



Núcleo Municipal Intersectorial de Prevenção de Violências e
Promoção da Saúde e Cultura da Paz

PROTOCOLO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

BITURUNA - PR
JUNHO DE 2021

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	3
1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3 SETORES ENVOLVIDOS / REDE DE PROTEÇÃO.....	6
4 DEFINIÇÕES.....	7
4.1 Violência Sexual	7
4.1.1 Estupro	7
4.1.2 Estupro de vulnerável	7
4.2 Porta de Entrada.....	8
4.3 Criança	8
4.4 Adolescente	8
4.5 Adulto/Idoso.....	8
4.6 Pessoa Vulnerável.....	8
4.7 Violência Institucional.....	8
4.8 Revitimização.....	8
4.9 Revelação Espontânea	9
4.10 Escuta Especializada.....	9
4.11 Depoimento Especial	9
5 RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS PORTAS DE ENTRADA	10
5.1 Observação dos sinais de alerta junto à população atendida.....	10
5.2 Acolhimento e abordagem	12
5.3 Atribuições da Gestão das Políticas Sociais	13
5.4 Garantia da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente.....	13
5.4.1 Revelação Espontânea	13
5.4.2 Escuta Especializada.....	14
5.4.3 Comunicação ao Conselho Tutelar	14
5.5 Notificação	15
5.6 Registro do Boletim de Ocorrência (BO).....	16
5.7 Encaminhamento ao Serviço de Saúde.....	17
6 ATENDIMENTO PELO CONSELHO TUTELAR.....	18
7 ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE SAÚDE.....	19
7.1 Atendimento até 72h.....	20
7.1.1 Anticoncepção de Emergência (AE)	20
7.1.2 Encaminhamento ao Hospital de Referência – Hospital Regional do Sudoeste (HRS)	22
7.2 Atendimento Após 72hs	23
7.2.1 Anticoncepção de Emergência (AE)	24
7.2.2 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).....	24
7.2.2.1 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis NÃO VIRAIS.....	25
7.2.2.2 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis VIRAIS	27
7.3 Seguimento laboratorial	28
7.4 Diagnóstico de IST	30
7.5 Gravidez decorrente de violência sexual	30
8 ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	32
9 ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO	34
10 CONTINUIDADE DO CUIDADO	35
11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS 41	
Anexo 1 - Fluxograma para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual	41
Anexo 2 – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.....	42

ANEXO 2- FLUXO INTERSETORIAL

ANEXO 3- FICHA DE NOTIFICAÇÃO

ANEXO 4- FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO/ANEXO 5 FLUXO LEI.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as pessoas no seu direito à vida, à saúde e à integridade física.

Entre as várias manifestações da violência, a sexual é uma das mais danosas, visto que provoca grandes transtornos físicos e emocionais, como ansiedade, medo, pesadelos, dores no corpo, risco de adquirir IST/HIV e de gravidez indesejada, além de tornar suas vítimas mais suscetíveis a outros tipos de violência, ao abuso de drogas, à prostituição, à exploração sexual, às disfunções sexuais, à depressão, às doenças psicossomáticas e ao suicídio.

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

É essencial a articulação e integração dos serviços de forma a evitar a revitimização dessas pessoas e, acima de tudo, oferecer-lhes atendimento humanizado, integral e resolutivo. Assim, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar “as formas traumáticas de intervenção”, além de estar sensibilizados e capacitados para identificar e tratar as pessoas que apresentem sinais e/ou sintomas que possam estar relacionados à violência sexual.

Neste contexto, o Protocolo Intersetorial de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual do Município de Bituruna representa uma ação importante para garantir a união necessária de esforços para combater a violência sexual, assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral e humanizado e contribuir para a redução da impunidade dos agressores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Orientar e sistematizar as condutas dos profissionais da Rede de Atenção e Proteção Social para a identificação das pessoas em situação de violência sexual e a fim de que o atendimento, a notificação, o encaminhamento, o acompanhamento e a realização da profilaxia das doenças resultantes da violência sexual sejam adequados.

2.2 Objetivos Específicos

- ◆ Promover articulação da rede de proteção;
- ◆ Contribuir para a promoção de atendimento integral e humanizado;
- ◆ Aumentar a agilidade e resolutividade do atendimento;
- ◆ Padronizar o atendimento.

3 SETORES ENVOLVIDOS / REDE DE PROTEÇÃO/ATENDIMENTO

- ◆ Secretaria Municipal de Saúde;
- ◆ Secretaria Municipal de Educação;
- ◆ Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Lazer;
- ◆ Secretaria Estadual de Educação;
- ◆ Conselho Tutelar;
- ◆ Conselho Municipal de Direitos (da Criança e do Adolescente e da Pessoa Idosa);
- ◆ Conselhos de Políticas Públicas (assistência, saúde, educação)
- ◆ Segurança pública;
- ◆ Poder Judiciário;
- ◆ Ministério Público;
- ◆ Hospitais;
- ◆ Organizações da Sociedade Civil (OSC);

4 DEFINIÇÕES

4.1 Violência Sexual

Define-se como violência sexual 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.

Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio ou penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo, divulgação de cenas de sexo, estupro ou de material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

4.1.1 ESTUPRO

O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro.

4.1.2 ESTUPRO DE VULNERÁVEL

O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente. Portanto, qualquer prática sexual com menor de 14 anos tipifica o crime de estupro de vulnerável previsto no artigo [217-A](#) do [Código Penal](#), com pena de reclusão de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

Incorre na mesma pena quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

4.2 Porta de Entrada

Define-se como porta de entrada, para os fins deste protocolo, o serviço que identificou primeiramente a situação de violência. São todos os pontos da rede de proteção: escolas, creches, serviços de saúde, de assistência social, de esporte, cultura e lazer, organizações religiosas, delegacias de polícia, Conselho Tutelar, entre outros.

4.3 Criança

Pessoa até doze anos de idade incompletos.

4.4 Adolescente

Pessoa entre doze e dezoito anos de idade incompletos.

4.5 Adulto/Idoso

Pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, sendo idoso a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

4.6 Pessoa Vulnerável

Pessoas que, independentemente da idade, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato libidinoso, ou que, por qualquer causa, não pode oferecer resistência.

4.7 Violência Institucional

Violência praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento à criança ou ao adolescente vítima ou testemunha de violência (Art. 5º, Inciso I Decreto Federal 9.603/2018).

4.8 Revitimização

Discurso ou prática institucional que submeta crianças e adolescentes a procedimentos

desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem as vítimas ou testemunhas a reviver a situação de violência ou outras situações que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem (Art. 5º, Inciso I Decreto Federal 9.603/2018).

4.9 Revelação Espontânea

É o relato espontâneo da criança ou adolescente sobre situação de violência da qual foi ou está sendo vítima ou sobre ato de violência que tenha presenciado, ao profissional que, possivelmente, tenha despertado sensação de segurança e confiança à criança ou do adolescente.

4.10 Escuta Especializada

A escuta especializada pode ser conceituada como: procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade (artigo 7º da Lei 13.431/2017). A Escuta Especializada não tem o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização, e fica limitada estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e de provimentos de cuidados. (Art. 19, § 4º, Decreto Federal 9.603/2018)

4.11 Depoimento Especial

Procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial e/ou judiciária com a finalidade de produção de provas¹. (Art. 8º da Lei 13.431/2017 e Art. 22 do Decreto Federal 9.603/2018).

Na organização do fluxo da Escuta Especializada e Depoimento Especial observar o que determina a Lei 13.431/2017; o Decreto Federal 9.603/2018 e Protocolo Escuta Especializada e Depoimento Especial do Estado do Paraná.

¹ Na falta de profissional especializado da equipe do Poder Judiciário, será nomeada pelo juízo, pessoa capacitada que não realize outros atendimentos ao suposto agressor, à suposta vítima ou às respectivas famílias (Protocolo Escuta Especializada e Depoimento Especial).

5 RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS PORTAS DE ENTRADA

Diante da suspeita ou confirmação de violência sexual, os profissionais da Rede de Proteção deverão prestar o devido atendimento, de acordo com as especificidades de cada serviço, e efetuar os encaminhamentos necessários para continuidade do cuidado e responsabilização do agressor. O atendimento deve ser realizado de forma articulada com os demais serviços locais de cuidado e proteção social.

O atendimento protetivo, no contexto da rede de proteção, possui caráter de acolhimento e acompanhamento, e não necessariamente da confirmação da ocorrência ou não de violência.

Independente de qual serviço seja a porta de entrada, os procedimentos devem obedecer a uma mesma lógica, seguir orientações pré-definidas, sendo que cada serviço é corresponsável pelo atendimento.

No município de Bituruna o atendimento às PSVS deverá ocorrer em conformidade com o presente protocolo, seguindo a lógica representada no Fluxo municipal de atendimento às pessoas em situação de violência sexual (Anexo 1).

