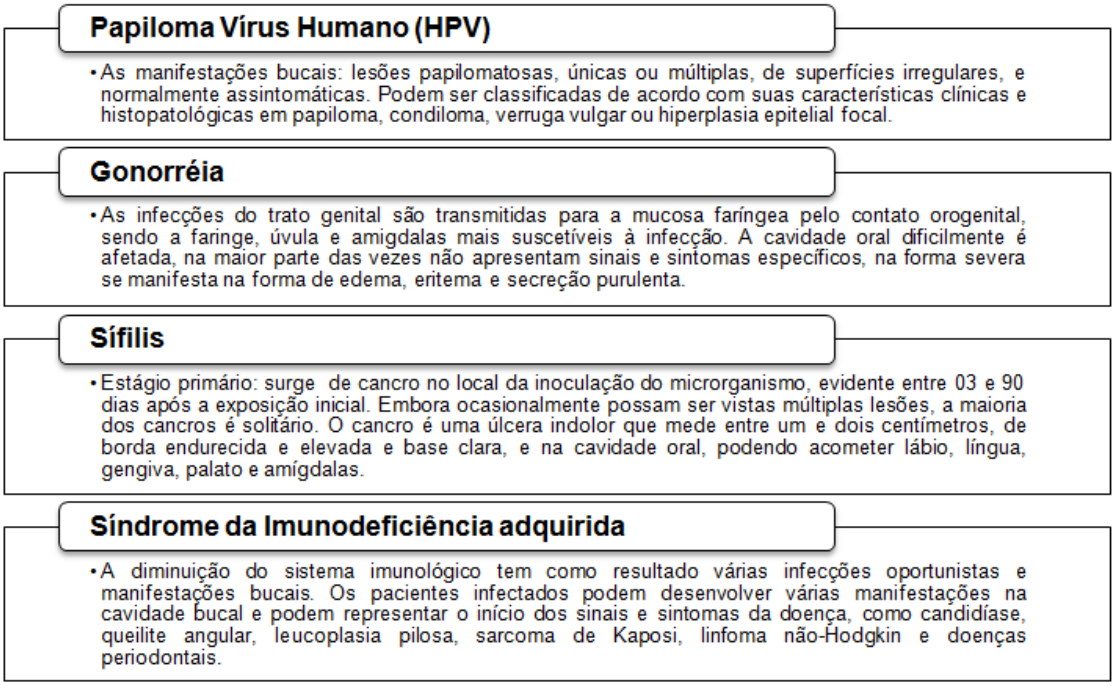
O profissional deve ser extremamente criterioso na sua anamnese, através de informações relatadas pela criança e/ou adolescente e por seus pais ou responsáveis sobre qualquer lesão suspeita presente. É importante que as lesões sejam descritas com o máximo de detalhes possíveis. Recomenda-se que durante o exame físico utilize uma régua milimetrada sobre as lesões para poder registrar o tamanho da área lesionada.

Além das atribuições e responsabilidades comuns a equipe multidisciplinar no (tópico 1.5), o cirurgião-dentista de forma geral deverá:

- ✓ Observar/diagnosticar as infecções do complexo orofacial que podem estar relacionadas ao abuso sexual, como: marcas de mordida rosto e pescoço, lesões em locais improváveis de trauma acidental (bochecha, pescoço), lesões em diferentes estágios de cicatrização (lesões mais antigas com lesões mais recentes);
- ✓ Atentar para atrasos não justificados na procura de cuidados de saúde para as lesões sofridas, dentes fraturados, avulsionados, luxados, intruídos ou necrosados sem explicação adequada, lacerações em lábios e nos freios labiais e linguais, equimoses, petéquias ou eritemas em palato, lesões no assoalho da cavidade oral, hematomas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa, elevado índice de doença cárie, manifestações orais de infecções sexualmente transmissíveis;
- ✓ Garantir o acompanhamento por meio de consultas pré-agendadas e/ou o retorno para seguimento do tratamento odontológico na Unidade de Saúde;
- ✓ Identificar e tratar as lesões e as manifestações orais de infecções sexualmente transmissíveis. Em geral, as lesões se manifestam tardiamente na boca e podem estar relacionadas com episódios anteriores de violência relatados ou não, conforme descrito na figura 02.

VERSÃO PRELIMINAR

FIGURA 02 – MANIFESTAÇÕES ORAIS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS APRESENTADAS EM SITUAÇÕES DECORRENTES DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais (2021)

2.7 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO GESTOR DE SAÚDE NO ÂMBITO ESTADUAL E MUNICIPAL

- ✓ Pactuar serviços de referência de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no território;
- ✓ Promover a capacitação e sensibilização tendo como público os profissionais de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, garantindo espaços de educação permanente, bem como a qualificação dos serviços, com o intuito de garantir assistência resolutiva e de qualidade às pessoas em situação de violência;
- ✓ Integrar políticas de gestão de enfrentamento de violências sexuais municipais e estaduais, implantar comitês intersetoriais voltados à política de prevenção a violência sexual;
- ✓ Desenvolver e implantar protocolos assistenciais para os diferentes níveis de complexidade. Articular/garantir nos Serviços Especializados de Referência para Atenção Integral às pessoas em situação de violência sexual equipe multidisciplinar mínima capacitada para o atendimento, de acordo com o previsto na Portaria nº 485/ 2014 e cadastro no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme os critérios das Portarias nº 485 e 618/2014 do Ministério da Saúde;

VERSÃO PRE

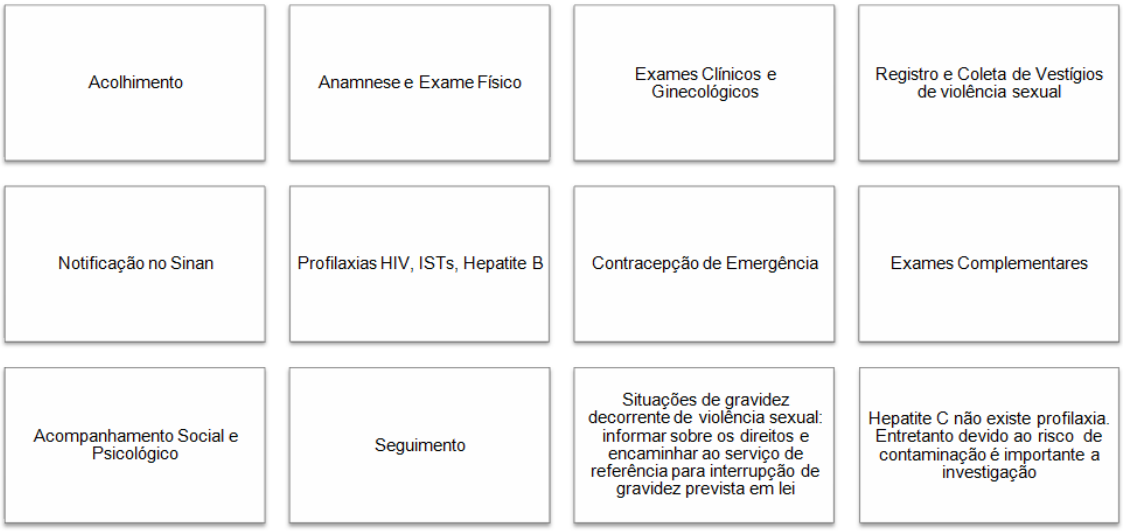
- ✓ Disponibilizar estrutura física adequada, a fim de que seja garantida a necessária privacidade durante os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. Adequar estruturas físicas e equipamentos;
- ✓ Promover agendas para discussões de casos, organização de processos de trabalho, entre outros;
- ✓ Sistematizar o processo de trabalho, elaborar e divulgar fluxos de atendimento, articulados em rede, com objetivo de assegurar a assistência e continuidade do cuidado em toda a sua totalidade;
- ✓ Indicar representante de cada estabelecimento de saúde para participar das reuniões, núcleos, comissões, entre outras, a fim de discutir a temática entre os pares, bem como estratégias de enfrentamento, conforme pactuado no território e calendário estabelecido;
- ✓ Garantir para que os casos de violência sexual sejam notificados imediatamente, em até 24 horas, e a Ficha de Notificação/Investigação Individual preenchida e encaminhada à Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), segundo recomendações da Portaria 204 (BRASIL, 2016c) e posteriormente ser inserida no Sinan, conforme pactuado. Estabelecer fluxos no território, a fim de garantir o sigilo das informações;
- ✓ Identificar pontos de atenção e qualificar todas as unidades para classificação de risco e assistência à pessoa em situação de violência sexual em seu nível de atenção, identificar vazios assistenciais e implantar novos pontos de atenção;
- ✓ Fornecer informações claras, precisas e atualizadas a respeito dos serviços de aborto legal nos casos de violência sexual disponíveis no território, de acordo com cada região e macrorregião.
- ✓ Divulgar estatísticas consolidadas e atualizadas a respeito do número de atendimentos prestados e procedimentos realizados, a fim de permitir aos demais atores da rede auxiliar na promoção e monitoramento das políticas públicas;
- ✓ Garantir a oferta de serviços de interrupção da gravidez prevista em lei decorrente de violência sexual no território (pelo menos cada macrorregião), a fim de garantir que, em situações de indisponibilidade de serviços no município, o usuário seja devidamente encaminhado para atendimento no serviço de referência mais próximo;
- ✓ Garantir que os hospitais de referência de interrupção de gravidez previstos em lei tenham profissionais aptos, qualificados e capacitados para a realização do procedimento, com atendimento em tempo integral.

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO 3 – ETAPAS DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As etapas da atenção às pessoas em situação de violência sexual (APÊNDICE 01) compreendem todo o processo de trabalho e a dinâmica adotada pelas equipes e serviços de saúde nos pontos da RAS de acordo com as competências e responsabilidades, bem como as características específicas de cada território (FIGURA 03). Os estabelecimentos e serviços de saúde, que incluem as unidades de saúde e hospitais de referência, devem articular entre si, traçar estratégias e unir esforços na prevenção da violência sexual e, dentro de suas competências, realizar o diagnóstico, tratamento, monitoramento e seguimento necessários a fim de minimizar os impactos da violência nas pessoas e suas famílias.

FIGURA 03 – ETAPAS DA ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais (2021)

A confidencialidade e a ética devem ser características essenciais e deverão permear todas as etapas do processo de cuidado, desde o acolhimento até o final do atendimento. Cabe ao profissional da saúde estar alerta aos fatores de risco que envolvem o usuário, bem como a sua família, reconhecer e estimular o seu protagonismo no enfrentamento a essas situações de violência.

VERSÃO PRELIMINAR

3.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica é a ciência norteadora das ações de saúde, sendo de sua competência a elaboração do diagnóstico de situação de saúde do agravo violência e a capacidade de propor estratégias de intervenção nos fatores determinantes e condicionantes da saúde no território, na perspectiva da integralidade do cuidado, e a avaliação das intervenções efetivas para a mudança da situação de saúde. Tem papel fundamental na organização e articulação da rede de atenção às pessoas em situação de violências, bem como, na fundamentação de propostas de ações preventivas com foco na promoção da cultura de paz e no enfrentamento de situações de violências baseadas em evidências (BRASIL, 2018a).

A finalidade do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é coletar, gerar e transmitir informações, fornecendo dados para análise do cenário epidemiológico do território, bem como originar informações consolidadas que irão embasar a elaboração de políticas de saúde, avaliação, monitoramento, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população e demais prioridades de relevância em saúde pública (BRASIL, 2016a).

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde, dentre os tipos a violência sexual. É uma das etapas do cuidado (FIGURA 04), com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico deste público específico, identificar os grupos mais vulneráveis, desenvolvendo ações de enfrentamento e prevenção da violência, bem como a elaboração de políticas públicas para a proteção das pessoas em situação de violência sexual.

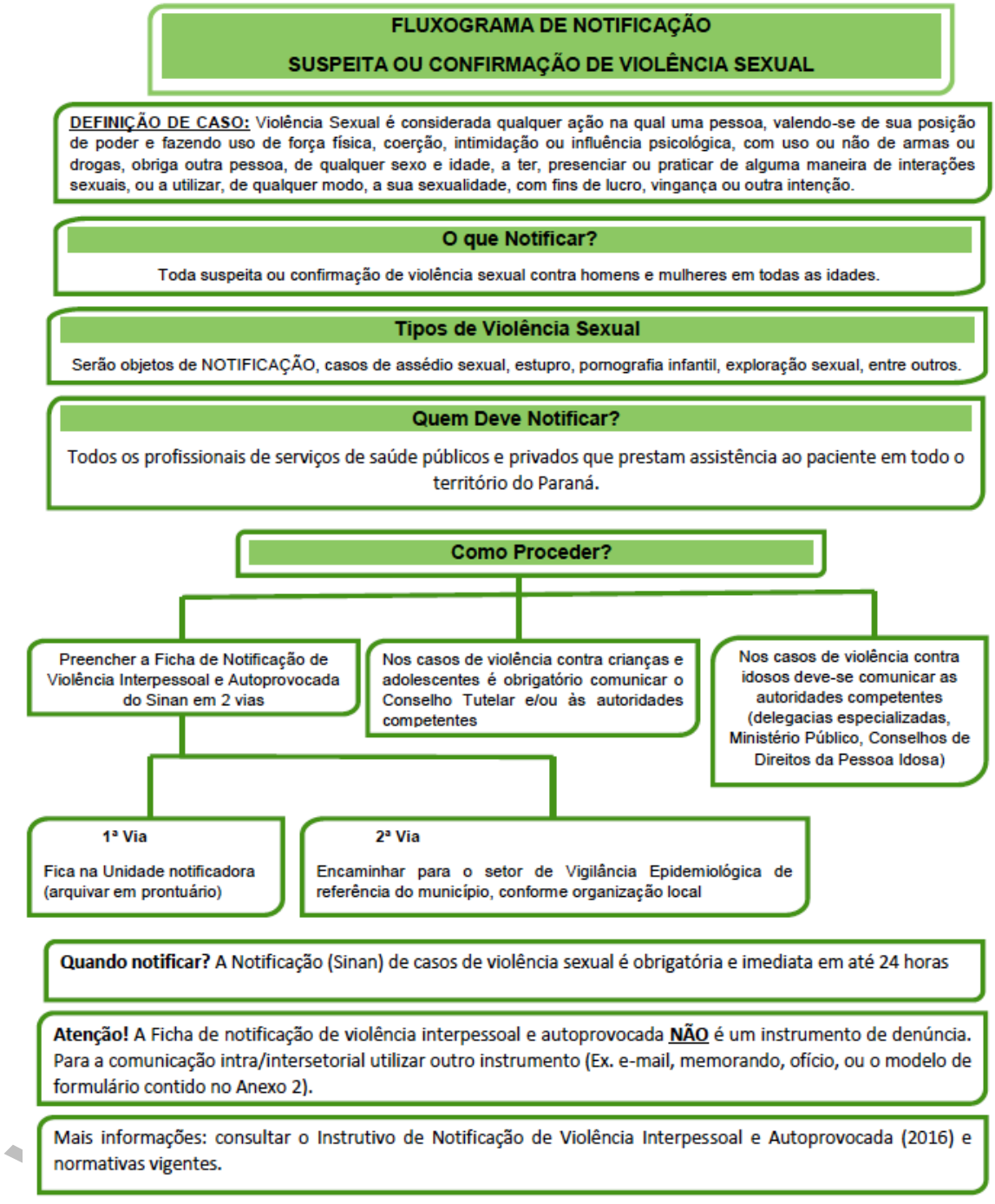
Os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual são de notificação compulsória e obrigatória em território nacional, previsto na Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, sendo que todos os serviços públicos e privados de saúde devem notificar. Precisam ser notificados e registrados no Sinan, utilizando a ficha de notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada (anexo 01).