5.1 Observação dos sinais de alerta junto à população atendida

Compreender os sinais de alerta é de extrema relevância para organizar os encaminhamentos e fluxos de atendimentos de cada caso e estruturar estratégias de prevenção. Tais sinais podem ser traduzidos como um conjunto de indicadores que auxiliam na leitura e na identificação das violências.

Aos profissionais das diversas áreas – saúde, educação, assistências social, segurança pública etc. - cabe detectar e distinguir esses sinais para que seja possível intervir (ver Quadros 1 e 2). Além dos sinais de alerta, a análise profissional para a intervenção deve também contemplar os elementos sócio-históricos e a multiplicidade das vidas das pessoas em situação de violência sexual (PSVS). Dessa forma, é possível problematizar, questionar e compreender os elementos que compõem o fato observado, seja suspeito ou confirmado.

Entre esses aspectos estão as considerações a respeito do modo de existência dessas pessoas, sua história singular e familiar, e seu lugar social, comunitário e econômico. O conhecimento de tais sinais é muito importante, pois nem sempre é fácil detectar a violência. O trabalho em parceria com a Rede de Proteção Social é o caminho mais apropriado para a análise dos casos suspeitos. (PARANÁ, 2018a)

Quadro 1- SINAIS DE ALERTA PARA QUALQUER TIPO DE VIOLÊNCIA

1. Lesões incompatíveis com o acidente relatado ou com a idade e o desenvolvimento psicomotor da vítima. Exemplos: quedas de bebê com menos de 4 meses, fraturas de perna em criança abaixo de 1 ano e queda do berço com fraturas cranianas incomuns para esse tipo de acidente.
2. Presença de várias lesões em distintas partes do corpo ou partes cobertas.
3. Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura.
4. Criança ou adolescente sob a tutela e cuidados exclusivos de um adulto com comportamento de risco. Exemplo: histórico de violência e uso de álcool.
5. Histórico de múltiplos acidentes, incluindo hospitalizações ou outros tratamentos de traumas.
6. Atraso incompreensível para a procura de cuidados médicos diante de alguma situação ou acidente.

Fonte: Paraná, 2018a

Quadro 2- SINAIS DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA SEXUAL

Físicos:

1. Lesões localizadas em região genital ou por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
2. Gravidez precoce ou aborto.
3. Manifestações de sexualidade precoce para a idade. Exemplos: brincadeiras sexuais erotizadas ou com o uso de força dirigidas a outras crianças e/ou masturbação compulsiva.
4. Histórico de fugas ou tentativas.
5. Presença de hematomas. Exemplo: marcas de corda, cinto e mordidas.
6. Ausência de cuidados com higiene.
7. Resquícios de sangue provenientes das partes íntimas nas roupas.
8. Dificuldades para caminhar e sentar.
9. Dor ao urinar.
10. Uso de roupas inadequadas ao clima.
11. Dificuldades do sono.

Psicológicos:

1. Alterações alimentares, como comer demais ou de menos.
2. Fadiga e cansaço.
3. Dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar. Exemplos: notas baixas na escola, dificuldades para se concentrar.
4. Alterações do sono. Exemplo: pesadelos durante a noite.
5. Alterações do humor. Exemplo: comportamentos agressivos ou extremamente passivos.
6. Depressão.
7. Desconfiança extrema e desmotivada. Exemplo: medo de ficar só ou em companhia de
8. Preferência de um lugar significativo a outro. Exemplo: a criança prefere a escola à casa. Ou não
9. Fugas de casa ou da escola e faltas escolares.
10. Agitação e choro desmotivado.
11. Uso de álcool e outras drogas ou prática de pequenos furtos.

Fonte: Paraná, 2018a

5.2 Acolhimento e abordagem

O acolhimento é a primeira etapa do atendimento. Ele facilita a abordagem às vítimas, que podem se sentir bastante ansiosas e com muito medo.

Por acolher, entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais que assegurem a dignidade da PSVS e garantam credibilidade ao atendimento. Neste contexto, a ética, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo são princípios fundamentais.

A escuta atenta e afetiva é ferramenta chave para o acolhimento. É entendida como uma escuta atenciosa e acolhedora, isenta de julgamentos morais ou estigmatizantes ou qualquer forma de discriminação. A abordagem deve ser realizada com sutileza, de forma a valorizar as informações prestadas pela PSVS. É importante agir com muito cuidado a fim de evitar mais traumas e revitimizações. Não devem ser feitos julgamentos e comentários de indignação, censura ou acusação.

Muitas vezes, a vítima não se sente à vontade para falar sobre o que viveu quando está na presença de familiares, até porque estes podem ser os próprios autores da violência. O profissional deve expressar que está pronto para ouvir e proporcionar um ambiente em que se sintam seguros e confiantes, com oportunidade para pessoa expressar o que sente e conversar sobre a situação de violência na qual está envolvida.

Destaca-se que a escuta atenta não significa que a PSVS será apenas ouvida, significa, essencialmente, traduzir as necessidades de proteção social e cuidados em oferta de serviços. Desse modo, é fundamental escutar atentamente o relato da vítima ou do responsável, a fim de obter informações suficientes para identificar as necessidades de atendimento do caso, ainda que preliminares.

Deve-se, também, zelar pelo sigilo das informações prestadas pela vítima ou por seu responsável. Comunicar a outros profissionais apenas o necessário para garantir o atendimento apropriado. Tal medida é necessária para que se proteja ao máximo a integridade psíquica e moral da PSVS e da família.

Na abordagem dos pais ou responsáveis, nas situações envolvendo crianças ou adolescentes, o profissional deve ser honesto e objetivo, fornecendo as informações necessárias. Os pais são responsáveis pelo cuidado dos seus filhos e, na maioria das vezes, devem ser comunicados logo que possível sobre o caso. Os profissionais devem explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda competente e de que precisará acompanhar os desdobramentos das ações de cuidado e proteção.

É fundamental informar a pessoa em situação de violência sexual ou seu responsável sobre o fluxo de atendimento e a importância de cada medida.

5.3 Atribuições da Gestão das Políticas Sociais

Cabe aos gestores municipais das Secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde:

- ◆ Disponibilizar espaço físico apropriado e acolhedor (em conformidade com o Art. 10 da Lei 13.431/2017) para o atendimento às PSVS;
- ◆ Formação continuada de seus servidores na perspectiva de qualificar a escuta e organizar um fluxo interno a fim de melhorar a resolutividade do atendimento;
- ◆ Promover o diálogo entre os diversos serviços e políticas públicas e estimular a articulação e efetivação de ações intersetoriais;
- ◆ Garantir profissionais capacitados para o atendimento.

5.4 Garantia da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente

A Doutrina da Proteção Integral prevê que crianças e adolescentes devem receber proteção especial em função de sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, sendo detentores, inclusive de um conjunto de direitos específicos que visam assegurar-lhes plenas condições para o seu desenvolvimento integral e sem violência.

Para fins de efetivação deste protocolo levar-se-á em conta o princípio da prioridade absoluta em todos os serviços que compõe a rede, em conformidade ao disposto no art. 4º, parágrafo único do ECA.

Com o advento da Lei 13.431/2017, regulamentada pelo Decreto Federal 9.603/2018, que estabelece o Sistema da Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente vítima ou testemunha de violência, dever-se-á observar os seguintes procedimentos no atendimento intersetorial de crianças e adolescentes em situação de violências (VER ANEXO 5):

5.4.1 REVELAÇÃO ESPONTÂNEA

Diante de uma revelação espontânea da criança ou adolescente sobre atos de violência, o profissional a quem a revelação foi feita, independentemente de que órgão fizer parte, deverá acolher a vítima, escutá-la sem interrupções, efetuando o mínimo possível de perguntas.

Após a revelação espontânea, o profissional informará, de acordo com o grau de entendimento da criança ou adolescente, que efetuará a comunicação obrigatória às autoridades competentes, quanto à situação de violência, descrevendo para a vítima como será o fluxo do atendimento do caso pela rede existente no município.

Feita a revelação espontânea, deve ser terminantemente proibido a condução da criança ou adolescente para que outros profissionais da mesma instituição interroguem novamente a criança ou adolescente sobre o fato. Caberá ao profissional que ouviu a revelação em primeira mão, reproduzir os acontecimentos, da forma mais fidedigna possível, para seus superiores hierárquicos e demais órgão que atuarão na proteção da vítima. (Recomendação 001/2018 CEDCA-PR)

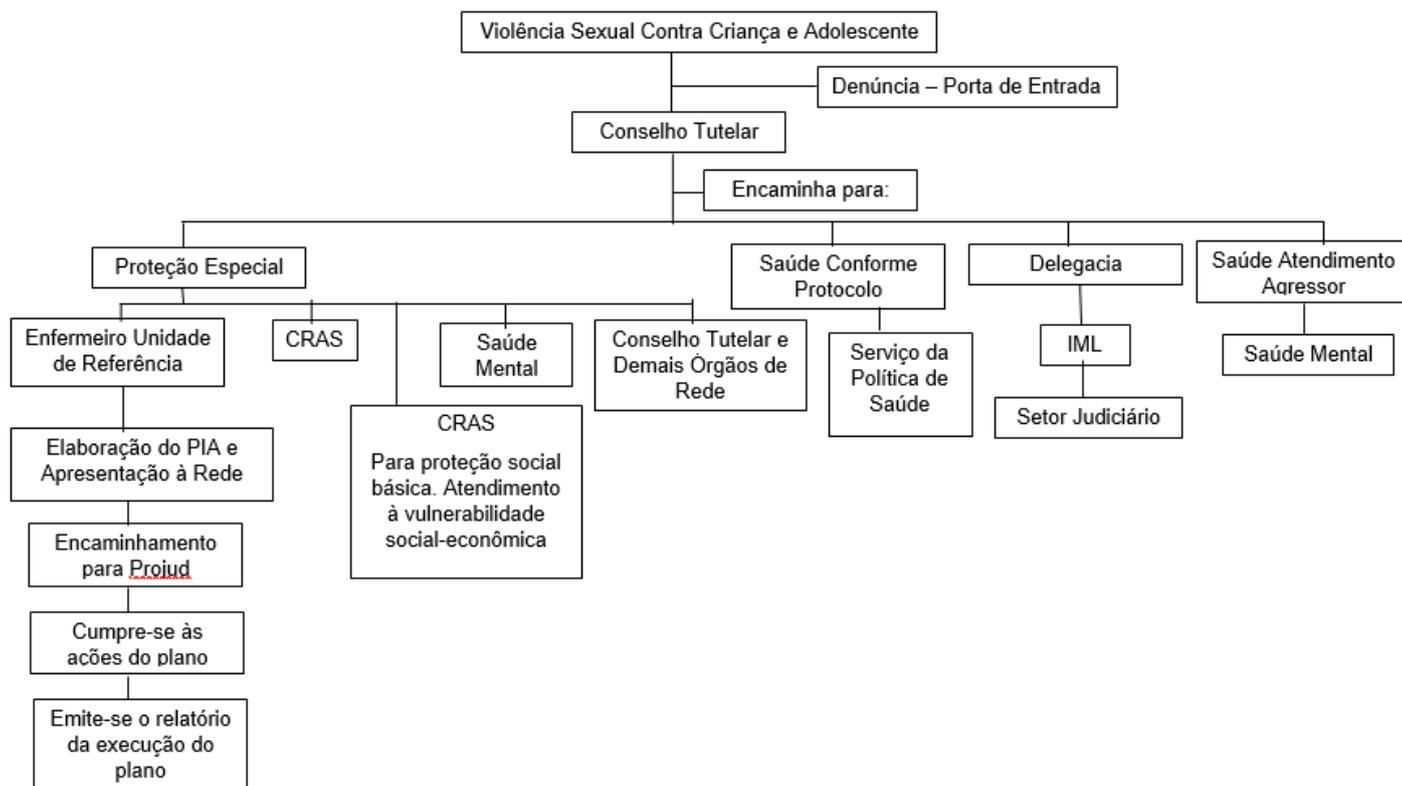
Em qualquer dos casos a instituição a que está vinculado o profissional que recebeu o relato espontâneo deve comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar.

5.4.2 ESCUTA ESPECIALIZADA

A escuta especializada poderá ser feita por órgão da rede de proteção, provenientes das áreas da assistência social, saúde, educação e organizações da sociedade civil, dentre outras que trabalhem na área de defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, por exemplo conselho tutelar ou por profissional previamente capacitado.



Fluxo detalhado



O objetivo da escuta especializada é de assegurar o acompanhamento da vítima em suas demandas, na perspectiva de superação das consequências da violação sofrida, inclusive no âmbito familiar. Nessa fase o foco deve ser voltado para o provimento de cuidado e atenção que a criança ou adolescente em situação de violência necessita.

5.4.3 COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR

Nas situações de violência sexual envolvendo crianças ou adolescentes é obrigatória a comunicação imediata ao Conselho Tutelar. Desse modo, quando o relato espontâneo da criança ou adolescente ou a percepção da suspeita ou confirmação da violência sexual acontecer nos serviços de educação, assistência social, saúde, cultura, esporte, organizações da sociedade civil, o fato deverá ser comunicado, obrigatoriamente, ao Conselho Tutelar¹, através de Ficha de comunicação ANEXO 4 (Cópia Protocolada, a via do Hospital fica em poder da Epidemiologia responsável pelo arquivamento) e telefonema pessoal.

1 Conforme determina o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A instituição que observar a suspeita ou confirmação da violência deverá proceder um registro objetivo e claro do relato da criança/adolescente ou dos fatos observados que provocaram a suspeita e enviar ao Conselho Tutelar, a fim de subsidiar os demais atendimentos, encaminhamentos e evitar a repetição do relato dos fatos pela criança/adolescente.

Qualquer órgão da rede de proteção que tomar conhecimento de criança ou adolescente em situação de violência deverá comunicar o Conselho Tutelar, na forma do art. 13 do ECA, acompanhando o caso posteriormente dentro de suas atribuições específicas.

5.5 Notificação

O registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências sexual compõe o atendimento integral às pessoas em situação de violência. A notificação é uma ferramenta que tem por objetivo produzir evidências epidemiológicas, subsidiando o planejamento, o monitoramento, a avaliação e execução de políticas públicas integradas e intersetoriais.

O preenchimento da ficha de notificação (Anexo 3) será realizado pelo serviço que for a porta de entrada no atendimento e estará disponível em todos os pontos da rede de proteção. Se por algum motivo não for preenchida na porta de entrada, o primeiro serviço de saúde que prestar o atendimento à PSVS realizará, obrigatoriamente, a notificação.

O registro será realizado em **duas vias: uma via fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada à Vigilância Epidemiológica Municipal para digitação e consolidação dos dados. Se houver necessidade de comunicar outro serviço, orientamos que seja encaminhado um breve relato no Formulário de Comunicação ou encaminhamento intersetorial de situação de violência (anexo 4).**

Uma vez identificada a situação de violência, a notificação de violência interpessoal e autoprovocada deverá ser realizada pelo profissional, em ficha produzida especificamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, preservando a confidencialidade e sigilo das informações. As informações devem ser claras e objetivas.

Comunicar imediatamente o Conselho Tutelar ao suspeitar de violência contra criança ou adolescente, podendo ser realizada por **COPIA PROTOCOLADA DE ENTREGA DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO ANEXO 4.**

A comunicação às autoridades competentes (Delegacia Especializada, Ministério Público, Conselho de Direitos, entre outros) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violência contra: idoso, mulher, LGBT, entre outros.

5.6 Registro do Boletim de Ocorrência (BO)

É obrigatório o Registro de Ocorrência Policial nos casos de violência envolvendo crianças, adolescentes ou pessoas incapazes, mas a exigência de apresentação de BO para atendimento nos serviços de saúde é ilegal. Todavia, esse registro deverá ocorrer paralelamente ao atendimento pela equipe de saúde, uma vez que a todas as condutas clínicas deverão ser implementadas com a maior brevidade possível a fim de minimizar os riscos à saúde da vítima. Em hipótese alguma este procedimento policial poderá retardar o atendimento clínico, colocando em risco a saúde da vítima.

Não há obrigatoriedade de registro policial da ocorrência quando a vítima for adulta e não vulneráveis. No entanto, é fundamental orientá-la e incentivá-la a fazer o registro, na perspectiva da responsabilização do agressor. O atendimento à saúde da PSVS é prioritário, portanto, os casos de violência sexual com indicação de avaliação clínica deverão ser encaminhados primeiramente ao serviço de saúde, que, por sua vez, orientará a vítima quanto à importância do registro do BO.

Em todos os casos, a denúncia é o que instaura o Inquérito Policial, que pode culminar na responsabilização do agressor. Portanto, é necessário que a PSVS ou seus responsáveis sejam adequadamente orientados quanto à relevância da denúncia.

5.7 Encaminhamento ao Serviço de Saúde

As pessoas em situação de violência sexual deverão ser encaminhadas ao serviço de saúde para avaliação clínica, onde serão adotadas as condutas para proteção da sua saúde.

Destaca-se que não há indicação de atendimento clínico para as vítimas de violência sem exposição ao contato contaminante com o agressor em práticas como: carícias nos órgãos genitais, masturbação, tentativa de estupro sem penetração (vaginal, oral ou anal), ou abuso sexual sem contato físico (assédio sexual, voyeurismo, exibicionismo). Porém, cabe ressaltar a importância do acompanhamento dessas vítimas pela Rede de Proteção Social e da avaliação quanto à necessidade de acompanhamento psicológico.