Importante:

- ✓ Uma vez identificada a situação de violência sexual pelo profissional, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada deverá ser realizada, utilizando a ficha de notificação individual. As informações contidas na ficha de notificação são sigilosas, portanto deverão ser mantidos o resguardo e a confidencialidade dos dados;
- ✓ Ao realizar a notificação do caso, as informações deverão ser objetivas, claras e consistentes, com o preenchimento correto de todos os campos, garantindo assim a completitude e a confiabilidade das informações;
- ✓ Os serviços deverão estar integrados e articulados em rede com foco na integralidade do cuidado em todos os âmbitos (vigilância epidemiológica e assistência).

VERSÃO PRELIMINAR

FIGURA 04 – FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.



FONTE: Adaptado do Instrutivo VIVA (2016)

3.1.1 Notificação compulsória e comunicação às autoridades externas nas situações de casos suspeitos e ou confirmados de violência

É de responsabilidade da saúde, fornecer e propagar informações epidemiológicas qualificadas, com a finalidade conhecer o cenário e o perfil epidemiológico do território, de subsidiar a construção de políticas de saúde pública, bem como garantir os direitos essenciais das pessoas acolhidas nos estabelecimentos de saúde, resguardando sua autonomia (BRASIL, 2013c)

Existem dois tipos de comunicação que se refere à vigilância das violências: notificação e comunicação. A notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada é parte de uma metodologia de comunicação interna no âmbito de saúde pública através da notificação pelos serviços da rede de atenção e posterior alimentação do Sinan com a finalidade de elaboração de políticas de enfrentamento e prevenção das violências. A notificação das violências interpessoal e autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde e não configura instrumento de denúncia, é uma ferramenta primordial para a coleta de dados com fins epidemiológicos (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2020b). A comunicação externa é destinada às autoridades competentes da rede de proteção e da segurança pública (Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos, Delegacias, Ministério Público ou Poder Judiciário, entre outros) é o ato de reportar informações com fins de persecução penal, entre outros.

O acesso às informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional deverá ser mantido em sigilo, exceto nos casos previstos em lei ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2020b). Destaca-se que as informações contidas no prontuário médico não são passíveis de compartilhamento sem anuência do usuário. Ainda que se trate de ordem judicial, será necessário verificar a ocorrência de justa causa, bem como amparo em alguma exceção prevista em lei, conforme discorrem o Código Penal, em seu artigo 154, o Código de Processo Penal, no artigo 207 e o Código de Processo Civil, nos artigos 388, II e 448, II, assim como os códigos de ética profissionais.

Ressalta-se que divulgar eventos que tenha obtido ciência em função do exercício profissional, categoriza violação ao princípio constitucional da tutela à intimidade e a privacidade (art. 5º, I, X, XIV, da CF) e da dignidade da pessoa humana, além disso, o sigilo profissional é uma prerrogativa legal concedida a todos os profissionais que para o pleno exercício de sua profissão devem tomar conhecimento de fatos íntimos da vida de seus clientes, como os advogados, médicos, enfermeiros, dentre outros.

VERSÃO PRELIMINAR

A comunicação é sigilosa e confidencial, exceto em caráter excepcional de grave risco de morte. A comunicação externa sem a anuência do usuário configura quebra de confidencialidade e sigilo, bem como fere os princípios de autonomia e quebra de confiança entre o profissional o usuário (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2020b). A Notificação **NÃO** é uma ferramenta de denúncia.

Em relação à violência de gênero, é de competência da autoridade sanitária do âmbito estadual junto ao órgão de segurança pública estadual definir fluxos para comunicação referente à violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados conforme instituído em legislação vigente.

A comunicação de casos de violência contra a mulher entre os serviços de saúde e segurança pública não devem conter informações que possam identificar o profissional que realizou a ação e ou a pessoa em situação de violência sexual, **exceto** nas situações de risco a pessoa e/ou comunidade, desde que haja anuência da pessoa e/ou responsável legal. De acordo com o MS (2021) as informações registradas na ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual, bem comoo prontuário médico, não devem, em nenhuma circunstância, ser usadas como ferramenta de comunicação entre às autoridades policiais, sob risco de responsabilização administrativa, civil e penal.

Ressalta-se que de acordo com a da Lei nº 10.778, de 2003 “A comunicação dos casos de violência contra a mulher à autoridade policial deverá ser feita: II - Em caráter excepcional, com identificação da vítima de violência, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável, conforme previsto no parágrafo único do art. 3º“. No entanto, não basta unicamente proceder com a comunicação; para o envio de informações à autoridade policial pelos serviços de saúde são necessários a obtenção e o consentimento livre, esclarecido, expresso e por escrito da mulher. Assim, a leitura da portaria, no que diz respeito à comunicação, deve ser feita em conjunto com a Constituição Federal, a Lei Maria da Penha, os códigos de ética profissional e demais legislações e normativas vigentes no sentido de que, além da comunicação, também deve ser obtido o consentimento por escrito da mulher.

3.2 ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A promoção da saúde consiste em ações e intervenções que abrangem os determinantes relacionados aos aspectos comportamentais e de estilo de vida, e também as condições sociais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham. A abordagem da promoção em saúde unificada contribui para a compreensão, enfrentamento das disparidades

VERSÃO PRELIMINAR

em saúde, bem-estar social, e deverá ser centrada na integralidade e humanização do cuidado (KESSLER, 2018).

Os estabelecimentos e serviços de saúde da RAS, bem como da rede intersetorial deverão estabelecer fluxos internos e externos de atendimento, definindo as responsabilidades e competências em cada etapa da atenção, bem como divulgar entre os pares e para a população. É importante a existência de um sistema de referência pré estabelecido de acesso aos serviços, a formação dos recursos humanos, considerando as necessidades da população, a adesão ao tratamento, os aspectos culturais e socioeconômicos do usuário, entre outros (SILVA, 2017).

Os hospitais integrantes do SUS, segundo a Lei Nº 12.845, devem oferecer à pessoa em situação de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, seja na fase aguda e ou tardia, considerando condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar, profilaxias, realização de exames, e demais equipamentos da rede de atenção intersetorial quando pertinente, entre outros (BRASIL, 2013d).

A relevância dos níveis de atenção organizada em rede promove a comunicação e interdependência entre os serviços, com efetiva vinculação e objetivos comuns, garantindo assim o acesso e a oferta de uma atenção contínua, integral e humanizada (BRASIL, 2015).

Os fluxos de compartilhamento e transição do cuidado devem estar configurados de forma resolutiva, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado (BRASIL, 2016a).

É essencial promover a articulação da RAS com as demais redes de proteção social, produzindo conhecimento qualificado e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a promoção da cultura de paz.

3.2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

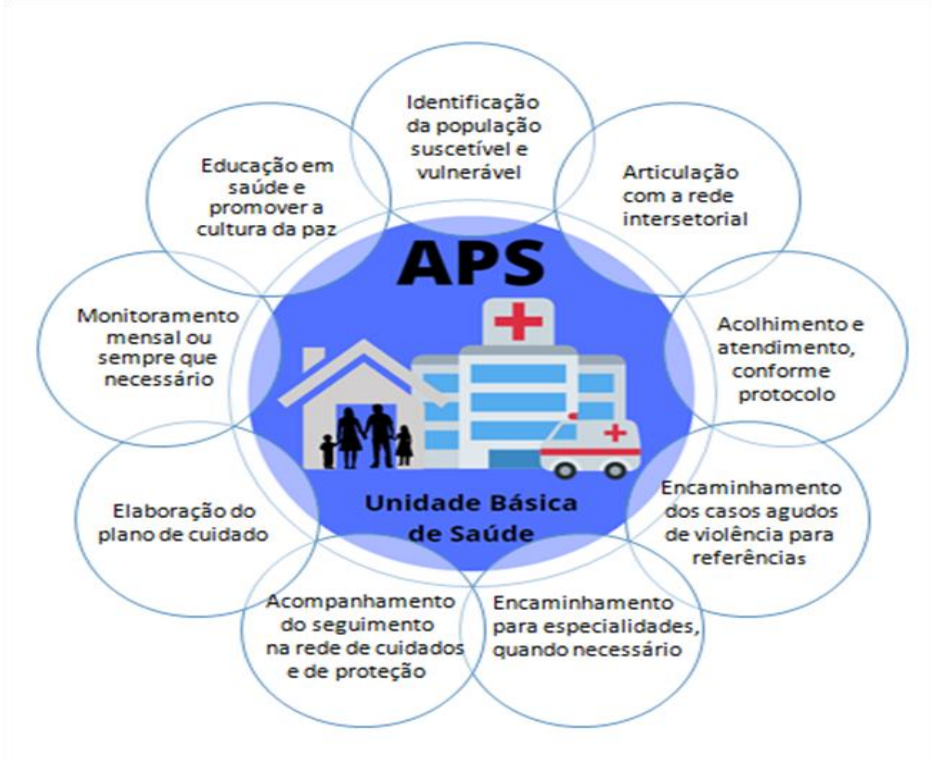
A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na RAS, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

A APS configura-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (BRASIL, 2017b; MATTA E MOROSINI, 2009).

A APS tem o papel fundamental na prevenção, na promoção à saúde e na cultura de paz, bem como na identificação da população suscetível e vulnerável às situações de violência. Além disso, deve acolher e atender, bem como acompanhar a pessoa em situação de violência sexual desde sua entrada no setor saúde, e durante todo o seguimento na rede de cuidados e de proteção (Figura 05).

VERSÃO PRELIMINAR

FIGURA 05 - AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.



FONTE: SESA/DAV/CRAS/Gerência da Atenção Primária (2021)

Nos eventos de violência sexual, caracterizados como **casos agudos**, em que a pessoa busca o primeiro atendimento na unidade de saúde, deverá ser realizado o acolhimento, **administração da anticoncepção de emergência** e encaminhamento para o serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual pactuado, sendo que a conduta adotada na APS deverá ser comunicada ao serviço de referência, bem como manter atualizado os registros em prontuário. Ressalta-se que o transporte sanitário do usuário (a) até o serviço de referencia deverá ser garantido pelo serviço.

Nas situações em que não existir serviço de referência definido, a pessoa deverá ser encaminhada para o hospital referência no atendimento de urgência e emergência no território, conforme preconizado pela Lei 12.845 de 2013.

Já nos **casos tardios** em que o primeiro atendimento ocorre na APS, deverá ser realizado o acolhimento, a notificação e o atendimento, conforme protocolo. O encaminhamento para outros níveis de atenção deverá ser realizado quando as ações extrapolarem a competência da atenção primária, seguindo as pactuações locais. Deverá ser garantida no primeiro atendimento a realização dos exames laboratoriais para rastreamento de IST em 30, 90 e 180 dias e ou conforme protocolo vigente.

Um dos maiores desafios para garantir a qualidade da assistência e a segurança do usuário é conectar as diferentes etapas do cuidado. É fundamental a elaboração de plano de cuidado individualizado que atenda às necessidades específicas de cada indivíduo, bem como

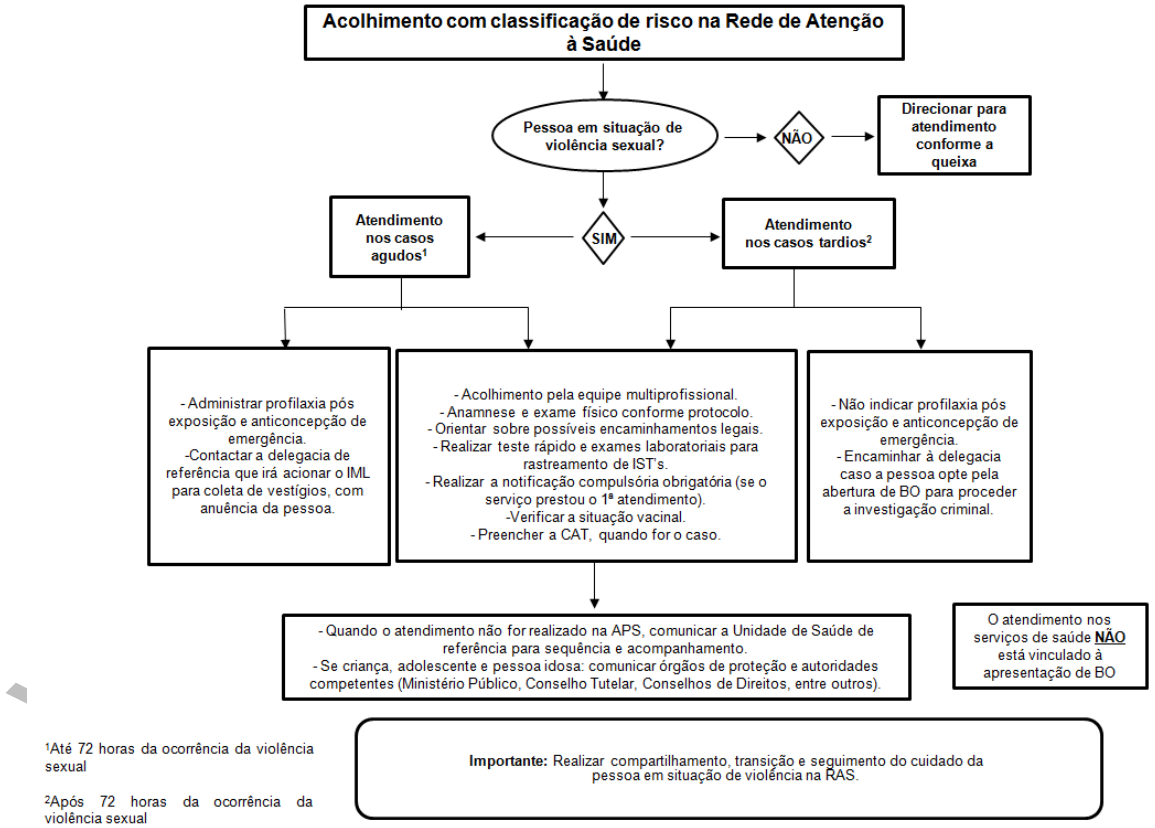
VERSÃO PRELIMINAR

o desenvolvimento de efetiva comunicação entre os pontos de atenção da rede de cuidado e de proteção.

3.2.2 Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Os serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual devem prestar atendimento imediato, a fim de garantir assistência em tempo oportuno e a integralidade do cuidado, de forma humanizada, segura, sigilosa e sem discriminação. A procura pelo serviço poderá ocorrer por demanda espontânea e/ou por encaminhamento de outro serviço da rede intersetorial, entre eles UBS, CREAS, CRAS, delegacias (Figura 06). A equipe deverá ser composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, psicólogo e assistente social, não inviabilizando o atendimento em situação de falta de um ou mais profissionais na equipe (BRASIL, 2013c).

FIGURA 06 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL



FONTE: SESA/DAV/CRAS/Gerência de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar (2021)

O Paraná possui no território Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual distribuídos nas regiões do estado (macro: Norte, Noroeste, Oeste e Leste). Nas localidades que não há serviço de referência pactuado na região, os hospitais integrantes do SUS que compõem a rede de urgência e emergência do Estado,

deverão acolher e realizar o atendimento integral, emergencial e multidisciplinar à pessoa conforme preconizado no protocolo, visando minimizar agravos físicos e psicológicos resultantes da violência sofrida.

A SESA desenvolve estratégias prioritárias, com foco na atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, em parceria com outras secretarias, a fim de minimizar os efeitos da violência na população. Desde 2002 a instituição vem se articulando com a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP) para garantir atendimento humanizado às pessoas em situação de violência, e recentemente foi assinada entre as duas secretarias a Resolução Conjunta 03/2020, que visa o cumprimento deste objetivo, entre outras estratégias.

3.3 PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): PROFILAXIAS E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A profilaxia e a anticoncepção de emergência estão indicadas nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes infecciosos, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade da pessoa em situação de violência sexual. Há que se considerar no acolhimento/atendimento o tempo decorrido do evento para definir o uso da profilaxia, visto que a conduta de abordagem difere em relação ao atendimento **imediato e tardio**, no que condiz a indicação e/ou realização da profilaxia para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, bem com a anticoncepção de emergência, o acompanhamento e o encaminhamento ambulatorial e as ações relacionadas à gestação decorrente da violência sexual. Destaca-se que a fase aguda e/ou imediata compreende o período até o 5º dia após a ocorrência da violência sexual e a fase crônica e/ou tardia, a partir do 6º dia após. O Quadro 01 evidencia os procedimentos a serem realizados pelos profissionais dos serviços frente à exposição à violência sexual e as profilaxias.

VERSÃO PRELIMINAR

QUADRO 01 – PROFILAXIAS DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL

Tempo	0 a 72 horas	73 a 120 horas (4 a 5 dias)	121 a 336 horas	Após 336 horas
Profilaxia	HIV	-	-	-
	Hepatite B	Hepatite B	Hepatite B	-
	Tétano	Tétano	Tétano	Tétano
	IST	IST	IST	IST*
	Contracepção	Contracepção	-	-

FONTE: Adaptado do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Florianópolis, (2016).
NOTA:*Recomenda-se a realização da profilaxia das IST em até 14 dias. Após esse prazo avaliar caso a caso.

Diante da ampla gama de IST, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões (PARANÁ, 2018a). Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar no atendimento: tipo de material biológico envolvido, tipo de prática sexual sofrida (penetração anal, oral, vaginal), idade, quantidade de agressores, tempo de exposição (cárcere privado/sequestro/abuso crônico), condição do hímen (se íntegro ou com rotura cicatrizada ou recente, única ou múltipla), presença de traumatismos genitais, suscetibilidade, lesões prévias em mucosas, presença de IST ao exame.Nas situações que forem prescritas as profilaxias, o profissional deverá:

- ✓ Investigar sintomas de intolerância aos ARV e orientar sobre alimentação adequada e não ingestão dos medicamentos em jejum para redução dos sintomas, bem como ajustar horário da ingestão do ARV de acordo com a rotina da pessoa, para melhorar a adesão ao tratamento;
- ✓ Reforçar a orientação de hiperhidratação, investigar uso de medicamentos que interagem com os ARV quando for o caso, orientar cuidados específicos e fármaco-interação;
- ✓ Reforçar sinais e sintomas de infecção geniturinária, aferir resultado da primeira sorologia coletada, se negativas, informar o resultado. A qualquer alteração no resultado sorológico (positivo ou não conclusivo) encaminhar para infectologista de serviço de referência de infectologia contratualizado e/ou consórcio de acordo com fluxo local definido.

VERSÃO PRELIM

Importante: Para melhor eficácia do tratamento, a quimioprofilaxia do HIV deverá ser administrada nas primeiras horas até as primeiras 72 horas do evento e a anticoncepção de emergência até 05 dias após a atividade sexual (PARANÁ, 2018).

3.3.1 Hepatites Virais e Tétano

3.3.1.1 Profilaxia da Hepatite B e Tétano

A profilaxia para hepatite B e tétano deverá ser considerada pelos profissionais de saúde (FIGURA 07), bem como as recomendações de conduta pós-exposição no que condiz à administração da vacina contra a Hepatite B e imunoglobulina Anti- hepatite B em situação de violência sexual (FIGURA 08). Destaca-se que a administração da vacina não deve estar condicionada a coleta e/ou análise de exames. A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional.

Importante: O profissional deverá investigar o status vacinal mediante registro em carteira de vacinação e/ou sistema de informação.

FIGURA 07 – SITUAÇÕES EM QUE A IMUNOPROFILAXIA CONTRA A HEPATITE B E ANTITETÂNICA DEVERÃO SER CONSIDERADAS

Quando administrar profilaxia HB?	Quando não administrar a profilaxia HB?	Quando administrar a profilaxia tétano?
• Quando houver suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor. • Esquema vacinal incompleto . • Seguir as recomendações contidas no fluxograma de conduta pós exposição deste protocolo e calendário preconizado pelo MS.	• Quando não houver contato com fluídos corpóreos. • Status vacinal do agressor conhecido, esquema vacinal está completo mediante consulta à carteira de vacinação. • Uso de preservativo durante todo o ato de violência sexual. • Casos de violência crônica (geralmente intrafamiliar), a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomandada. Entretanto deverá proceder a investigação nos casos crônicos. Adotar conduta após investigação sorológica da vítima. • Esquema vacinal completo (verificar a carteira de vacinação).	• Quando a pessoa apresentar lesões e/ou ferimentos e houver presença de terra e/ou sujidade. • O profissional deverá investigar o status em relação à vacina antitetânica. • Sempre avaliar o histórico vacinal e tipologia do ferimento antes de indicar a vacina antitetânica (consultar a carteira de vacina).

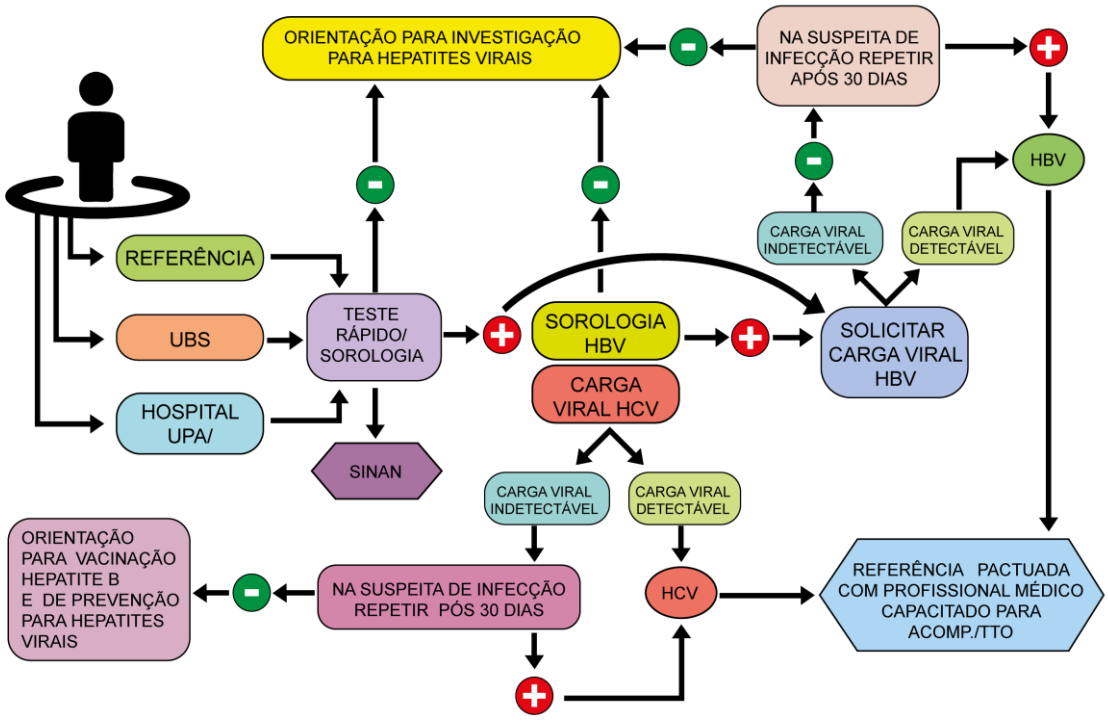
FONTE: Adaptado do Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (2014) e Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual (2018)

VERSÃO PRELIMINAR

Importante:

Para recomendações e Normas técnicas do calendário vacinal relativo à dose da vacina, via de administração correta, conservação, bem como as particularidades específicas não contempladas neste instrumento, o profissional responsável deverá consultar diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) preconizado pelo MS[3], bem como o recomendado pelo Programa Estadual de Imunização do Paraná e os informações disponibilizadas na pagina oficial da SESA[4]. A vacina contra Hepatite B e a vacina antitetânica estão disponíveis para todas as pessoas em qualquer faixa etária na rede pública de saúde do SUS e a Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB) nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais (CRIEs)[5].

FIGURA 08 - FLUXOGRAMA DE CONDUTA PÓS-EXPOSIÇÃO - ADMINISTRAÇÃO DA PROFILAXIA PARA HEPATITE B E IMUNOGLOBULINA ANTI- HEPATITE B EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: Adaptado do Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, 4ª edição (2020)

[3] Consultar Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
[4] Disponíveis em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Vacinas
[5] Consultar Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/11/manual-centros-referencia-imunobiologicos-especiais-5ed.pdf

De acordo com o MS a vacinação segura significa toda a política, ações e procedimentos em saúde pública relacionados à administração de vacinas com a finalidade de minimizar os riscos de transmissão de doenças e maximizar a efetividade das vacinas. Portanto, a detecção precoce de eventos adversos ou qualquer problema relacionado à administração da vacina deverão ser notificados e investigados para intervenção em tempo oportuno. Destaca-se que todo evento adverso é de notificação compulsória no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), e deverão ser seguidas as recomendações da Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunização[6].

3.3.1.2 Hepatite C

Apesar de o risco de transmissão do HCV estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas à IST. Grupos específicos, como as População Vivendo com HIV/aids(PVHIV), e portadores de outras imunodeficiências também têm risco acrescido de contágio pela via sexual.

Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção (BRASIL, 2018b). Não existe vacina para a Hepatite C, entretanto há tratamento para a doença, deste modo deverá proceder à investigação.

3.4.1 Profilaxia Pós-Exposição (PEP) da Infecção pelo HIV

Os fatores de risco para contaminação pelo HIV nas situações de violência sexual dependem da carga viral em que se encontra o agressor, do início precoce da profilaxia ARV (antirretroviral) quando indicada, das condições de saúde da vítima, presença ou não de outras IST, idade da vítima (adolescentes e idosos são mais vulneráveis). A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. A adesão à profilaxia antirretroviral é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV, portanto o seguimento ambulatorial é imprescindível (PARANÁ, 2018a).

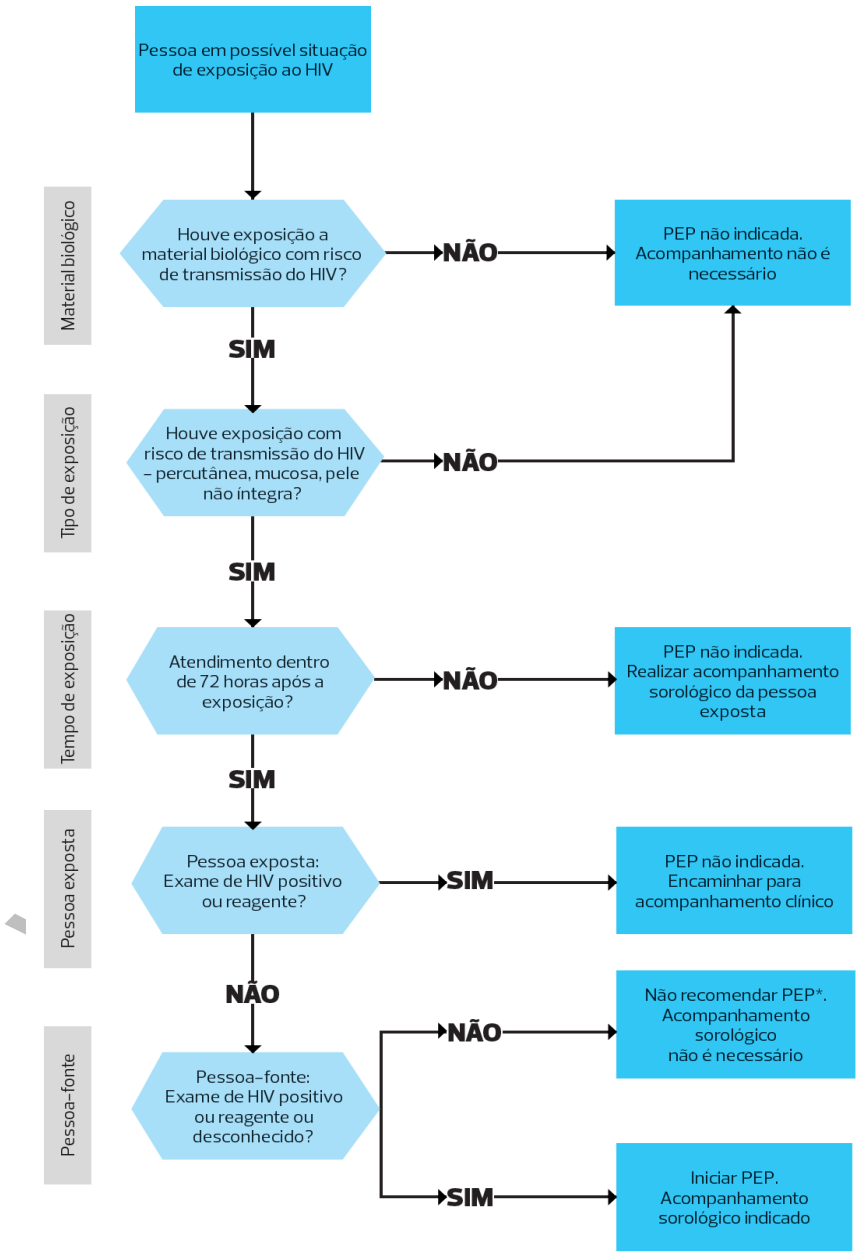
[6] Consultar Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, disponível em: https://sbim.org.br/images/files/manual-vigilancia-epidemiologica-eventos-vacinacao-4ed.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

Importante:

Nas situações em que o status sorológico do agressor é conhecido, ou seja,ele é HIV positivo, está indicada a PEP e avaliação com um infectologista, uma vez que o esquema poderá ser reajustado conforme carga viral e esquema ARV utilizado pelo agressor. A profilaxia antirretroviral é contraindicada nas seguintes situações: quando o agressor fez uso de preservativo durante ao ato sexual; abuso sexual sofrido há mais de 72h e/ou violência sexual crônica praticada pelo mesmo agressor, entretanto deverá proceder à investigação da infecção pelo HIV conforme descrito na figura 09 (PARANÁ, 2018a).

FIGURA 09 - FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP)



FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018)

3.4.1.1 Esquema de Tratamento Antirretroviral (PEP) Recomendado para Adultos

QUADRO 02 – ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL INDICADO PARA ADULTOS (PEP)

Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em adultos	
Esquema preferencial para PEP	Esquemas alternativos para PEP
TDF+3TC+DTG	Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG
	Impossibilidade de DTG: TDF + 3TC + ATV/r
	Impossibilidade de ATV/r: TDF + 3TC + DRV/r
A duração da PEP é de 28 dias.	

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018)

QUADRO 03 – ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL ALTERNATIVO INDICADO PARA ADULTOS (PEP)

Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Alternativos para PEP		
Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF+3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	01 comprimido VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	01 comprimido VO 1x/dia
AZT + 3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	01 comprimido VO 2x/dia
ATV/r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	01 comprimido VO 1x/dia 01 comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: Comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	01 comprimido VO 2x/dia 01 comprimido VO 2x/dia

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018).