O(s) serviço(s) de saúde de referência no município para o atendimento são:

Hospital Sao Vicente de Paula. Para atendimentos em feriados e finais de semana

UBS - Dr. Oscar Geyer

UBS Lino Zini – Santo Antonio

UBS Libera Rossoni

UBS Clemens Fiorelli

UNIDADE/SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS COMPETÊNCIAS

6 ATENDIMENTO PELO CONSELHO TUTELAR

O conselheiro tutelar orientará a família ou responsável pela criança/adolescente a fazer o registro do BO na delegacia e aplicará as medidas protetivas necessárias ao caso, encaminhamento ao CRAS e/ou Equipe de Proteção Social Especial e ao MP – Promotoria com atuação na área da Criança, de acordo com o profissional designado em cada serviço.

Quando a família não for localizada ou o responsável legal for o agressor e não tiver na família extensa pessoa de referência que promova os encaminhamentos necessários para a proteção imediata da criança/adolescente, o Conselho Tutelar assumirá o acompanhamento da criança/adolescente nos procedimentos urgentes, conforme fluxo de atendimento e aplicará as Medidas Protetivas² necessárias.

Dentre as competências do Conselho Tutelar no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência destaca-se:

- Notificar e informar as autoridades judiciais, especialmente o Ministério Público, conforme prevê o artigo 136, inciso IV, do ECA, notícias de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;
- Realizar o acolhimento da queixa e/ou suspeita de violência;
- Preencher e encaminhar a Ficha de Notificação Obrigatória de Casos de Violência (ou suspeita) contra crianças e adolescentes;
- Aplicar as medidas previstas no ECA para garantia de direitos de crianças e adolescentes, sempre que esgotados os recursos e providências junto às famílias ou responsáveis;
- Acompanhar crianças e adolescentes nos procedimentos de avaliação, oitiva e exames periciais, quando não há à presença do responsável legal. Ou quando este for o suposto agente violador.

2 Determinada nos artigos 101, I a VII e artigo 129, I a VII do Estatuto da Criança e do Adolescente.

7 ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE SAÚDE

No que tange a atenção à saúde da PSVS, em âmbito nacional, destacam-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS. Em âmbito estadual, destaca-se a Resolução Conjunta N° 03/2020 — SESA/SESP.

O cuidado em saúde à PSVS deve ser realizado conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde e a Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual e Prevenção das ISTs:

- A PSVS deverá ser acolhida em ambiente seguro e que garanta a sua privacidade;
- Identificar a necessidade da abordagem clínica buscando evidenciar inicialmente o tipo e a natureza da violência sofrida;
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando a vítima para serviços específicos;
- Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário, com letra legível, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- A violência sexual constitui-se agravo de notificação obrigatória e imediata, conforme definido na Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Portanto, deverão ser notificados todos os casos atendidos nos serviços de saúde que ainda não foram notificados por outros serviços da rede. O instrumento utilizado para a notificação é a **Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovoada** (Anexo 3);

Não há nenhuma previsão legal para exigência do B.O para realização do atendimento na saúde, contudo, no caso de crianças, adolescentes e pessoas idosas o Conselho (ou outro órgão na ausência deste) deverá ser imediatamente comunicado para as providências cabíveis. Cabe a equipe de saúde acolher e fornecer orientações às pessoas quanto aos seus direitos e importância de buscar proteção e demais providências legais.

As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação (BRASIL, 2010).

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham um alto grau de suspeição. No Quadro 3, destacam-se possíveis sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes.

Quadro 3 – Sinais de violência sexual em crianças e adolescentes

- ◆ Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis);
- ◆ Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral;
- ◆ Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança;
- ◆ Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica);
- ◆ Rompimento himenal;
- ◆ IST;
- ◆ Gravidez;
- ◆ Aborto;

Fonte: BRASIL, 2010.

O atendimento clínico das PSVS está condicionado ao tempo transcorrido entre a ocorrência da violência e a entrada no serviço de saúde, por isso, orientamos que quanto mais precoce a administração da profilaxia, mais garantia da eficácia. Assim, estão preconizadas ações a serem executadas **até 72 horas** e **após 72 horas** da situação de violência sexual, conforme descrito abaixo, seguindo a lógica representada no *Fluxograma para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual* (Anexo 1).

7.1 Atendimento até 72h

As medidas profiláticas apresentam maior eficácia quando realizadas até 72h da agressão. Desse modo, as situações de violência sexual com menos de 72 h requerem abordagem de emergência.

A PSVS com menos de 72h da violência terá o atendimento clínico inicial no serviço de saúde municipal e será encaminhada em seguida conforme fluxo 2 (anexo) para continuidade da atenção.

No momento, as profilaxias são dispensadas no CISVALI de segunda a sexta das 8h às 17h. Após este horário ou final de semana, estarão disponíveis na UPA de União da Vitória.

7.1.1 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Portanto, o serviço de saúde que prestar o primeiro atendimento deverá administrar a AE.

A AE está indicada para todas as mulheres e/ou adolescentes (que já apresentem sinais

de puberdade e não estejam na menopausa) que tenham sofrido violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. É desnecessária a AE quando há o relato de uso prévio de método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral – CHO, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, DIU, laqueadura), porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

Nos casos de prática de ato libidinoso em que não haja possibilidade de contato de sêmen com a região genital da mulher, a AE poderá ser desnecessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas (Quadro 4).

Quadro 4 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Via	Posologia
Levonorgestrel (primeira escolha)	0,75mg de levonorgestrel	Oral	02 comp. em dose única
	1,5mg de levonorgestrel		01 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05mg de etinil-estradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 h (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel/comp.		04 comp. 12/12 h (total de 08 comp.)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica, 2012

Comparado ao levonorgestrel, os anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) apresentam maior taxa de falha. A frequência e a intensidade dos efeitos colaterais também são maiores. Os AHOC não devem ser empregados quando se utiliza o ritonavir, presente na profilaxia da infecção pelo HIV, pela significativa redução dos níveis séricos do etinilestradiol no sistema microsomal hepático. Portanto, esse método constitui segunda escolha, reservado somente para situações excepcionais, nas quais o levonorgestrel se encontre indisponível.

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares, são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o uso dos AHOC. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC.

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

Estudos verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção. Seu emprego, portanto, não deve ser limitado aos três primeiros dias da violência sexual.

7.1.2 Atendimento Hospitalar

No hospital Sao Vicente de Paulo, unidade de referencia do municipio de Bituruna, as pessoas em situação de violencia atendida em ate 72h, receberão inicialmente o atendimento clinico da Enfermeira responsavel e em seguida atendimento medico. Após atendimento clínico inicial e com os devidos cuidados medicos já realizados, a equipe de saude caso ainda nao o tenha feito, deve notificar a Equipe de Saude mental e Conselho tutelar para que se dê sequencia no atendimento, nos casos de necessidade de encaminhamento para a Delegacia da Mulher no fone: (42)3522-5898 e após o horário comercial, final de semana e feriado, ligar para a 4ª SDP (42)3521-3516 e plantão (42)3521-3501) para encaminhamentos ao IML.

Se a vitima estiver acompanhada ou for menor de 18 anos, orientar o conselho tutelar ou acompanhante a realizar o Boletim de Ocorrência na Delegacia e solicitar a requisição de exames para o IML.

A equipe de saude dever encaminhar/orientar a PSVS a registrar o Boletim de Ocorrência nas delegacias mencionadas e posteriormente realizar os procedimentos no IML.

Obs.: Casos de abuso sexual que envolva, exclusivamente, práticas como carícias nos órgãos genitais, masturbação, tentativa de estupro sem penetração (vaginal, oral ou anal), ou abuso sexual sem contato físico (assédio sexual, voyeurismo, exibicionismo) não há indicação de encaminhamento da vítima ao hospital de

referência. No entanto, deverá ser garantido atendimento na rede municipal, conforme necessidade de cada caso.

Ressalta-se que a identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do(a) autor(a). Assim, é pertinente que os(as) profissionais de saúde atentem para esses elementos e nas situações em que a vítima ou seus responsáveis tenham em mãos roupas, lençóis, preservativos ou outros materiais que possam servir de prova, os mesmos deverão ser acondicionados em embalagem de papel e encaminhados juntamente com a vítima ao serviço de saúde/IML.

Quando houver relato de que esses materiais encontram-se no local do crime, orientar a fim de que não ocorra manipulação das peças e comunicar a delegacia de polícia sobre a existência dos mesmos.

Crianças, adolescentes ou incapazes devem ser acompanhados por responsável.