VERSÃO PRELIMINAR

3.4.1.2 Esquema de Tratamento Antirretroviral (PEP) Recomendado para Crianças e Adolescentes

QUADRO 04 – ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL INDICADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (PEP), SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Esquema para PEP em Crianças e Adolescentes de Acordo com a Faixa Etária		
Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicações Alternativas
0 - 14 dias	AZT + 3TC + NVP	-
14 dias - 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade de uso deLPV/r: NVP
2 anos - 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de usoRAL: LPV/r
Acima de 12 anos seguir as recomendações para adultos.		
A duração da PEP é de 28 dias		
Posologia das medicações ARV na população pediátrica		
Raltegravir (RAL)		
14kg a <20kg: 100mg 12/12h 20kg a <28kg: 150mg 12/12h 28 a <40kg: 200mg 12/12h ≥40kg: 300mg 12/12h		
Zidovudina (AZT)		
Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h 4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h 9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h) ≥30kg: 300mg 12/12h12/12h		
Lamivudina (3TC)		
RN: 2mg/kg 12/12h 4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)12/12h)		
Lopinavir / ritonavir (LPV/r)		
Solução oral: 80/20mg/mL ≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12h 1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h 6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h 1 a 3 anos: 2mL 12/12h 3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h 6 a 9 anos: 3mL 12/12h	9 a 14 anos: 4mL 12/12h Comprimido infantil: 100mg/25mg 10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite 14 kg a19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite 20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite 25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite >35kg: 400mg/100mg de 12/12h	
Nevirapina (NVP)		
Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL)/dose 12/12h Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL)/dose 12/12h Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP 14 dias a 8 anos: 200mg/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h		

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico De Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018).

3.4.1.3 Esquema de Tratamento Antirretroviral (PEP) Recomendado para Gestantes

QUADRO 05 – ESQUEMA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PREFERENCIAL INDICADO PARA GESTANTES (PEP)

Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes	
Esquema preferencial	Medicações alternativas
TDF+ 3TC + RAL	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL: ATV/r Impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r
A duração da PEP é de 28 dias	

Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP em gestantes		
Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	01 comprimido VO 1x/dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	01 comprimido VO 2x/dia
AZT + 3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	01 comprimido VO 2x/dia
ATV/r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	01 comprimido VO 1x/dia 01 comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: Comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	01 comprimido VO 2x/dia 01 comprimido VO 2x/dia

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico De Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018).

VERSÃO PRELIMINAR

3.4.1.4 Orientações a serem adotadas frente ao uso da PEP

- ✓ Os medicamentos preferenciais de PEP em geral são bem tolerados. Em caso de vômito até 30 minutos após a administração do medicamento, deve-se repetir a dosagem;
- ✓ O TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco). Quando a taxa de filtração glomerular for menor que 60 mL/min ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal, a indicação deve ser avaliada, considerando que a duração da exposição ao medicamento será curta (28dias), sendo que eventuais episódios adversos renais são normalmente reversíveis com a suspensão do medicamento;

- ✓ As mulheres devem ser informadas quanto à contraindicação do uso de DTG no período pré-concepção pelo risco de malformação congênita e deverá ser encaminhada para acompanhamento com ginecologia, bem como orientar a respeito da anticoncepção;
- ✓ Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG;
- ✓ Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo em que esses suplementos.
- ✓ O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos;
- ✓ Durante o uso de ATV/r, deve-se questionar a pessoa exposta sobre o uso de medicamentos que interfiram com acidez gástrica. No caso de uso dos inibidores da bomba de próton (por exemplo, omeprazol), o uso do ATV/r está contraindicado. Já no caso de uso concomitante de antagonista de receptores de H2 (por exemplo, ranitidina, cimetidina), espera-se uma redução da concentração plasmática de ATV/r. Assim, para minimizar esse efeito, o ATV/r e os antagonistas de receptores de H2 devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente 12 horas, orientar acompanhamento com assistência farmacêutica, a fim de evitar interação farmacológica[7].

3.5.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis Não Virais

Todas as pessoas em situação de violência sexual devem receber profilaxia para IST. Não existe uma precisão de tempo para início das medicações, mas deve-se optar pelo início o mais breve possível. A administração profilática pode ser postergada em casos de intolerância gastrintestinal, com uso concomitante de outras medicações. O metronidazol não deve ser administrado concomitante à AE.

Conforme o MS (2012) a profilaxia de IST não virais não é recomendada nos casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual. Contudo, é essencial interromper o ciclo de violência, e o uso da profilaxia deve ser individualizado e avaliado de acordo com a situação,acompanhar e monitorar do aparecimento de lesões e sintomas associados à IST.

A Pessoa em situação de violência deverá ser inserida na Rede de Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicos- social) e de Proteção Social (Conselhos de Direitos, CREAS, entre outros) para acompanhamento e seguimento (PARANÁ, 2018a).

[7] Para informações sobre demais interações medicamentosas consultar o *site:* https://www.hiv-druginteractions.org/checker (HIV DrugInteractions - Universityof Liverpool).

VERSÃO PRELIMINAR

3.5.1.2 Tratamento para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

O tratamento preventivo é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que muitas perdem o seguimento, e o tratamento baseado no diagnóstico etiológico nem sempre é possível (BRASIL, 2018b).

QUADRO 06– ESQUEMA DE TRATAMENTO INDICADO PARA PESSOA COM IST

Esquema de Tratamento recomendado para as IST			
IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM
Gonorréia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Clamídia	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única
Tricomoníase	Secnidazol ou Metronidazol	2g, VO, dose única	15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico De Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018).

3.5.1.3 Orientações a serem adotadas frente ao uso do tratamento

- ✓ Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, deve-se utilizar drogas alternativas, sendo que todos os casos de hipersensibilidade deverão ser acompanhados pela equipe de saúde, o que diminui complicações e aumenta a aderência ao tratamento alternativo[8];
- ✓ A administração profilática do secnidazol e das alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento, sendo que nas situações de hipersensibilidade deverá ser acompanhado pela equipe de saúde, o que diminui complicações e aumenta a aderência ao tratamento alternativo.

[8] Mais informações, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes.

VERSÃO PRELIMINAR

Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral;

- ✓ Secnidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação, sendo que a paciente deverá receber orientações e acompanhamento durante o pré-natal.

3.5.1.4 Infecções Sexualmente Transmissíveis em Crianças

Na maioria dos casos de abuso crônico em crianças, estas são submetidas a práticas diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, não as expondo ao contato contaminante com o agressor. Nestes casos, a profilaxia não está indicada, porém o ciclo de violência deve ser interrompido e o contexto ser avaliado e individualizado. Ademais, a criança em situação de violência sexual, deverá ser inserida na rede de atenção e proteção para dar seguimento, a fim de prevenir futuros sintomas e/ou sinais de IST e receber acompanhamento psicológico, bem como interromper o ciclo da violência.

3.6 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ

A anticoncepção de emergência (AE) nas situações de mulheres que sofreram violência sexual é um importante método profilático utilizado, o que tem contribuído com a redução de inúmeros casos de gestação decorrente de estupro. No primeiro atendimento à mulher, o profissional deve pensar em prevenção da gravidez não planejada, ofertar o método da anticoncepção de emergência que consiste no uso de progestagênicos em altas doses. Recomenda-se a administração da medicação tão rápido quanto possível após o evento, a fim de garantir a eficácia do medicamento, este deverá ser ingerido preferencialmente em até 72 horas (visto que após este período diminui significativamente a eficácia), em dose única, no máximo dentro dos cinco dias que sucedem o estupro (BRASIL, 2011b).

3.6.1 Indicação Anticoncepção de Emergência (AE)

A prescrição da AE está indicada a todas as mulheres e/ou adolescentes em idade fértil (puberdade e não estejam na menopausa) que sofreram violência sexual e tiveram contato com sêmen (certo ou duvidoso) do agressor, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem.

Nas situações que a mulher relata o uso continuo de algum método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral – CHO, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, Dispositivo Intra-uterino (DIU), laqueadura), bem como nos casos de prática de ato libidinoso que não tenha ocorrido o contato de sêmen com a região genital da mulher, a AE é contra indicada. Entretanto, deverá ser acompanhado e avaliado pela equipe de saúde cada caso individualmente, em especial em situações envolvendo adolescentes. Nas situações do

VERSÃO PRELIMINAR

acolhimento à pessoa em situação de violência sexual na fase aguda recomenda-se sempre coletar o exame de Beta HCG no primeiro atendimento.

Em situações de relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão/atendimento, bem como surgir qualquer dúvidas por parte do profissional em relação ao relato/tipo de prática sexual aplicada, a AE está indicada.

3.6.2 Esquema de Profilaxia para Anticoncepção de Emergência

O método mais adequado para a anticoncepção de emergência consiste na utilização do levonorgestrel, em função de evidentes vantagens sobre o método de Yuzpe (uso de hormônios combinados), como: efeitos colaterais sensivelmente reduzidos, não produção de interação com outros medicamentos e maior efetividade (BRASIL, 2018b).

QUADRO 07 - ESQUEMA PROFILÁTICO ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Apresentação e posologia do levonorgestrel	
Apresentação	Posologia
Comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1ª opção – 1 comprimido de 1,5mg VO ou 2 comprimidos de 0,75mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual 2ª opção – 1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual

FONTE: MS/SVS. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos(BRASIL, 2018).

3.6.3 Orientações a serem adotadas frente ao uso da AE

- ✓ A eficácia é sempre maior quanto mais próximo à relação for utilizada a anticoncepção de emergência;
- ✓ O uso repetitivo da anticoncepção de emergência diminui a sua eficácia; portanto, não se trata de um método a ser adotado como rotina[9].

[9] Consultar o Protocolo para Utilização do Levonorgestrel, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf; e o material Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde, disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Anticoncep%C3%A7%C3%A3o-de-emerg%C3%AAncia.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

3.7 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL FRENTE À OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ

Dentre as diversas consequências oriundas da violência sexual, inclui-se a gravidez, classificada como complexa por gerar impactos psicológicos, sociais e biológicos. A atenção à saúde das pessoas em situação de violência deve ser garantida, respeitando sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, não fazendo juízo de valor, e não causando quaisquer transtornos e constrangimentos.

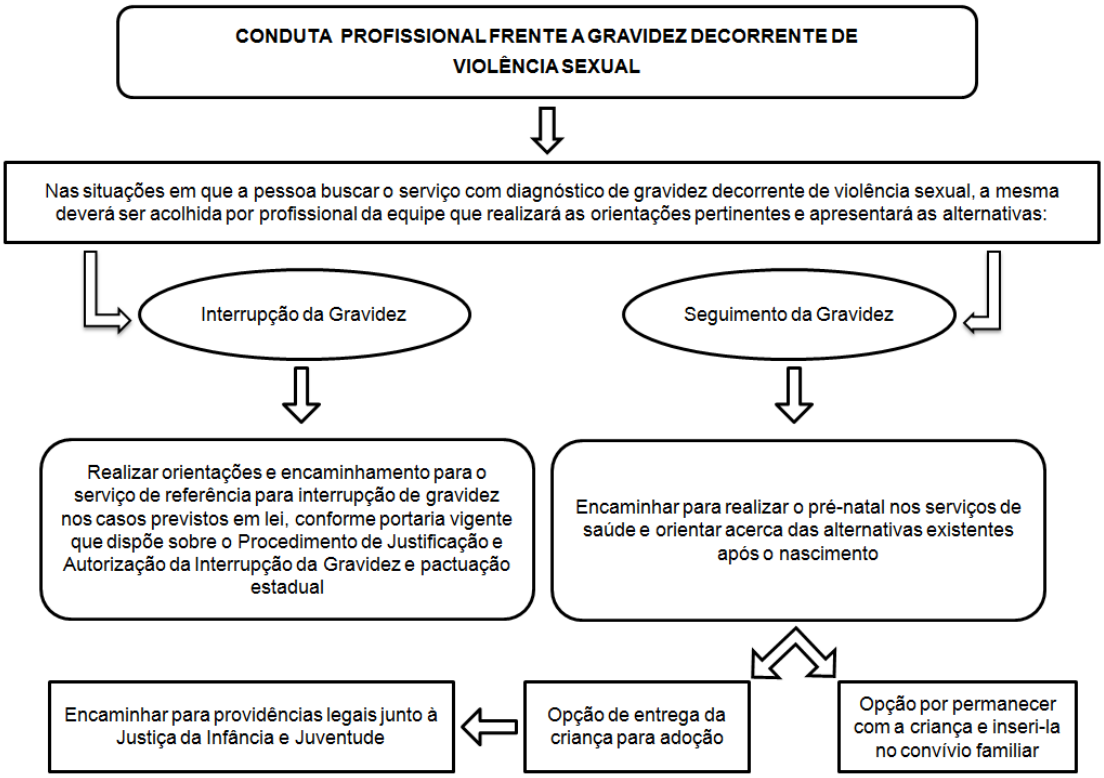
Nas situações de ocorrência de gravidez decorrente de violência sexual, a pessoa deverá ser acolhida em qualquer serviço de saúde, bem como seus representantes legais (se for o caso), sendo que o profissional da equipe deverá esclarecer acerca das alternativas legais quanto à condução a ser adotada diante da circunstância. De acordo com as recomendações do Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) a interrupção da gravidez decorrente da violência sexual é um direito da pessoa. Deverá ser esclarecida a mesma sobre a indicação de interromper ou manter a gestação até seu termo, bem como de permanecer com a criança ou entregá-la em adoção (BARWINSKI, 2019).

Nas situações que o procedimento de interrupção é indicado, a decisão da pessoa deverá ser tomada de forma livre, consciente, esclarecida e informada. O serviço de saúde deverá respeitar a sua autonomia, sem adoção de postura discriminante e culpabilizante por parte dos profissionais. Quanto à pessoa com menos de 18 anos de idade ou vulnerável, deverá ser avaliada a sua opção e a sua capacidade de decidir sobre o fato, determinar-se e conduzir-se por seus próprios meios para solução do problema de acordo com o artigo 227, da Constituição Federal (10), artigo 14.1 e 14.2, 16 e 24 da Convenção dos Direitos da Criança. Em situações de divergência, deverá prevalecer a vontade da mulher, da criança e da adolescente sobre a dos pais ou representantes legais, devendo ser ouvido o Juiz da Vara da Infância e Juventude ou o representante do Ministério Público (BARWINSKI, 2019).

Nos eventos que a pessoa optar por manter a gravidez, o profissional deverá direcioná-la ao serviço para realização do pré-natal conforme preconizado no território. A pessoa deverá ser orientada sobre as possibilidades a serem adotadas após o nascimento da criança, podendo incluí-la no convívio familiar, ou decidir pelo encaminhamento para adoção, conforme lei nº 13.509/2017. Quando a pessoa fizer a opção pela adoção, o profissional deverá esclarecer sobre as medidas legais, bem como providenciar junto às autoridades que compõe a rede de atenção e proteção social para dar sequência aos encaminhamentos necessários para iniciar o processo de adoção (FIGURA 10). Nas situações que a pessoa decidir pela interrupção da gravidez, seguir as orientações descritas no tópico 3.7.1.

VERSÃO PRELIMINAR

FIGURA 10 – ESQUEMA DE CONDUTA PROFISSIONAL FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetorial (2021)

3.7.1 Interrupção de Gravidez Decorrente de Violência Sexual

O Código Penal brasileiro (Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940, artigo 128) não considera crime o aborto, quando praticado por médico, se não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário - inciso I) ou se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (sentimental, legal, ético, lícito ou humanitário - inciso II). A esses permissivos, o Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 em 2012 acrescentou a interrupção da gravidez de feto anencéfalo. Ressalta-se que nas situações de anomalia fetal incompatível com a vida extrauterina, o profissional de saúde poderá encaminhar a pessoa à Defensoria Pública, a fim de se obter alvará judicial para a interrupção legal da gestação, uma vez que tais casos podem ser considerados análogos aos casos de anencefalia fetal. Destaca-se que o Núcleo de Defensoria Estadual da Mulher (NUDEM) atua em prol de apoiar e dar suporte aos serviços de saúde, executando ações e realizando encaminhamentos com essa finalidade.

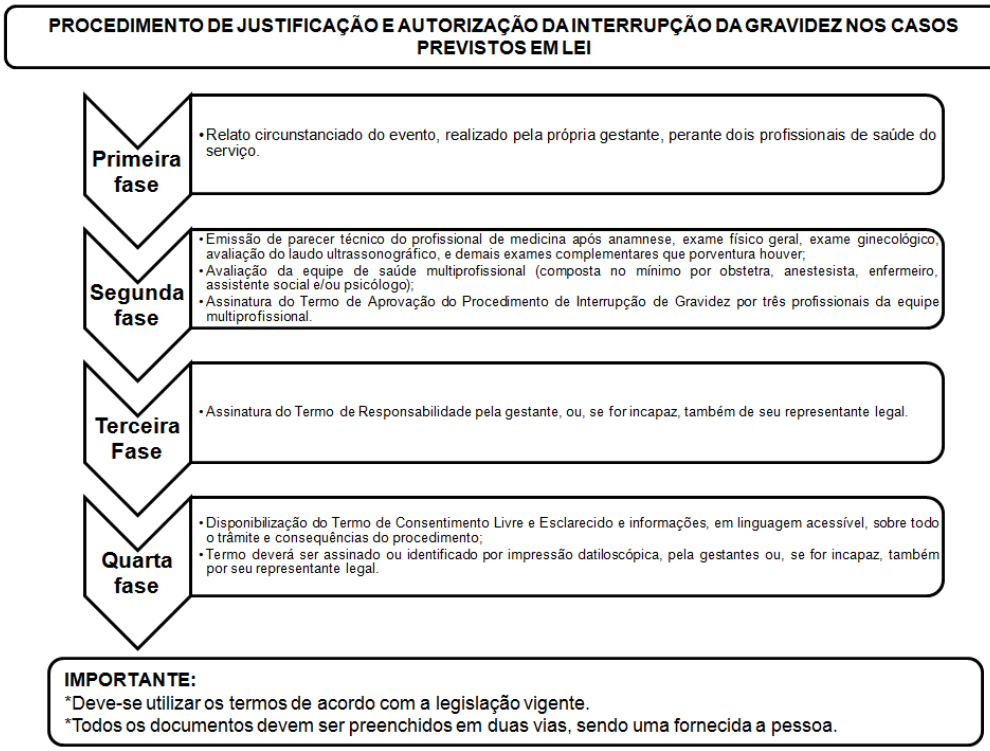
No Brasil a regulamentação da interrupção da gravidez prevista em lei no âmbito da saúde, ocorreu em 1999 com a publicação da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que foi reeditada

VERSÃO PRÉ

em 2005 e 2011. Entretanto, apesar dos progressos obtidos muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades para o acesso ao serviço e realização do procedimento (MADEIRO e DINIZ, 2016).

No âmbito do SUS, o procedimento de interrupção da gravidez prevista em lei atualmente está disposto na Portaria MS/GM nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, e não está condicionada à decisão judicial e/ou apresentação de boletim de ocorrência policial, mas ao cumprimento das fases que compõem o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei (FIGURA 11).

FIGURA 11 - ESQUEMA DE PROCEDIMENTO DE JUSTIFICATIVA E AUTORIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI



Fonte: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais (2021).

O hospital de referência para o atendimento a pessoa em situação violência sexual deverá estar cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) conforme recomendado pela Portaria nº 618/2014 e a Portaria nº 485/2014, para realizar a assistência emergencial, seguimento ambulatorial referente aos procedimentos 006 e 001. O Ministério da Saúde preconiza por meio da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2014) as situações de abortamento inseguro e/ou emergência, bem como os previstos em lei.

Cabe lembrar que os profissionais de saúde podem declarar objeção de consciência e se recusar a realizar algum procedimento que contrarie os ditames de sua consciência, desde que por razões de sua moral privada. Todavia, são obrigados a realizar o procedimento se não houver outro profissional médico disponível no serviço que possa realizar o procedimento, ou

VERSÃO

em casos de urgência e emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos á saúde da pessoa.

Entretanto, é importante pontuar que nenhuma instituição médica pode alegar objeção de consciência, essa é uma decisão individual de cada profissional médico. Pelo contrário, é função do gestor bem como da instituição garantir que haja profissionais para viabilizar esse procedimento nas circunstâncias previstas. Não existe objeção de consciência institucional e ou coletiva.

Atualmente, no Paraná, os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, estão organizados conforme a Deliberação nº 27/2015 da Comissão Intergestores Bipartite (anexo 06) e estão distribuídos nas quatro macrorregiões de saúde, a saber:

- ✓ Macrorregião Norte: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, no município de Londrina;
- ✓ Macrorregião Leste: Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no município de Curitiba;
- ✓ Macrorregião Oeste: Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no município de Cascavel;
- ✓ Macrorregião Noroeste: Hospital Universitário Regional de Maringá, no município de Maringá.

Nas situações de interrupção de gravidez previstas em lei por feto anencéfalo e gestação de risco materno, a mulher é referenciada aos hospitais pactuados para atendimento de gestação de alto risco da Linha de Cuidado Materno-Infantil.

A atenção às mulheres em situação de interrupção da gravidez deve pautar-se numa abordagem ética e humanizada, devendo ser realizadas orientações e encaminhamentos, direcionados ao planejamento reprodutivo pós-abortamento (intenções reprodutivas, métodos contraceptivos, entre outros), dando continuidade ao cuidado integral na RAS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2018d).

3.8 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PADRONIZAÇÃO DE EXAMES, INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS E IST

A realização de exames laboratoriais ou testes rápidos, no momento da admissão da pessoa em situação de violência sexual, tem como objetivo investigar eventual presença de Hepatites prévias, IST ou HIV anterior à violência sofrida. A coleta do material biológico deverá ser realizada em tempo oportuno a partir do momento da agressão sexual (QUADRO 08),

VERSÃO PRELIMINAR

ademais, a coleta de amostra de vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes reduz com o decorrer do tempo e diminui significativamente após período de 72h da agressão, conforme as recomendações contidas na Norma Técnica – Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018)[10].

QUADRO 08 - REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL

Tempo	**0 a 72 horas**	**73 a 120 horas (4 a 5 dias)**	**121 a 336 horas**	**Após 336 horas**	-
Exames Laboratoriais	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	Conteúdo vaginal	-
	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez	Teste de gravidez
	Sífilis	Sífilis	Sífilis	Sífilis	Sífilis
	Anti-HIV	Anti- HIV	Anti- HIV	Anti- HIV	Anti- HIV
	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)	HBV (HBsAg e Anti-Hbs)
	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)	HCV (anti-HCV)
	TGO, TGP, HMG, GJ, CR, TFGc	-	-	-	-

FONTE: Adaptado do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Florianópolis, (2016).

3.8.1 Atribuições do Instituto Médico Legal (IML)

De acordo com o MS (2018c) os serviços de saúde e de segurança pública atuam de forma integrada e complementar, sendo que os estabelecimentos de saúde **NÃO** substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal.

VERSÃO

[10] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

ATENÇÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR:

É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição minuciosa das lesões em prontuários dos possíveis indícios de violência sexual e o registro de informações. Destaca-se que essa atividade permite se necessário, em situação especifica, a realização de uma eventual perícia indireta (documental) pelo profissional do IML.

Compete ao IML realizar exames de corpo de delito e emitir laudos periciais dentro do prazo legal, capacitar equipes médicas das Unidades de Referência Hospitalar, informar e orientar as pessoas em situação de violência sexual sobre os serviços de atendimento médico, social e legais disponíveis, bem como registrar todas as informações de sua competência (2018)[8].

Se a pessoa em situação de violência sexual decidir pela coleta de vestígios, a delegacia de referência deverá ser comunicada e o registro de boletim de ocorrência realizado. O IML será acionado pela delegacia de referência e, dependendo da pactuação local, pelo serviço de referência para que se desloque até o hospital para a realização do atendimento pericial (coleta de vestígios de violência sexual) ou no IML de referência (nas regiões sem sede do IML), conforme disposto nas normativas e protocolos vigentes.

Importante: A coleta dos exames não deve retardar o início das profilaxias. As normas de coleta de vestígios, identificação, preservação, acondicionamento e encaminhamentos serão adotadas conforme recomendado pela Divisão de Laboratórios do Instituto Médico Legal do Paraná (IML/PR), no Manual de Procedimento Operacional, bem como em Notas Técnicas, Portarias e/ou recomendações vigentes.

Destaca-se que o acolhimento e a assistência à saúde da pessoa que sofreu violência sexual é prioritário, precede e independe de qualquer procedimento policial e judicial, tal qual ocorreria em outros tipos de violência, como por exemplo vítima de acidente de trânsito (BARWINSKI, 2019).

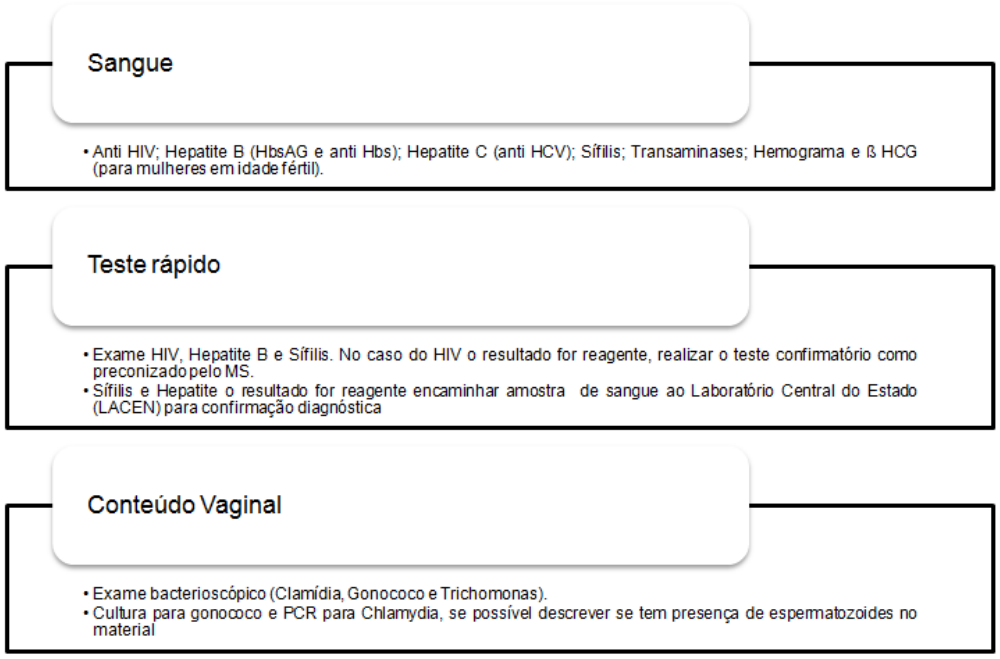
VERSÃO PRELIMINAR

3.8.2 Exames Laboratoriais Padronizados

É imprescindível a realização de exames laboratoriais ou testes rápidos, no momento da admissão (FIGURA 12), para estabelecer a eventual presença de IST, HIV ou Hepatites prévias à violência sexual se houver risco de contaminação, além de proceder à investigação (FIGURA 13).

Nas situações em que a PEP para o HIV é indicada, para avaliar as condições de saúde pré-existentes da pessoa exposta e a toxicidade conhecida dos antirretrovirais indicados. É necessário que a pessoa seja orientada quanto à necessidade de comparecer nos retorno para reavaliação da situação clínica, da adesão ao uso das medicações e dos resultados dos exames laboratoriais.

FIGURA 12 - EXAMES LABORATORIAIS E TESTE RÁPIDO RECOMENDADOS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais

VE... MINAR

FIGURA 13 - FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL[11]

FONTE: Adaptado do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções (2017)

VERSÃO F

[11]Para maiores informações consultar as diretrizes no Protocolo Clínico especifico disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes- terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes. Atualização 2017.

QUADRO 09 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS (Ag-Ab) SOROLÓGICOS PARA HEPATITE B

TESTES SOROLÓGICOS	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV
AntiHBc IGM	Não reagente	
AntiHBc total	Não reagente	
AntiHBs	Não reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após Infecção pelo HBV
AntiHBc IGM	Não reagente	
AntiHBc total	Reagente	
AntiHBs	Reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV
AntiHBc IGM	Não reagente	
AntiHBc total	Não reagente	
AntiHBs	Reagente	
HBsAg	Reagente	Infecção recente pelo HBV (menos de 6 meses)
AntiHBc IGM	Reagente	
AntiHBc total	Reagente/Não reagente	
AntiHBs	Não reagente	
HBsAg	Reagente	Infecção pelo HBV
AntiHBc IGM	Não reagente	
AntiHBc total	Reagente/Não reagente	
AntiHBs	Não reagente	

FONTE: Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (2018).

VERSÃO

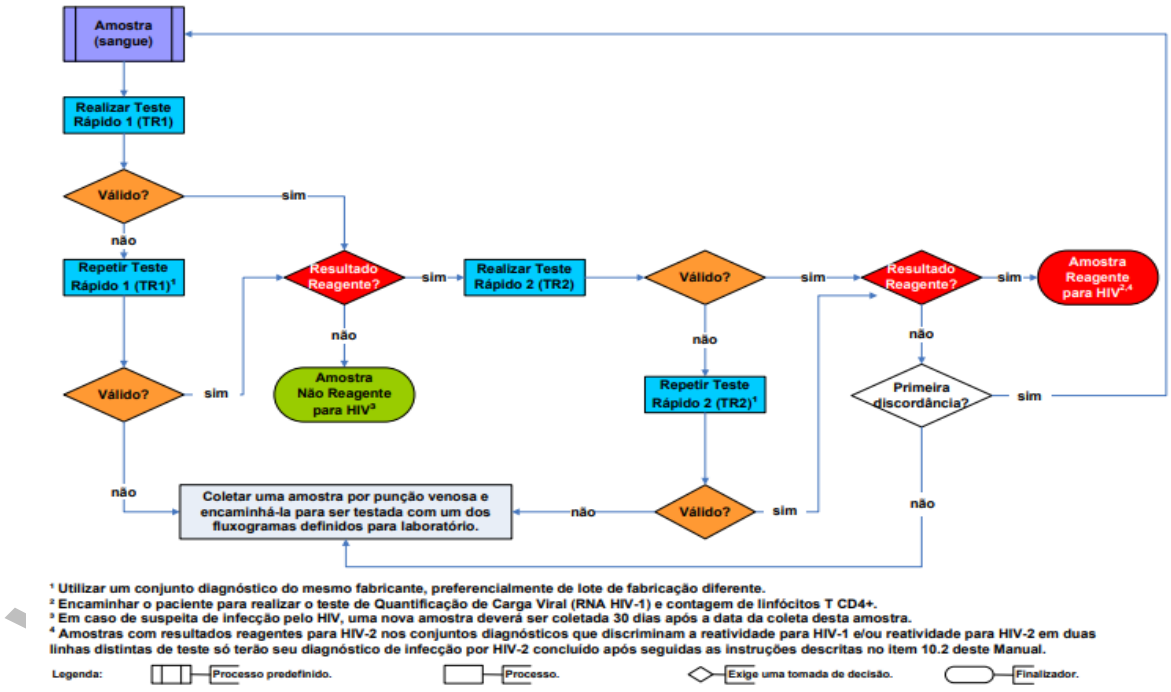
A solicitação de marcadores para o estadiamento da doença deve ser feita conforme preconizado pelo “Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções” (BRASIL, 2017c).

QUADRO 10 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS PARA HEPATITE C

Anti-HCV	HCV – RNA* Sensibilidade < 50 UI/mL	Interpretação
Negativo	Negativo	Ausência de infecção por HCV
Reagente	Negativo	Infecção por HCV resolvida Verificar flutuações do HCV – RNA
Negativo	Positivo	Infecção inicial Infecção em indivíduos imunodeprimidos
Reagente	Positivo	Infecção aguda ou crônica

FONTE: Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (2018).