Os Hospitais darão continuidade ao atendimento emergencial iniciado no serviço de saúde municipal

7.2 Atendimento Após 72hs

As PSVS atendidas nos serviços de saúde com mais de 72h transcorridas da violência terão o atendimento clínico realizado integralmente pelos serviços municipais. Elas devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados:

- ◆ Disponibilizar atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- ◆ Disponibilizar a coleta imediata do material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- ◆ Disponibilizar profilaxia da gravidez, das IST não virais e do vírus da Hepatite B;
- ◆ Preencher a Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Os casos de violência sexual são de Notificação Imediata em até 24 h;
- ◆ Agendar retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

7.2.1 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (AE)

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso, em virtude da maior taxa de proteção ser verificada nesse período. No entanto, estudos verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção. Desse modo, a administração da AE poderá

ocorrer até 5 dias após a ocorrência de violência sexual, observadas as indicações descritas no item 7.1.1.

7.2.2 PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

A profilaxia das ISTs pós-violência sexual deverá contemplar os agravos mais prevalentes. Para avaliação da indicação da profilaxia alguns aspectos devem atentamente ser observados:

- ◆ Tempo transcorrido da agressão;
- ◆ Tipo de material biológico envolvido;
- ◆ Tipo de violência sofrida (anal, oral ou vaginal);
- ◆ Número de agressores;
- ◆ Tempo de exposição (única, múltipla ou crônica);
- ◆ Ocorrência de traumatismos genitais;
- ◆ Condição himenal: íntegro, roto, lesão cicatrizada ou recente;
- ◆ Idade e susceptibilidade vítima;
- ◆ Presença de IST ou úlcera genital prévia;
- ◆ Histórico do agressor: se possível realizar testes rápidos (HIV, Hepatite B e C, Sífilis) e levantar o histórico vacinal.

Obs.: Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida – situação comum em violência sexual intrafamiliar – ou quando ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos, a profilaxia das IST não virais, do HIV e da hepatite B não está recomendada, porém é essencial que se interrompa o ciclo de violência.

A pessoa vítima de abuso sexual sexualmente ativa deve ser orientada quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais subsequentes à violência até que sejam descartadas possíveis contaminações. No momento do atendimento emergencial a pessoa pode não dispor de interesse em ouvir sobre atividade sexual futura, desta forma, deverá receber apoio e informação nos atendimentos posteriores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

7.2.2.1 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis NÃO VIRAIS

A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das PSVS dos possíveis e intensos impactos da violência sexual.

A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma IST.

No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos de violência sexual, deve-se colher material de conteúdo vaginal para diagnóstico de tricomoníase, gonorreia e clamídia.

A profilaxia das ISTs não virais não está recomendada nos casos de abuso crônico, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, porém, a avaliação deverá ser individualizada.

Os esquemas de profilaxia (Quadro 5) devem considerar a eficácia da medicação, a comodidade posológica, a presença de reações adversas e de interações medicamentosas.

Quadro 5- Profilaxia das ISTs não virais em situação de violência sexual

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal por três semanas (dose total 7,2 milhões UI)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + Azitromicina	500 mg, 1 ampola, IM, dose única	125 mg, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol*	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Notas:

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar fármacos alternativos.

A administração profilática do metronidazol ou suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral.

*Não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2018.

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia

das IST não virais em situações de violência sexual. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser eventualmente postergada em até 14 dias, em função das condições de adesão ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento, no entanto, se recomenda a profilaxia imediata, sempre que possível.

Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Sendo assim, é preferível adotar o esquema: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.

Caso seja feita a opção por medicações orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as IST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual.

Os médicos devem informar aos pacientes sobre os benefícios e os efeitos adversos associados à profilaxia. Podem ser associados antieméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

7.2.2.2 Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis VIRAIS

A profilaxia das IST virais contempla a prevenção da Hepatite B e do HIV. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade.

Algumas IST virais, como as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV), ainda não possuem profilaxias para situações de violência.

Apesar do risco de transmissão do vírus da hepatite C (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 a IST. Porém, também não existe até o momento medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição.

Imunoprofilaxia da hepatite B

Está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Porém, é necessário considerar as situações em que

a profilaxia não está indicada:

- ◆ Casos de violência sexual em que a vítima apresente exposição crônica e repetida;
- ◆ Pessoas com esquema vacinal para Hepatite B completo;
- ◆ Pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado;
- ◆ Vítimas sem exposição ao contato contaminante com o agressor: práticas sexuais em que não haja possibilidade de contato com fluidos corporais ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

Cabe ressaltar, que a decisão de iniciar a imunoprofilaxia contra a hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou à realização de exames complementares. O início da profilaxia está recomendado para pessoas não imunizadas, ou com esquema vacinal desconhecido ou incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames.

Quando indicada, a primeira dose da vacina deve ser administrada na ocasião do atendimento, no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa, e as doses posteriores realizadas nas UAPS, após análise dos exames de primeira consulta.

Nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto também deverá ser indicado a imunoglobulina humana anti- hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da que recebeu a vacina, e se a dose ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato.

Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas previamente.

A gestação não contraindica a imunoprofilaxia com vacina ou IGHAHB, em qualquer idade gestacional.

Profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP)

A profilaxia do HIV é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, que deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias, portanto, é iniciada no serviço de Urgência e Emergência, devendo ser acompanhada pela equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de origem, a quem cabe o incentivo ao uso correto das medicações e o monitoramento de possíveis efeitos colaterais.

A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus. Deve ser indicada após qualquer situação de

violência sexual em que exista risco de contágio.

Está contra indicada em caso de abuso crônico, com exposição repetida ao mesmo agressor.

7.3 Seguimento laboratorial

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizadas no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de IST, HIV ou hepatite. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início das profilaxias, quando indicadas.

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e na investigação das IST/HIV/Hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e ginecológico, associados aos testes complementares. Os serviços de saúde devem oferecer suporte laboratorial para a execução dos exames recomendados (Quadro 6) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

Quadro 6- Exames Laboratoriais

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Bacterioscopia de secreção peniana ou vaginal ^(a)	x		x		
Testagem para N. gonorrhoeae ^(b)	x		x		
Testagem para C. trachomatis ^(b)	x		x		
Sífilis	x		x	x	
Anti-HIV	x		x	x	
Hepatite B (HbsAg)	x			x	x
Hepatite C	x			x	x
Hemograma, creatinina ^(c) , ureia, ALT, AST, Amilase, bilirrubinas diretas e indiretas, Glicemia ^(d)	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
β HCG	x	x			

(a) Exame bacterioscópico para IST (Clamídia, Gonococo e Trichomonas)

(b) Para a investigação de C. trachomatis ou N. gonorrhoeae, recomenda-se o teste de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT). Na indisponibilidade do NAAT, a testagem poderá ser realizada através de cultura.

(c) Para cálculo do clearance de creatinina.

(d) Em caso de pessoa exposta com diabetes mellitus.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica; 2012.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2018.

A realização de hemograma e dosagem de transaminases é necessária somente para

pessoas que iniciem a profilaxia com antirretrovirais. Esses exames serão realizados na admissão e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico, na APS, juntamente com o β HCG para mulheres em idade fértil.

Para as PSVS atendidas nos serviços de saúde **antes** das 72h. Será solicitado pelo médico ou enfermeiro responsável pelo atendimento que o profissional do Laboratório LABOANALISES compareça na unidade para coleta de material.

As PSVS atendidas nos serviços de saúde **após** as 72h da agressão devem realizar os exames de admissão no laboratório local (*Galileu e Laboanalises*), sendo também encaminhadas pelo serviço de saúde, através da autorização via TFD.

A testagem da sífilis, do HIV, da Hepatite B e da Hepatite C será realizada através de teste laboratorial solicitado e definido de acordo com o atendimento médico. Em caso de TR positivo para sífilis ou hepatite encaminhar amostra ao LACEN para confirmação diagnóstica.

O acompanhamento laboratorial das vítimas atendidas pelo serviço de saúde após 72h da agressão dependerá do tempo transcorrido do evento e da janela imunológica do agente. Portanto, a decisão deverá ser individualizada com base na avaliação do caso. Fica a critério clínico definir os exames de seguimento que deverão ser realizados.

7.4 Diagnóstico de IST

Frente à confirmação diagnóstica de alguma IST durante o acompanhamento da vítima, deverá ser implementado o tratamento conforme protocolos estabelecidos. Para maiores informações consultar o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

As pessoas diagnosticadas com HIV deverão ser encaminhadas ao CISVALI para acompanhamento.

7.5 Gravidez decorrente de violência sexual

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da

gravidez, conforme Decreto-Lei 2848/ 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.

Quando a vítima optar pelo abortamento, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de referência para interrupção da gravidez, que, no âmbito da 6ª Regional de Saúde, é o Hospital de Clínicas (CIB/PR). Para maiores informações consultar a Norma Técnica do Ministério da Saúde: *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Garantir seguimento ambulatorial após a realização do abortamento.