FIGURA 14 - FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE HIV NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Obs: Este fluxograma não define o diagnóstico de infecção por HIV-2. Para a confirmação de um caso suspeito,consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV[12],bem como para maiores esclarecimentos.

A pessoa que apresentar resultados reagentes em dois testes para HIV será encaminhada para consulta médica, na qual deverá ser solicitado o teste para quantificação de carga viral (HIV-1 RNA) e contagem de linfócitos TCD4+. O fluxograma da figura 15 não é adequado para o diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, devido à transferência de anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, nesta situação o profissional deverá consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV[12].

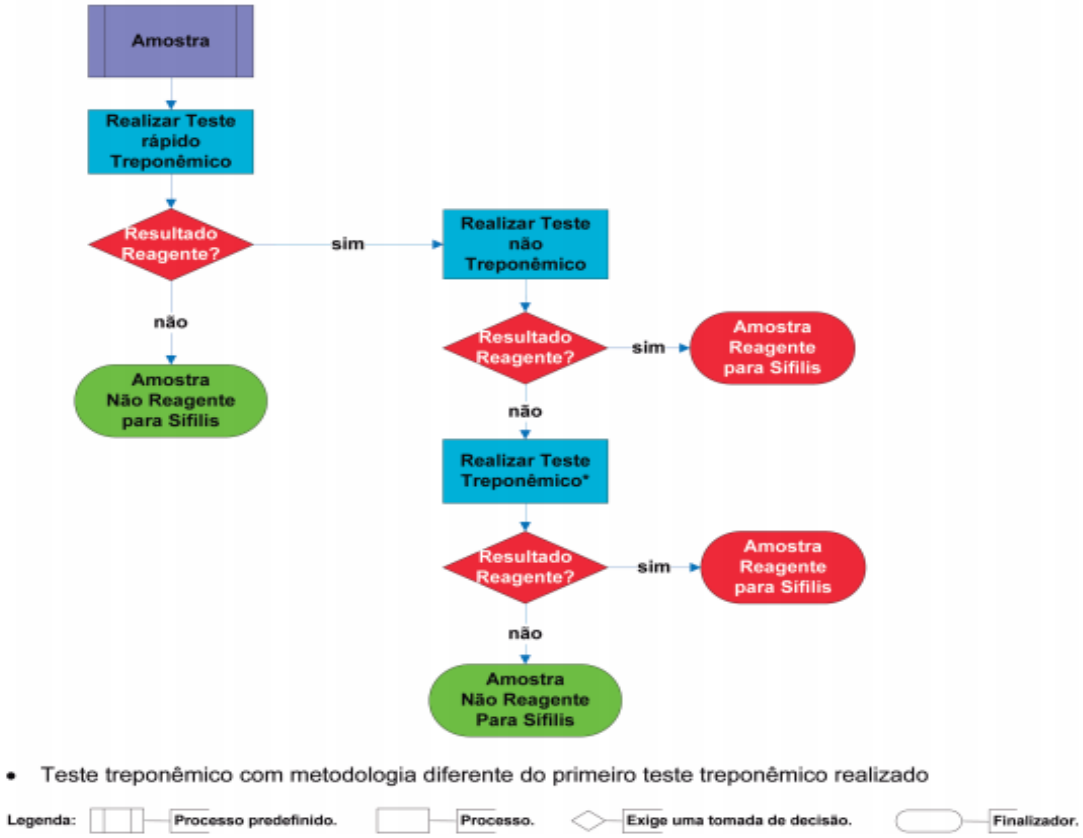
QUADRO 11 - RESUMO DA INVESTIGAÇÃO DE HIV NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL

ENSAIOS REALIZADOS		RESULTADO	OBSERVAÇÃO CONFORME MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS (2018).
TR1	TR2		
Não Reagente		Amostra Não Reagente para HIV	Em caso de suspeita de infeção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra
Reagente	Reagente	Amostra Reagente para HIV	Resultado definido com o fluxograma 1, confore estabelecido pela portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
Reagente	Não Reagente		Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, uma amostra por punção venosa deverá ser coletada e submetida a um dos fluxogramas de laboratório.

FONTE: DDAHV/SVS/MS Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis (2016).

[12] Disponível em: http://www.lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/manual_tec_diag_infeccao_hiv_3ed.pdf

FIGURA 15 – FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS NAS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS COM UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS TREPONÊMICOS



FONTE: DDAHV/SVS/MS Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis (2016)[13].

VERSÃO 1

[13]Para maiores esclarecimentos consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis disponível no site: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, V; VASCONCELOS, N. A. O. P.; SANTOS, M. A.; MONTEIRO, J. F. A. O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, dez. 2019.

ALVES, M. A.; FONSECA, B. A.; SOARES, T. R. C.; FRANÇA, A. K. A.; AZEVEDO, R. N.; TINOCO, R. L. R. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil – revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal,** Rio de Janeiro v. 3, n. 2, jul. 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico:** Violência Sexual no Estado da Bahia. 1ª ed. Salvador, 2014.

BARWINSKI, S. L. L. B. O abortamento à luz do direito. In: ANDRADE, R. P. D. **Violência sexual contra mulheres**: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2. ed. Curitiba: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, 2019. p. 228-.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Conselho Federal de Farmácia.** Brasília, DF, 15 out. 2009b.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017, de 06 de dezembro de 2017. **Conselho Federal de Enfermagem.**Brasília, DF, 06 dez. 2017a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Conselho Federal de Farmácia.** Brasília, DF, 29 ago. 2013b.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.** 2 ed. Brasília, 2020a.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Conselho Federal de Psicologia.** Brasília, DF, 21 jul. 2005.

BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 ago. 2009a.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 ago. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de Emergência** - perguntas e respostas para Profissionais de Saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. v. 49, Brasília, 2018a.

VERSÃO PRELIMINAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de notificação de violência Interpessoal e autoprovocada.** 2 ed. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica**: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. Ed., 2. reimp – Brasília, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jul. 2013c.

BRASIL. Defensoria Pública Distrito Federal. Nota Técnica Conjunta nº 01, de 01 de setembro de 2020. Orientações para a rede de atendimento sobre o dever de notificação compulsória e comunicação externa nos casos de suspeita de violência contra a mulheres, conforme previsão da lei 13.931/2019, que alterou a lei 10.778/2003 e Portaria 2.282/2020 do Ministério da Saúde. Defensoria Pública Distrito Federal. Brasília, DF, 01 set. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.**Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204**,** de 17 de fevereiro de 2016.Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 fev. 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3 ed., Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, 20a.

VERSÃO PRELIMINAR

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, 2008.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, p. 85-112. 2011.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

CARVALHO, M. J. S.; ROCHA, C. M. F. Assédio. in **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Orgs. FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015, 422p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. F. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde. Ananindeua**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções Interdisciplinaridade. **Mental, Barbacena**, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, suppl., p. 1163-1178, 2006.

FIGUEIREDO, E. N. de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Universidade Federal de São Paulo - UNA-SUS/UNIFESP, São Paulo, 2012.

GALVAN. G. B. Equipes de Saúde: O desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, dez. 2007.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: Algumas Linhas Históricas, Fundamentos e Princípios Aplicados ao Trabalho de Equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

KESSLER, M.; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S.; NUNES, B. P.; VOIZ, P. M.; SANTOS, A. A.; FRANÇA, S. M.; BENDER, J. D.; PICCININI, T.; FACHINI, L. A. **Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília , v. 27, n. 2, jun. 2018 .

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 44, n. 2, p. 401-406, jun. 2010.

LEITE, L.; LOBO, B.; LIMA, N. S.; MENGARDA, C. F. Acolhimento multiprofissional em estratégia de saúde da Família: espaço de atuação para o profissional psicólogo. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 2, n.1, p. 276-287, 2010.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V. **Atenção Primária à Saúde.** www.hlog.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdfAcesso: 13/12/2020.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MEDEIROS, J. M. Violência Sexual contra Mulheres. Aspectos Médicos, Psicológicos, Sociais e Legais de Atendimento. In: ANDRADE, R. P. **Seguimento com a Psicologia:** Protocolo de

VERSÃO PRELIMINAR

Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual. 2 ed. Curitiba, Imprensa da UFPR, 2019, p. 67-84.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações Sociais no Campo da Saúde.** São Paulo: Cortez, 2008, p. X-X.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ROCHA, M. A. **Rede de Atenção/Proteção e o Trabalho Intersetorial**. Curso Força Tarefa Infância Segura/SEJUF. Curitiba: Paraná, 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. **Responsabilidade Compartilhada**: Caderno orientativo para o trabalho intersetorial no enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes. Curitiba, 2018b.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual.** 2. ed. Curitiba, 2018a.

PARANÁ. Secretária de Estado da Saúde. **Sistema de informação de Agravos de Notificação**. Curitiba, 12 de setembro de 2020.

POLIDORO, M, CANAVESE, D. **Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua, no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil panorama situacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2017**. Instituições coordenadoras do projeto: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul. Organizadores: Porto Alegre: UFRGS, 2018.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, fev. 2017.

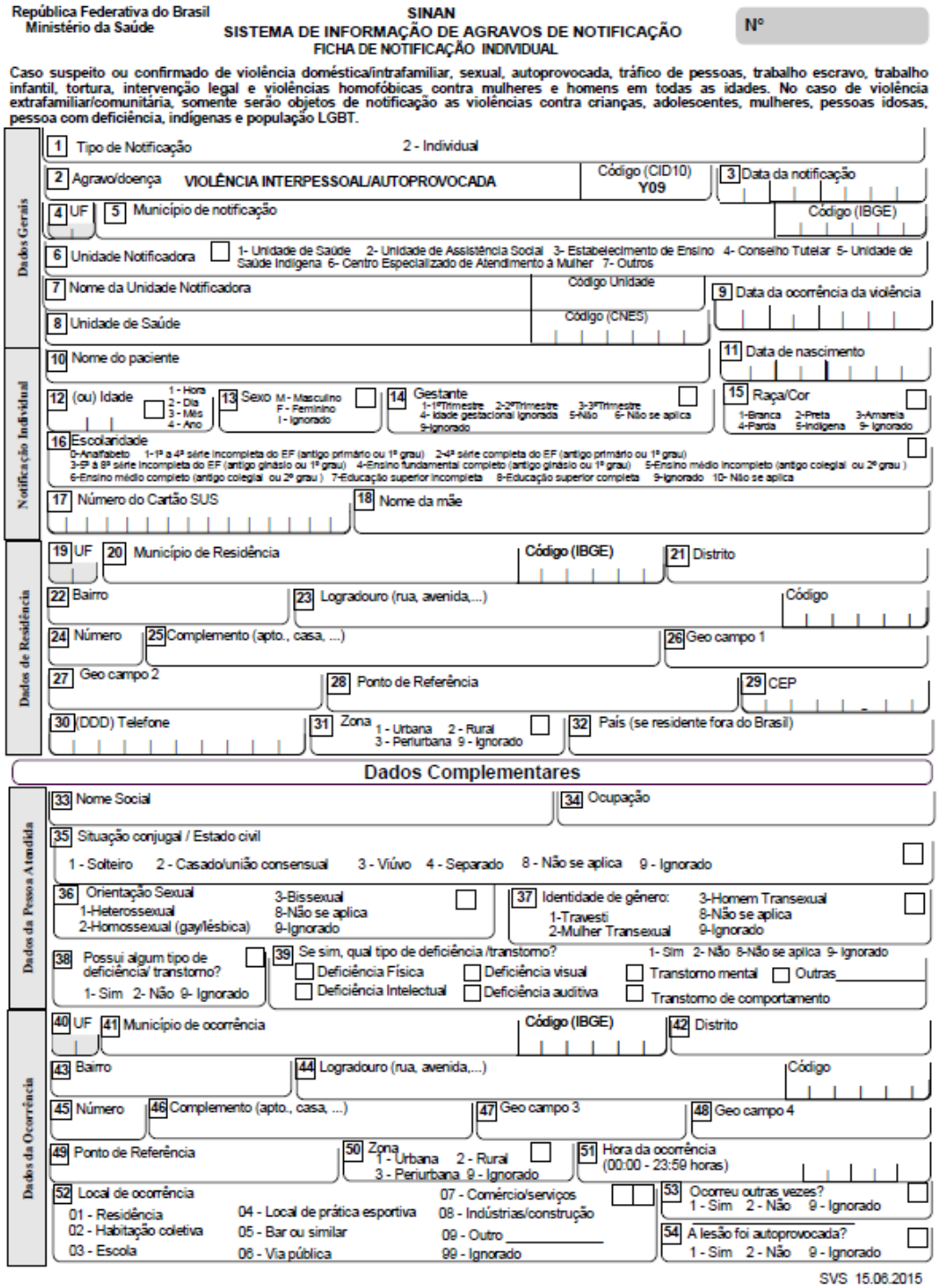
SOARES, B. M. IN: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 64p. 2005.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

VERSÃO PRELIMINAR

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (FRENTE)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade — 0-Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1ª grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1ª grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ª grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1ª 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 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras — Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência — 50 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

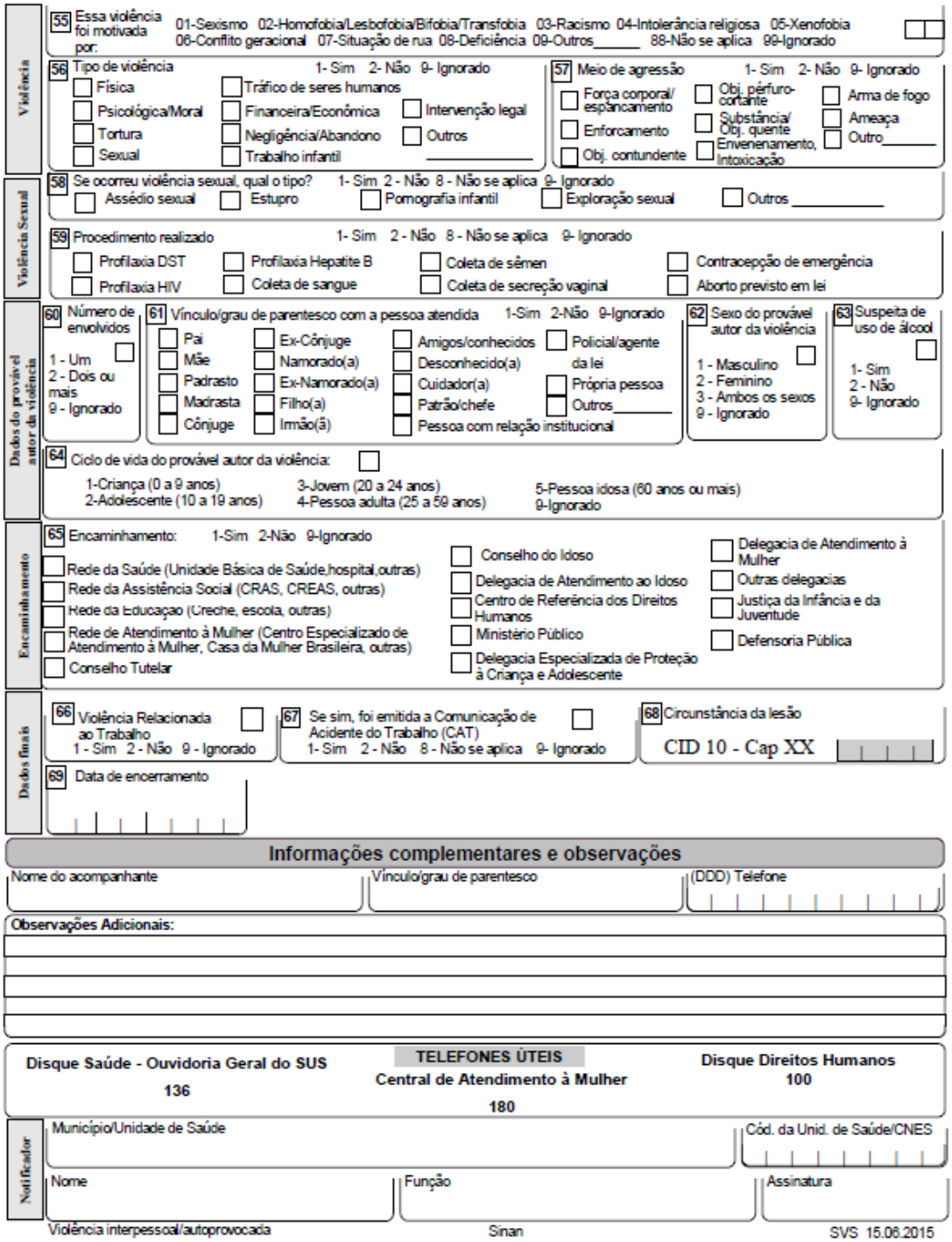
52 Local de ocorrência — 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro _____ 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA (VERSO)



ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL – SAÚDE (FRENTE)

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL - SAÚDE

A Portaria GM/MS nº 204/2016 estabelece a notificação compulsória (obrigatória), no território nacional dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, bem como o Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA 2ª edição, 2016) do Ministério da Saúde.

A notificação, o preenchimento correto da ficha conforme preconizado e o comunicado a autoridade sanitária competente, quando aplicável, significa o cumprimento de um dos deveres fundamentais dos profissionais referentes ao zelo pela saúde e pela dignidade do paciente.

Considerando o código deontologico profissional de cada área, o atendimento de pessoas em situação de violência exige o cumprimento dos princípios ético-legais de sigilo ou segredo profissional, preceito esse que adquiriu fundamentação mais rigorosa ao ser centralizado no direito do cidadão à intimidade, privacidade e honra, passando a ser entendido como confidencialidade. Essa natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em um direito-dever na medida em que, sendo um direito da pessoa, gera uma obrigação específica aos profissionais da saúde, bem como aos demais profissionais das demais áreas intersetoriais que compõe o trabalho multiprofissional.

No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do Estatuto da Criança e do Adolescente. A comunicação às autoridades competentes (delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso.

OBSERVAÇÃO:

- ✓ **O serviço que realizar o primeiro atendimento à pessoa em situação de violência deverá preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA de violência interpessoal/autoprovocada e encaminhar para a vigilância epidemiológica de referência do território conforme fluxo estabelecido (arquivar uma cópia no prontuário do paciente).**

- ✓ **O serviço de saúde utilizará este formulário como referência/contra-referência para comunicar a situação de violência aos demais órgãos/secretarias.**

Elaborado por SESA/DAV/COPS/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais em set/2020.

ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL – SAÚDE (VERSO)

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL - SAÚDE

1.IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO
INSTITUIÇÃO:_____TELEFONE:_____
ENCAMINHAMENTO PARA A INSTITUIÇÃO:_____

2.IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
NOME COMPLETO:_____
NOME SOCIAL: _____
NOME DO RESPONSÁVEL (NO CASO DE CRIANÇA/ADOLESCENTE):
_____
NOME DA MÃE: _____
IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/_____/_____ SEXO:_____
Nº RG /CPF:_____Nº CARTÃO SUS:_____
ENDEREÇO: _____
_____ TELEFONE: _____
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (NOME/GRAU DE PARENTESCO):_____
_____

3. SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA
3.1 TIPO/CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA _____
3.2 RELATO RESUMIDO DA SITUAÇÃO _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS:
(Unidade de Saúde, hospital, CAPS, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, entre outros)
_____
_____
_____
_____

_____
Profissional Responsável pelo atendimento - carimbo da instituição

Local _____ Data_____/_____/_____

Elaborado por SESA/DAV/COPS/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais em set/2020.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS (FRENTE)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS

Nome:_____

Idade:_____ Sexo:_____

Prontuário:_____

Responsável:_____Parentesco:_____

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

Contracepção de Emergência

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

( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

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

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

FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS (VERSO)

Prevenção da Infecção pelo HIV

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

( ) Aceitou ( ) Não aceitou

Realização de Exames

Sorologia para sífilis	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Sorologia para hepatite B e C	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Sorologia anti-HIV	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Teste de Gravidez	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
	( ) Não se aplica (crianças e homens)

Coleta

Secreção Vaginal	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Secreção Oral	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Secreção Anal	( ) Aceitou ( ) Não aceitou
Material Subungueal	( ) Aceitou ( ) Não aceitou

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

_____

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1ª:_____

2ª:_____

Testemunhas

_____

Assinatura profissional de saúde

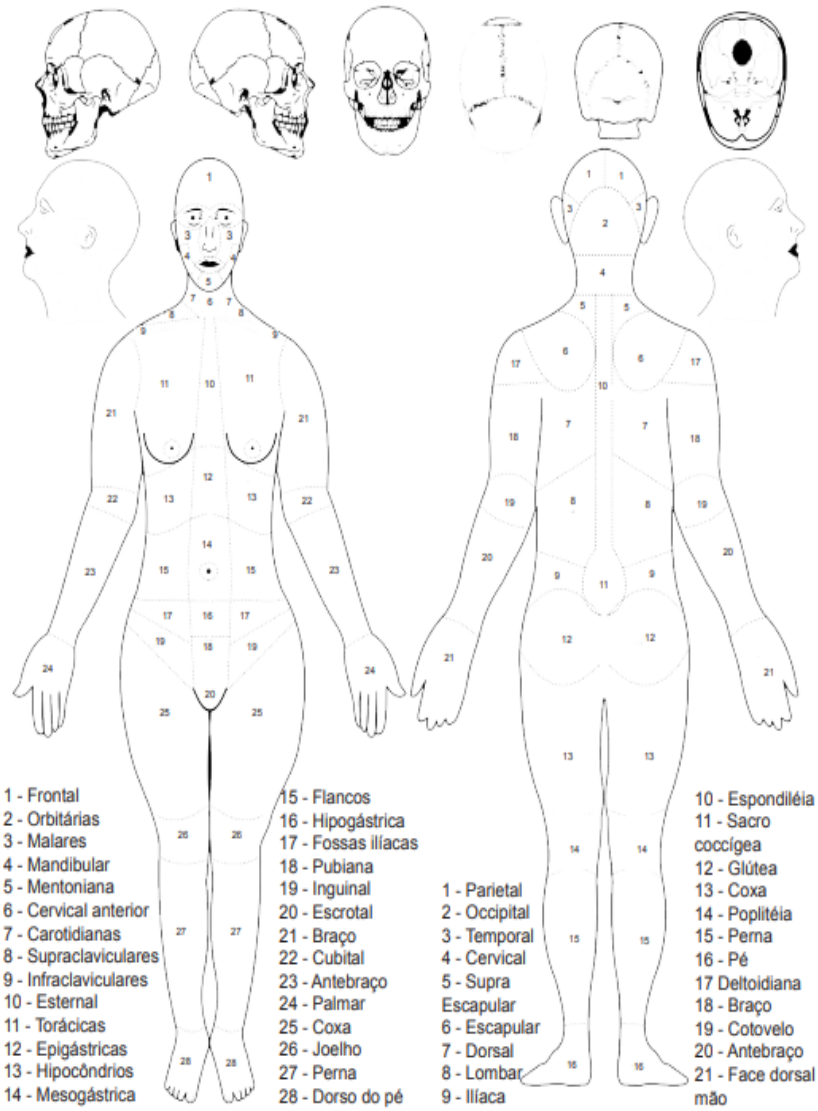
Data:_____

FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 4 – MAPA DE LESÕES – GRÁFICO FEMININO (FRENTE)

Nome:_____ Data: ___/___/___

Profissional:_____

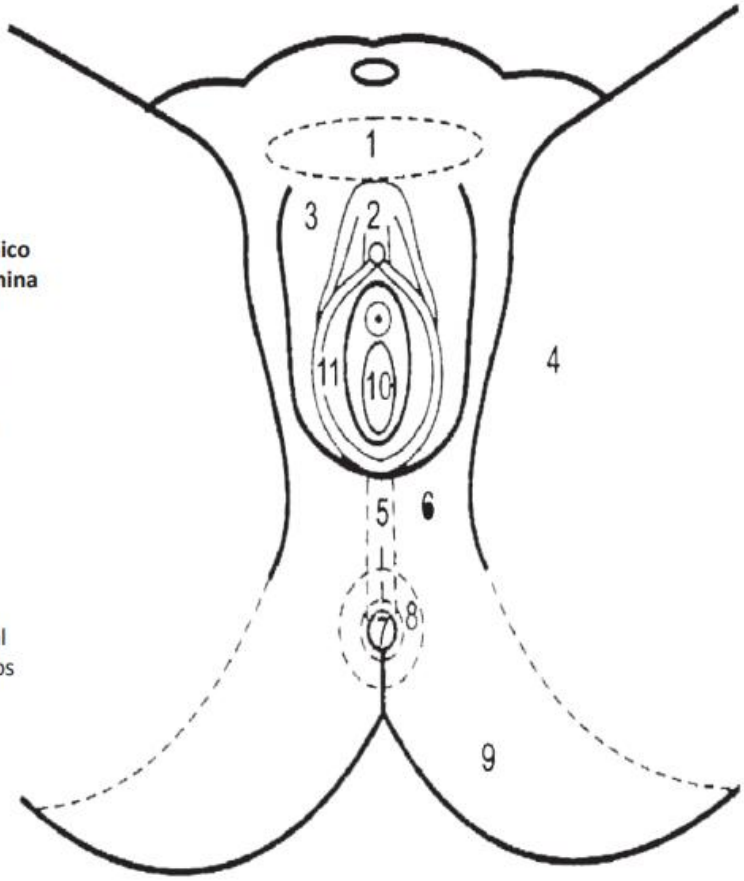


FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 4 – MAPA DE LESÕES – GRÁFICO FEMININO - GENITÁLIA FEMININA (VERSO)

Nome:_____ Data: ___/___/___

Profissional:_____



Mapa Anatômico
Genitália Feminina

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

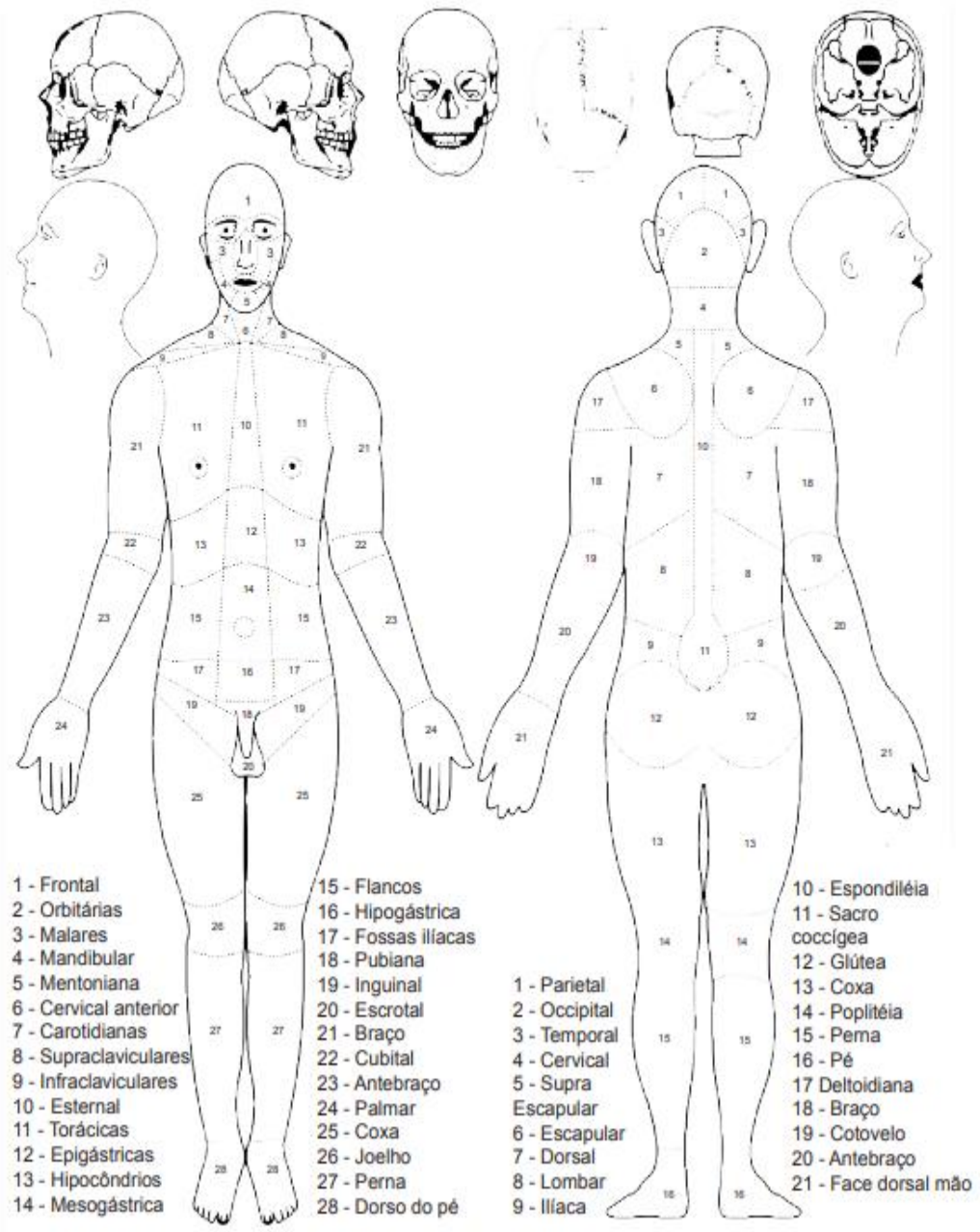
VERSO

FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 5 – MAPA DE LESÕES – GRÁFICO MASCULINO (FRENTE)

Nome:_____ Data: ___/___/___

Profissional:_____

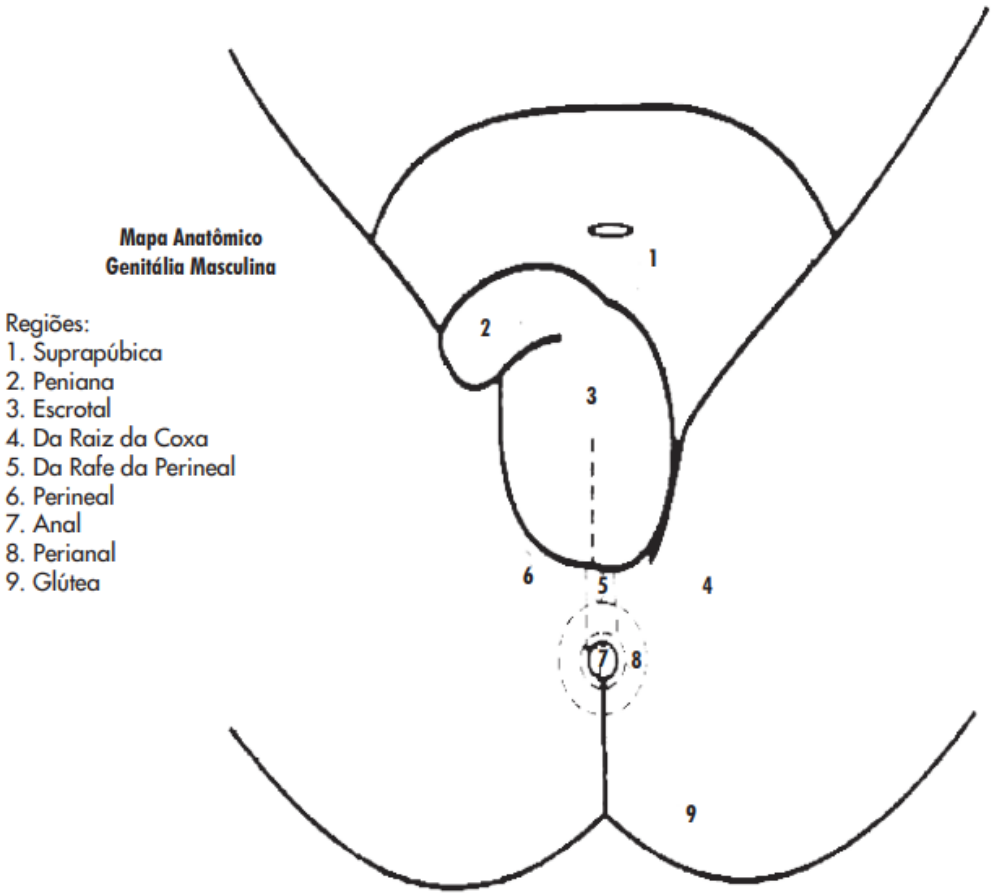


FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 5 – MAPA DE LESÕES – GRÁFICO MASCULINO (VERSO)

Nome:_____ Data: ___/___/___

Profissional:_____



VERSO

FONTE: Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2018).