Nos casos em que a opção foi pela continuidade da gestação, oferecer acompanhamento pré-natal. A mulher/adolescente deverá ser vinculada ao Pré Natal conforme critérios definidos na Linha de Cuidado Materno Infantil. Enfatiza-se a necessidade de acompanhamento psicológico da gestante.

Nas situações em que a mulher/adolescente demonstre interesse em realizar a entrega da criança para adoção, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção. Encaminhar a mesma à Vara da Infância e Juventude, conforme determina o art. 13, § 1o do Estatuto da Criança e Adolescente (LEI Nº 8.069/90). Concomitante deverá garantir-se a assistência psicológica à gestante/mãe, cumprindo o que dispõem o artigo 8º do ECA, § 4º e 5º.

Os trâmites para efetivar o processo de adoção é de responsabilidade da Justiça da Infância e Juventude, que respeitará o Cadastro de Pretendentes à Adoção existente em cada comarca.

Em suma compete a saúde:

- Realizar o acolhimento da queixa e/ou suspeita de violência;
- Avaliar e identificar sinais de violência física, negligência e abandono e violência sexual das pessoas atendidas pelo SUS;
- Avaliação clínica das pessoas em situação de violência e procedimentos imediatos necessários: curativo, suturas, medicação, etc;

- Acionar o Conselho Tutelar ou Serviço de Proteção Especial quando há suspeitas de violência contra criança, adolescentes ou idosos para realizar os demais encaminhamentos dentro da rede;
- Preencher e encaminhar a Ficha de Notificação Obrigatória de Casos de Violência (ou suspeita) contra pessoas em situação de violência;
- Encaminhamento para exames complementares e serviços hospitalares, quando necessários, assim como encaminhamento imediato para os serviços de urgência e emergência quando se tratar de violência sexual e haver suspeita de conjunção carnal ou ato libidinoso;
- Atendimento psicológico individual ambulatorial, após recebimento da ficha de encaminhamento da Epidemiologia. Chamando todos os pacientes indicados na FICHA DE COMUNICAÇÃO, para acolhimento, e dando posterior encaminhamento ao (CREAS) ou sequencia no atendimento a vitima.

Obs.: **As profilaxias de emergência são disponibilizadas diretamente no Hospital Sao Vicente de Paula, ja descentralizadas pela 6ª Regional de Saude.**

8 ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Todos os serviços oferecidos no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), governamentais e não governamentais, deverão manter-se atentos aos sinais de violência durante os atendimentos e visitas domiciliares.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade de proteção social básica do SUAS que disponibiliza os serviços da Proteção Social Básica (PAIF e SCFV) garantindo o acesso dos usuários aos direitos socioassistenciais. No atendimento as pessoas em situação de violência compete:

- Identificar os casos de risco e suspeita de violência;
- Realizar o acolhimento da queixa e/ou suspeita de violência;
- Preencher o FORMULARIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA SETORIAL nos casos de Violência e/ou confirmação de violência. Se for criança ou adolescente, comunicar obrigatoriamente o Conselho Tutelar;
- Encaminhar e Acompanhar a vitima ate a Unidade de Saude de referencia territorial a que a vitima pertence para atendimento medico, caso seja identificado suspeita de violência.
- Acompanhar as famílias atendidas em situação de vulnerabilidade social;
- Desenvolver serviços, programas e projetos relacionados ao desenvolvimento da função protetiva das famílias, desenvolver junto com as famílias estratégias de manejos e prevenções das situações de vulnerabilidades e violências e o fortalecimento dos vínculos sociofamiliares;
- Receber e atender os casos encaminhados por outros serviços, realizando as ações necessárias;
- Viabilizar aos usuários atendidos o acesso a renda, serviços, programas e projetos sociais, etc.
- Quando necessário, Encaminhar a PSVS para o serviço especializado (Saude Mental, CRAS, com acionamento do Conselho Tutelar)

Os serviços da Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade, desenvolvidos pelos CREAS, através do PAEFI, ou Equipes de PSE, vinculadas ao órgão gestor da Assistência Social, deverão realizar atendimento de emergência às pessoas em situação de violência, sendo, portanto, o órgão de referência da rede no atendimento a este público. Dentre as competências do CREAS no atendimento as pessoas em situação de violência destaca-se:

- Avaliar sinais de violência nas famílias, durante a realização de visita domiciliar e acolhimento e atendimento de denúncias de maus-tratos;
- Acolher as vítimas e as famílias encaminhadas pelos serviços da rede e/ou aqueles que procuram

espontaneamente o serviço;

- Preencher e encaminhar o FORMULARIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA SETORIAL nos casos de Violência e/ou confirmação de violência. Se for criança ou adolescente, comunicar obrigatoriamente o Conselho Tutelar;
- Avaliar a gravidade do caso³, identificando as possibilidades pessoais e os recursos sociais e familiares, construir o Plano de Atendimento Familiar e/ou Plano de Atendimento Individual e efetivar o atendimento;
- Realizar o acompanhamento especializado através de atendimentos continuados e encaminhamentos da família ou pessoa em situação de violência para programas internos e da comunidade, de acordo com suas necessidades;
- Proporcionar espaço de escuta qualificada e reflexão, além de suporte social, emocional e jurídico-social às famílias e indivíduos acompanhados;
- Proporcionar atendimento para autores de violência;
- Oferecer orientações psicossociais direcionadas a promoção de direitos, preservação de vínculos familiares e comunitários, a fim de fortalecer a função protetiva das famílias diante de situações que as fragilizam. Tais ações são desenvolvidas através de acolhida, atendimentos individuais, familiares ou em pequenos grupos, visitas domiciliares ou institucionais e encaminhamentos para toda a rede de atendimento e proteção;

Nos casos envolvendo PSVS os serviços da PSE devem constituir-se como um dos grandes articuladores para que a rede se fortaleça no atendimento integral a esse público.

Como no município o atendimento de Média complexidade se encontra no CRAS, esta demanda é absorvida pela Psicóloga e equipe do CRAS.

³ Utilizar os critérios de avaliação de gravidade do caso disponível no Caderno orientativo para o trabalho intersetorial no enfrentamento da violência contra criança e adolescente (39 a 45)

9 ATENDIMENTO PELOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO

As escolas (estaduais e municipais) e Centros Municipais de educação infantil (CMEIS) constituem-se como um espaço privilegiado de identificação de sinais de violência ou de revelação de situações de violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais da educação deverão ficar atentos aos sinais de violência em crianças e adolescentes. Caso tenha dificuldades na identificação na situação de violência procurar ajuda da equipe de saúde.

No atendimento as crianças e adolescentes em situação de violência, compete aos profissionais de educação:

- Estar sempre alerta para qualquer sinal de violência em crianças e adolescentes ;
- Em caso de revelação espontânea o profissional deve acolher e ouvir o estudante, sem fazer interrupções, e registrar, em momento oportuno, fidedignamente, a situação ocorrida;
- O profissional, que realizou a escuta, deve informar ao estudante sobre o seu dever de comunicação, notificação as autoridades e fluxo de atendimento;
- Comunicar a equipe diretiva do Estabelecimento de Ensino casos de suspeita de situação de violência, participar do processo de identificação e acompanhamento do caso;
- Um membro da equipe diretiva da Instituição de Ensino deve preencher e encaminhar o FORMULARIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA SETORIAL e acionar o Conselho Tutelar.
- Priorizar o Atendimento de estudantes em situação de violência em atividades extracurriculares, em contraturno, oferecidas pelo Estabelecimento de Ensino;
- Acompanhamento pedagógico para minimizar os possíveis prejuízos;
- Adotar medidas para evitar a Evasão Escolar.

SERVIÇOS DE SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA

O atendimento integral às pessoas que sofrem violência prevê, além das ações de cuidado e reintegração da saúde física e mental das vítimas, sua proteção. Para isso a identificação, responsabilização e aplicação de medidas cautelares contra o agressor, assim como medidas protetivas da vítima e seus familiares são de extrema importância garantindo a manutenção e o restabelecimento dos direitos violados. Assim as ações do Sistema de Justiça devem ser coordenadas com as demais executadas pelos demais órgãos públicos de proteção.

10 MINISTÉRIO PÚBLICO

O Ministério Público é a instituição, dentro do Sistema de Garantia de Direitos, detentora da função de aplicar e fiscalizar o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, Lei da Pessoa com Deficiência e, “... muito além do trabalho processual de proteção aos direitos da vítima e a responsabilização do agressor, tem por missão legal (artigo 201, VII, ECA), com prioridade absoluta, atuar na linha de frente, junto à comunidade e ao poder público, como articulador das ações de prevenção e de garantia de atendimento especializado e prioritário das crianças e adolescentes em situação de violência constatada”.

Cabe ao Ministério Público, dentre suas diversas atribuições, no atendimento integral às vítimas de violência:

- Receber denúncia ou notícia de fato a partir de qualquer pessoa sobre o caso de suspeita de violência ou confirmação de violência sexual;
- Promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses individuais de pessoas que sofrem violência;
- Requisitar informações, exames, perícias e demais documentos para instruir procedimentos administrativos;
- Determinar a instauração de inquérito policial e diligências investigatórias para apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção à infância e a juventude e outros públicos protegidos, inclusive solicitar a tomada de depoimento especial antecipado (em fase pré-processual);
- Promover medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis buscando o efetivo respeito

aos direitos e garantias legais da população vulnerável;

- Fiscalizar e acompanhar todas as etapas pré-processuais e processuais envolvendo do público mencionado;

11 POLICIA CIVIL

A Constituição Federal determina à Polícia Civil funções de polícia judiciária e a apuração de atos infracionais contra as leis criminais, também chamadas infrações criminais, crimes ou delitos (artigo 144, parágrafo 4º). Assim, a Polícia Civil cabe apurar os fatos e reunir provas para que a Justiça possa julgar o suposto réu.

Enquanto órgão da proteção, a Polícia Civil tem o dever de conhecer e aplicar o Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha e Lei da Pessoa com Deficiência, cuidando para que eles tenham garantido todos os direitos fundamentais previstos em lei. Nestes casos de violência contra o público mencionado, compete:

- Receber denúncia ou notícia de fato de casos de suspeita de violência sexual contra criança, adolescente, mulher, idoso e pessoa com deficiência;
- Registro de Boletim de Ocorrência Circunstanciado;
- Expedir ficha de encaminhamento para realização de exames periciais (lesão corporal, conjunção carnal e ato libidinoso);
- Investigação e produção de provas no inquérito policial;
- Cumprimento de mandados judiciais de prisão, afastamento e demais medidas cautelares.

12 VARA CRIMINAL E DE INFÂNCIA E JUVENTUDE

A Vara Criminal, através da autoridade do Juiz de Direito, é responsável por processar e julgar pessoas que cometeram crimes. Em um caso de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos ou pessoa com deficiência, a partir da notificação, o Ministério Público dirige a fase de inquérito, buscando averiguar a existência ou não do crime. Se a investigação trouxer indícios suficientes da autoria e do cometimento do crime, o Ministério Público propõe a ação penal, oferecendo a denúncia com base nos elementos de investigação (art. 41, CPP).

A denúncia é a peça processual que inicia o processo penal e é oferecida pelo Promotor de Justiça ao Juiz de Direito, objetivando a responsabilização do abusador ou, se provada a inocência do réu, a sua absolvição (art. 41 CPP). Seguindo as normas do processo penal, o Juiz da Vara Criminal conduz o processo até a prolação da sentença. No decorrer do processo, o Juiz pode determinar a prisão preventiva do acusado, assim como tomar outras medidas cabíveis visando a proteção da vítima e a preservação do processo.

Ao Juizado da Infância e da Juventude compete a prestação jurisdicional à criança e ao adolescente e o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Cabe ao Juiz da Infância e Juventude, “processar e julgar causas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente e na legislação complementar, (...) além de questões cíveis em geral, inclusive as pertinentes a registros públicos, desde que concernentes a soluções de situações irregulares em que se encontra a criança e o adolescente interessado”. No artigo 148 do ECA, encontramos, dentre as competências da Justiça da Infância:

IV - conhecer de ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos à criança e ao adolescente, observado o disposto no art. 209;

VI - aplicar penalidades administrativas nos casos de infrações contra norma de proteção a criança ou adolescentes;

VII – conhecer de casos encaminhados pelo Conselho Tutelar, aplicando as medidas cabíveis.

Nos casos de violência cometida contra crianças e adolescentes, o Juiz de Infância pode determinar as medidas protetivas previstas pelo artigo 101 do ECA, como encaminhamento da criança a um outro responsável (ou mesmo alteração da guarda), acolhimento institucional ou colocação em família substituta, assim como os demais encaminhamentos visando a proteção integral da vítima (tratamento, acompanhamento psicológico, inclusão em

programas comunitários de proteção, etc.).

As medidas de proteção relativas a mulher, pessoa com deficiência e idosos, serão submetidas ao Ministério Público e Juiz após a abertura do Boletim de Ocorrência, na delegacia.

13.1 Equipe Técnica (S.A.I.J)

As Varas de Infância do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná contam com uma Equipe Técnica com profissionais como psicólogos, assistentes sociais e pedagogos, que auxiliam o Juiz e Promotor responsáveis a subsidiarem suas decisões a partir de avaliações técnicas e periciais realizadas com as vítimas, familiares e outras pessoas envolvidas.

O ECA descreve as atribuições das Equipes Interprofissionais em seu artigo 151: “...fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e bem assim desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico”.

Assim o S.A.I.J realiza avaliações psicológicas determinadas pelo Juiz de Infância (ou demais Juízes da Comarca, desde que envolva interesse de crianças) a fim de auxiliar as tomadas de decisões. Na Vara de Infância, o S.A.I.J atua em ações de medidas de proteção como acolhimento institucional, destituição do poder familiar e colocação em família substituta (adoção), assim como nos processos infracionais de medidas socioeducativa. Nos processos da Vara de Família, atua em casos de guarda e regulamentação de visitas.

No atendimento às vítimas de violência o S.A.I.J atua nas avaliações, acompanhamentos e encaminhamentos para os demais órgãos da rede nos processos de medidas protetivas envolvendo crianças e adolescentes.

13 CONTINUIDADE DO CUIDADO

A PSVS deverá ter garantido o seguimento na Rede de Atenção e Proteção Social, com acompanhamento multiprofissional para suas demandas sociais, jurídicas, psicológicas e médicas, proporcionando, assim, sua reestruturação emocional e reintegração social.

O acompanhamento clínico será norteado pela equipe de saúde da UBS a qual o PSVS pertence, onde receberá todas as orientações sobre o acompanhamento integral do paciente

O atendimento psicoterapêutico, quando indicado, será realizado pelos profissionais de psicologia que atuam nos serviços de saúde vinculados a Equipe multiprofissional da Fundação Municipal de Saúde

O acompanhamento psicossocial no âmbito do SUAS, possui caráter coletivo, prioritariamente, através dos grupos de apoio às crianças, adolescentes e suas famílias e pelas oficinas socioeducativas com a finalidade de fortalecimento ou restabelecimento dos vínculos familiares e comunitários, promoção das funções sociais da família; a reparação de experiências de violações de direitos, no qual se expressam através das oficinas presentes nos clubinhos

As situações de violência com gravidade moderada e grave necessitam de acompanhamento intersetorial, através da discussão e acompanhamento dos casos em rede, composta por integrantes do Conselho Tutelar, Saúde, Equipe Saúde mental, Assistência Social e Educação, em reuniões definidas em comum acordo com todos os integrantes desta rede.

Para os casos encaminhados aos Serviços de Urgência/Emergência, deverá ser garantida a continuidade do cuidado na Rede de Atenção e Proteção Social, em conformidade com as recomendações realizadas pela equipe multiprofissional hospitalar e com o presente Protocolo.

14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação deste protocolo e dos fluxos de atendimento serão coordenados pelo coordenador da EQUIPE DA SAUDE MENTAL da Fundação Municipal de Saude, que ficará responsável pela atualização das informações.

A atualização do protocolo e dos fluxos de atendimento ocorrerá sempre que a equipe integrante da rede julgar necessário, desde que apresente documento formal escrito, contendo justificativa.

15 DEFINIÇÕES IMPORTANTES NO MUNICIPIO

- A portaria Nº 088/20217, é o documento legal que institui o NUCLEO MUNICIPAL INTERSETORIAL DE PREVENÇÃO DE VIOLENCIAS E PROMOÇÃO DA SAUDE E DA CULTURA DA PAZ.

- A Portaria Nº XXX/2021, atualiza os membros deste Nucleo.