ANEXO 6 – DELIBERAÇÃO Nº 027/11/03/2015 - APROVA OS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI DISTRIBUÍDOS NAS 04 MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO PARANÁ

CIB/PR	**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ** **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA** **Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR**	

DELIBERAÇÃO Nº 027–11/03/2015

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em 10 de março de 2015, na cidade de Curitiba,

considerando

- As diretrizes e princípios para a consolidação do Sistema Único de Saúde, art. 196 da Constituição Federal de 1988, segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e controle social;
- O Mapa Estratégico/2011 que apresenta os objetivos e ações prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, entre estas o Programa de Enfrentamento às Violências no Estado do Paraná, articulado com outras áreas de governo;
- A violência sexual, que na grande maioria das notificações acontece no sexo feminino e, destas, a maior ocorrência refere-se ao estupro (72%);
- A elaboração e implementação da Linha Guia - Atenção à Mulher em Situação de Violência - SESA/2011;
- A elaboração e implantação da Linha de Cuidado de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência, observando a necessidade de assegurar o atendimento integral às pessoas (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) em situação de violência/SESA 2013;
- A Resolução Conjunta SEAP/SESA/SESP n° 03 de 2014, que firma Cooperação entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública, garantindo atendimento integral pelos profissionais das áreas de saúde e segurança pública, às pessoas em situação de violência sexual, mediante o atendimento humanizado e, a realização de outras medidas necessárias em tempo hábil;
- O Decreto Presidencial n° 7.958 de 13/3/13, que estabelece diretrizes para o atendimento às vitimas de violência sexual pelos profissionais de Segurança Pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- A Lei n° 12.845 da Presidência da República, de 01/08/13, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
- A Portaria GM/MS n° 485 de 01/04/2014, que define o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- As Normas Técnicas do Ministério da Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes/2012; Atenção Humanizada ao Abortamento/2011; Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual/2011.

Aprova que os hospitais de referência para realização da interrupção de gravidez nos casos previstos em lei estão distribuídos nas 04 macrorregiões de saúde, a saber: **Macrorregião Leste**: Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná - HC, no município de Curitiba; **Macrorregião Oeste**: Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HU, no município de Cascavel; **Macrorregião Norte**: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – HU, no município de Londrina; **Macrorregião Noroeste**: Hospital Universitário Regional de Maringá – HU, no município de Maringá

Sezifredo Paulo Alves Paz
Coordenador Estadual

1

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ETAPAS DA ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ACOLHIMENTO

O Acolhimento deve ser focado na pessoa e não na doença. Deverá ser humanizado e integral, com atitude imparcial, empatia, escuta ativa e respeito em relação ao sofrimento humano.

QUEM acolhe? Toda equipe multidisciplinar de acordo com a avaliação de riscos.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Exame físico deverá ser cefalocaudal, com descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica. Coleta de vestígio pelo perito do IML.

QUEM faz ? Médico, Enfermeiro, Perito do IML.

EXAMES CLÍNICOS E GINECOLÓGICOS

Avaliar e Registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de IST, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas , bem como indícios de contato sexual (rotura hímen, fissuras anais, entre outros).

QUEM faz? Médico, Enfermeiro.

PROFILAXIA HIV, ISTS e HEPATITE B

⇩

Situação de Violência Sexual na fase aguda
(até 72 h após a violência sexual).
Proceder a conduta conforme quadro 01 deste Protocolo

QUEM Prescreve? Médico.

QUEM Administra? Equipe de enfermagem.

⇩

Situação de Violência Sexual na fase tardia
(após 72 da violência sexual).
Seguimento na rede conforme quadro 01 deste protocolo

QUEM agenda? Equipe multidisciplinar.

Atenção:

Não existe profilaxia para a Hepatite C. Entretanto devido ao risco de contaminação é importante proceder a investigação prontamente.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Notificação

Notificação compulsória no âmbito da Saúde por meio do preenchimento da ficha de notificação de violência sexual e posterior retroalimentação no Sinan, com finalidade epidemiológica, conforme normas vigentes. **A ficha de notificação não é uma ferramenta de denúncia.**

Quem notifica?

Todo profissional de saúde dos serviços públicos e privados do território nacional. Profissionais e serviços da rede intersetorial seguir conforme pactuação local.

Comunicação

A comunicação às autoridades policiais, nos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher, somente deverá ser feita com autorização da mesma e conforme legislação vigente.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Prescrição da Anticoncepção de emergência está indicada a todas as pessoas do sexo feminino e/ou adolescentes em idade fértil (puberdade e não estejam na menopausa) que sofreram violência sexual e tiveram contato com sêmen (certo ou duvidoso) do agressor, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem.

QUEM faz? Médico prescreve e a equipe de enfermagem administra.

EXAMES COMPLEMENTARES

É imprescindível a realização de exames laboratoriais e/ou testes rápidos conforme protocolo e normas vigentes.

QUEM faz? Médico solicita e a equipe de enfermagem encaminha/viabiliza a realização.

ACOMPANHAMENTO SOCIAL E PSICOLÓGICO

Deve-se realizar a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência sexual conforme atribuições e especificidades de cada categoria profissional.

QUEM atende? Assistente Social e Psicólogo.

SEGUIMENTO

Esclarecimentos e orientações sobre os direitos sociais; garantir agenda de acompanhamento clínico e psicossocial; encaminhamento para a rede de atenção e proteção, a fim interromper a cadeia e o ciclo da violência.

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nas situações de gravidez decorrente de violência sexual, informar sobre os direitos e encaminhar ao serviço de referência para interrupção da gravidez prevista em lei. Deve-se proceder conforme descrito no capítulo 3.7.

REGISTRO E COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Para atendimento nos serviços de saúde NÃO é necessário o registro de Boletim de Ocorrência (BO)!

Esclarecer que para a realização da coleta de vestígios no serviço de referência e/ou na sede do IML, a delegacia será acionada e o BO registrado, somente então seja realizada a coleta de vestígios de violência sexual pelos peritos, para fins de investigação.

QUEM? A equipe multidisciplinar aciona a delegacia de referência, após anuência da pessoa em situação de violência sexual. O perito do IML realiza a coleta de vestígios de violência sexual.

Fonte: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais.
Imagem ilustrativa: Créditos a Julia Moraes Wiracava (2021).

APÊNDICE 2 – MODELO DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

VERSÃO PRELIMINAR

APÊNDICE 3 - NORMATIVAS E MATERIAIS COMPLEMENTARES

Notificação de violência sexual - Sinan
Instrutivo de notificação de violência Interpessoal e autoprovocada, 2016.
Portaria nº 204/2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
Portaria nº 1.061**.** Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.
Crianças e Adolescentes
Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que altera o título VI da Parte Especial do Código Penal ("Crimes contra a dignidade sexual"), e a Lei no 8.072/1990, que dispõe sobre os crimes hediondos e revoga a Lei no 2.252/1954, que trata de corrupção de menores.
Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente – Anexo II Estratégia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (9 de outubro de 2012).
Lei nº 12.978, de 21 de maio de 2014, que altera o nome jurídico do artigo 218-B do Código Penal para "favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável" e acrescenta inciso ao artigo 1º da Lei no 8.072, para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança, adolescente ou vulnerável.

FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetorial (2020).

Marco Legal

Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde. Normativa que trata do aborto legal, 2005.

Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos (as) profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

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

Portaria MS/GM nº 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.

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

Outras Diretrizes e Portarias

Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à [illegible]

Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.

Resolução Conjunta nº 008/2020 entre Secretaria de Estado da Saúde e da Segurança Pública do Paraná, que dispõe sobre a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual no Estado do Paraná.

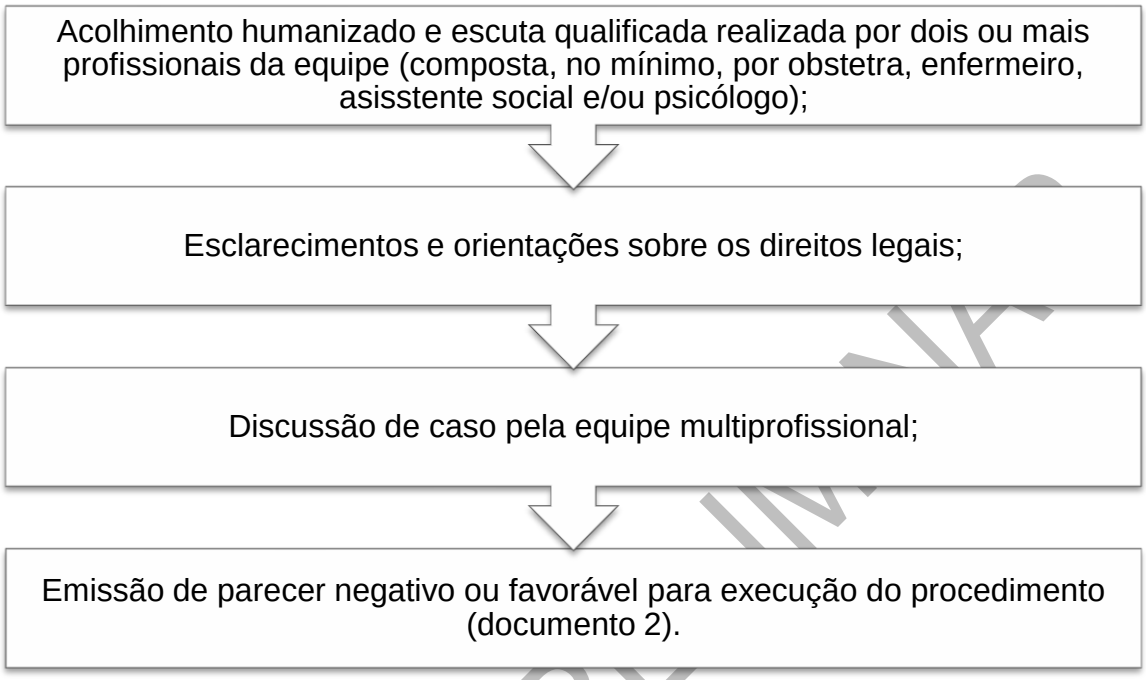
Nota Técnica nº 11/2020/ACOPS/DAV/SESA: Dispõe sobre orientações sobre atendimento às pessoas em situação de violência na Rede de Atenção à Saúde, notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada (Sinan) e comunicação externa nos casos de suspeita de violência contra a mulher [illegible]

Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único [illegible]

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

FONTE: SESA/DAV/CPRO/Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetorial (2020)

APÊNDICE 4 – CONDUTAS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCEDIMENTO DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ PREVISTA EM LEI NO ÂMBITO DO SUS



Parecer negativo a execução do procedimento (não autorizado):

- ✓ Dialogar com a pessoa em situação de violência sobre os preceitos éticos e legais, esclarecendo os motivos da negativa da realização procedimento;
- ✓ Encaminhar e garantir o acesso da pessoa em situação de violência a referência, conforme avaliação de risco, para o seguimento da gestação, com consulta pré-agendada para o início do pré-natal;
- ✓ Providenciar atendimento com profissional da psicologia com agenda prioritária.

Parecer favorável a execução do procedimento (autorizado):

- ✓ Disponibilizar o Termo de Relato Circunstanciado (documento 1), que deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço local, devendo conter: dia e hora aproximada do fato, tipo e forma de violência, descrição dos agentes da conduta, se possível, e identificação de testemunhas se houver, bem como advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica;
- ✓ Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez (documento 3), não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico;
- ✓ A usuária deverá receber atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, realizar registro das informações em prontuário médico de

VERSÃO PRELIMINAR

forma clara e objetiva. Realizar procedimentos clínicos, diagnósticos e administrativos (internação) conforme pactuado pela instituição;

- ✓ Esclarecer à mulher em linguagem acessível e clara sobre o procedimento que será adotado na realização da intervenção, os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde, como será o seguimento da assistência e quem serão os profissionais responsáveis pelo procedimento;
- ✓ Garantir o sigilo, assegurando sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;
- ✓ Deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez (documento 4);
- ✓ Emitir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (documento 5) e providenciar as assinaturas dos responsáveis pelo procedimento, da paciente e testemunhas, e otimizar agenda no centro cirúrgico e/ou centro obstétrico para realização do procedimento.
- ✓ Após a concretização do procedimento de interrupção de gravidez, realizar o compartilhamento e transição do cuidado, dando continuidade à atenção a pessoa em situação de violência, de acordo com as especificidades de cada caso.

IMPORTANTE: Os modelos de documentos disponibilizados podem ser adaptados e personalizados, devendo incluir a identificação do serviço de referência.

VERSÃO PRELIMINAR

DOCUMENTO 1 - MODELO TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

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 _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias:_____.

EM CASO DE AGRESSOR(ES) DESCONHECIDO(OS)

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 (alcoolizado, 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 (alcoolizado, drogado)

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

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data:_____

_____
Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS:

_____
Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

_____
Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

VERSÃO PRELIMINAR

FONTE: Adaptação da PORTARIA Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020

DOCUMENTO 2 – MODELO PARECER TÉCNICO

PARECER TÉCNICO

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_____, portadora do documento de identificação tipo_____nº_____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data:_____

_____
Médico (assinatura e carimbo)

VERSÃO PRELIMINAR

FONTE: Adaptação da PORTARIA Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020

DOCUMENTO 3 – MODELO TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de_____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____,nº _____, registro hospitalar nº _____, com _____ semanas de gestação. 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.

Local e data_____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO - Equipe multiprofissional:

_____
Carimbo e assinatura

_____
Carimbo e assinatura

_____
Carimbo e assinatura

VERSÃO PRELIMINAR

FONTE: Adaptação da PORTARIA Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020

DOCUMENTO 4 – MODELO TERMO DE RESPONSABILIDADE

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_____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data:_____

_____
Nome, identificação e assinatura

VERSÃO PRELIMINAR

FONTE: Adaptação da PORTARIA Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020

DOCUMENTO 5 – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Por meio deste instrumento, eu _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº_____ e/ou meu representante legal/responsável _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, 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 estar esclarecida(o) 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.

Os riscos podem ser encontrados nos protocolos da Organização Mundial de Saúde - OMS (Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde - 2ª ed. 1. Aborto induzido. 2.Cuidado pré-natal. 3.Bem-estar materno. 4.Política de saúde. 5.Guia - ISBN 978 92 4 854843 7), bem como do *National Health Service* - NHS, disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/abortion/risks/>.

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

Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e 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 _____ aos procedimentos necessários.

Local e data:_____

_____
Nome, identificação e assinatura

_____
Testemunha
Nome, identificação e assinatura

_____
Testemunha
Nome, identificação e assinatura

FONTE: Adaptação da PORTARIA Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020