- A forma de comunicação PACTUADA entre os setores é o FORMULARIO DE COMUNICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO INTRA/ INTERSETORIAL

- Contato das referencias no atendimento do municipio

TELEFONES DE CONTATO DAS REFERENCIAS

Entidade	Nome/ Função	Profissão	Contato Pessoal	Contato local
Conselho tutelar				
ESF – Satelite de Estensão São Joao	Maristela Ap. De lima	Enfermeira	42 99977-2134	0800 885 8419
ESF Libera Rossoni	Eliane Ap. Ribeiro Ciotta	Enfermeira	42 99839-0408	0800 885 8419
ESF Dr Serafin Miron Martins	Maria Claudete de Campos	Enfermeira	42 99917-4407	42 3553-3019
ESF Dr Lino Zini	Natali Evelin Cunha	Enfermeira	42 99800-6043	42 3511 1118
ESF Clemens Fiorelli	Josiane Greselle	Enfermeira	42 93300-3907	42 3553-3020
ESF Dr Oscar Geyer	Sirlei Pedrollo Bez	Enfermeira	42 99931-5981	0800 885 8419
Hospital São Vicente De Paula	Rafaela Camana	Enfermeira	42 99819-9921	0800 885 8419
Fundação Municipal de Saude	Josmar Guizs Cruz	Secretario de Saude	42 99964-5941	0800 885 8419
Vigilancia Epidemiologica	Vinicius Fernando Mendes	Coordenador	42 99962-2737	0800 885 8419
Coordenação da Atenção Básica	Josiele Paz	Coordenadora	42 99921-7982	0800 885 8419
Nucleo de Saude Mental	Carolina A. Camargo Coloda	Coordenadora	42 99833-7957	0800 885 8419
Assistencia Social – CRAS	Liliane Conte	Assistente Social		0800-8885158
Secretaria de Educação				42 3553-8091
LABOANALISES Lab. de An.Clinicas	Denise Fiorelli	Farmaceutica		42 3553-2162
GALILEU Lab. de An.Clinicas	Jessica Guedes Agustini	Responsável		42 99988-8661

- A escuta especializada é feita somente por profissional qualificado e nomeado pelo Juiz de direito, conforme mencionado no item 4.11 deste protocolo. No municipio todas as portas de entrada sao capacitadas para realizar o acolhimento, sendo as psicologas dos serviços de referencias, apos receberem os encaminhamentos, os profissionais responsáveis por realizar o acolhimento especializado.

- Após o atendimento as PSVS menores de idade, que estão sob cuidados do Conselho tutelar, o formulário de comunicação intersetorial deve chegar ao coordenador do núcleo de Saúde mental da Fundação Municipal de Saúde em até 3 dias, para que o atendimento seja agendado com a psicóloga do Núcleo de Saúde mental. Após consulta com a psicóloga, a mesma faz avaliação da necessidade de acompanhamento psicoterapêutico, e havendo a necessidade o caso será discutido em reunião de Rede, ordinária ou extraordinária para elaboração do Plano Individual de Atendimento, e completar o atendimento integral do PSVS.

- Os casos em que o atendimento ao PSVS é determinado através de ofício Judicial, geralmente encaminhados ao serviço de proteção especial, onde no município de Bituruna funciona nas dependências do CRAS, a sequência no atendimento psicológico é de responsabilidade da psicóloga lotada no CRAS, sendo o caso discutido em rede para atendimento e acompanhamento integral do paciente.

- Para os casos onde não há determinação judicial para atendimento psicoterapêutico, os PSVS é encaminhado para acompanhamento da equipe de psicólogas do Núcleo de saúde mental. O encaminhamento pode ser diretamente pela Unidade que procedeu atendimento ou solicitado pela rede ou até mesmo agendado através da avaliação do formulário Intersectorial.

- Para o atendimento dos casos de violência sexual que acontecerem em até 72 horas, que seja constatado a necessidade de administração dos kits de medicamentos para as profilaxias de emergência, pode se proceder da seguinte forma: Caso o acolhimento inicial aconteça no Posto de saúde, e este dispor da presença do médico no momento, esta unidade pode solicitar ao farmacêutico do Hospital São Vicente de Paula, responsável pela dispensação do Kit que encaminhe o medicamento até o Posto de Saúde para que a PSVS não necessite descolar-se até o Hospital. Caso o médico não esteja presente no momento a vítima deve ser encaminhada para o HSVP, através de contato entre os enfermeiros de referência do serviço para que a medicação seja administrada no Hospital São Vicente de Paula. Caso a ocorrência seja em período de final de semana, feriados ou após as 17:00, todo o atendimento será diretamente no Hospital do Município.

- O município não dispõe de Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, sendo a demanda existente absorvida pelos profissionais do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e compartilhado com a equipe de Saúde quando necessário, compartilhado em reuniões específicas de discussão de caso proporcionado pela rede já existente.

- O SUAS (Sistema Único de Assistência Social), do município, através do CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), é o responsável pelo atendimento nos casos de baixa, média e alta complexidade, onde os profissionais da equipe promovem o acolhimento e de acordo com a complexidade procedem avaliação da necessidade de prosseguimento ou encaminhamento do caso aos demais serviços da rede de proteção, solicitando quando necessário reuniões extraordinárias com os demais membros da rede para discussão do caso e posterior confecção do Plano Individual de Atendimento e Projeto Terapêutico Singular.

- O processo de monitoramento e avaliação da rede acontece mediante o acompanhamento de 3 Indicadores:

1 – Número de Reuniões ordinárias e extraordinárias no Bimestre.

2 – Número de Notificações do SINAN (Vigilância Epidemiológica) x Nº de atendimento por profissional psicólogo (1ª consulta)

3 – Número de Formulário de Comunicação e/ou encaminhamento x Número de Formulário de Comunicação e/ou encaminhamento preenchidos de maneira completa, que cheguem até o coordenador do Comitê.

Os dados serão colhidos, planilhados e apresentados pelo coordenador do Núcleo de violências nas reuniões ordinárias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: https://cedecarj.files.wordpress.com/2017/11/livro-plano-nacional-_12_02_2015.pdf. Acesso em 21 mar. 2019.

BRASIL. Decreto Federal 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p 1 - 2.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 06 de março de 2020.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 21 de março de 2020.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 2 ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 5 abr. 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>. Acesso em: 21 mar.2020

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 124 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério da justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1. ed. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

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 União**, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Seção I, nº 63. p 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 86, p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autopro

vocada_2ed.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente. **Parâmetros de Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência.** Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/crianca-e-adolescente/parametros-de-escuta-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-violencia.pdf/view>.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência.** Hedi Martha Soeder Murano *et al.* (Orgs.) 3.ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?id=861>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ITAIPU BINACIONAL. Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência do Município de Foz do Iguaçu. CRAVEIRO, A.V. (Org.). Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016.

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. **Deliberação Nº 027**, de 11 de março de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2999>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Grupo de Trabalho - Lei nº 13.431/2017. **Ato Conjunto: implementação da Lei nº 13.431/2017.** Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/convenios/2019/ato_conjunto_2019_parana_lei13431.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

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.** Coordenação da Política da Criança e do Adolescente. Curitiba: Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social, 2018a. 160 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. Conselho Estadual dos

Direitos da Criança e do Adolescente. **Recomendação 001/2018 CEDCA-PR** - sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, conforme disposto na Lei nº 13.431, de 2017. Disponível em: [http://www.cedca.pr.gov.br/arquivos/File/notas_tecnicas/RECOMENDACAO DO CEDCA -_001.pdf](http://www.cedca.pr.gov.br/arquivos/File/notas_tecnicas/RECOMENDACAO_DO_CEDCA_-_001.pdf). Acesso em: 27 mar. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR). Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecóits. **Protocolo de atendimento à pessoa em situação de violência sexual**. Ago. 2018b. Francisco Beltrão - PR.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR). Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual/ SAS**; Autoras: Márcia Huçulak, Maria Cristina Fernandes Ferreira, Hellem Luciana Damrat Tchaikovski . 2. ed. Curitiba: SESA, 2017. 35 p.

PARANÁ. Secretarias de Estado da Saúde. Secretaria de Estado de Segurança Pública. Resolução Conjunta SESA/SESP nº 03, de 23 de março de 2020. Define parceria entre as Secretarias de Saúde e de Segurança Pública para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial Executivo** [Poder Executivo Estadual]. Curitiba, PR, 23 março. 2020. N. 10653. p 230-231.

Recomendação 001/2018 CEDCA-PR. Sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, conforme disposto na Lei nº 13.431, de 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Crianças_e_Adolescentes_Vitimas_de_Violencia-compressed.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual - http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/protocolo_apsvs_ultimaversao.pdf. Acesso em:01/10/2020

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes - Norma técnica - Ministério da saúde - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf . Acesso em:01/10/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência Interpessoal e autoprovocada. [recurso eletrônico]. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf . Acesso em:02/10/2020

ABREVIATURAS E SIGLAS

AE- Anticoncepção de Emergência

AHOC- Anticonceptivos Hormonais Orais Combinados

APS- Atenção Primária à Saúde

ARV- Antirretroviral

BO- Boletim de ocorrência

CHO- Contraceptivo Hormonal Oral

CMEI- Centro Municipal de Educação Infantil

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DIU- Dispositivo Intra Uterino

HCV- Vírus da Hepatite C

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana (*human deficiency virus*)

HPV- Papilomavírus humano (*human papiloma virus*)

IGHAHB – Imunoglobulina Humana Anti - Hepatite B

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

OSC- Organização da Sociedade Civil

PAEFI- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos

PAIF- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PEP- Profilaxia Pós Exposição

PSB- Proteção Social Básica

PSE- Proteção Social Especial

PSVS - Pessoa em Situação de Violência Sexual SAE-

Serviço de atenção especializada

SCFV- Serviço de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação SMS -
Secretaria Municipal de Saúde

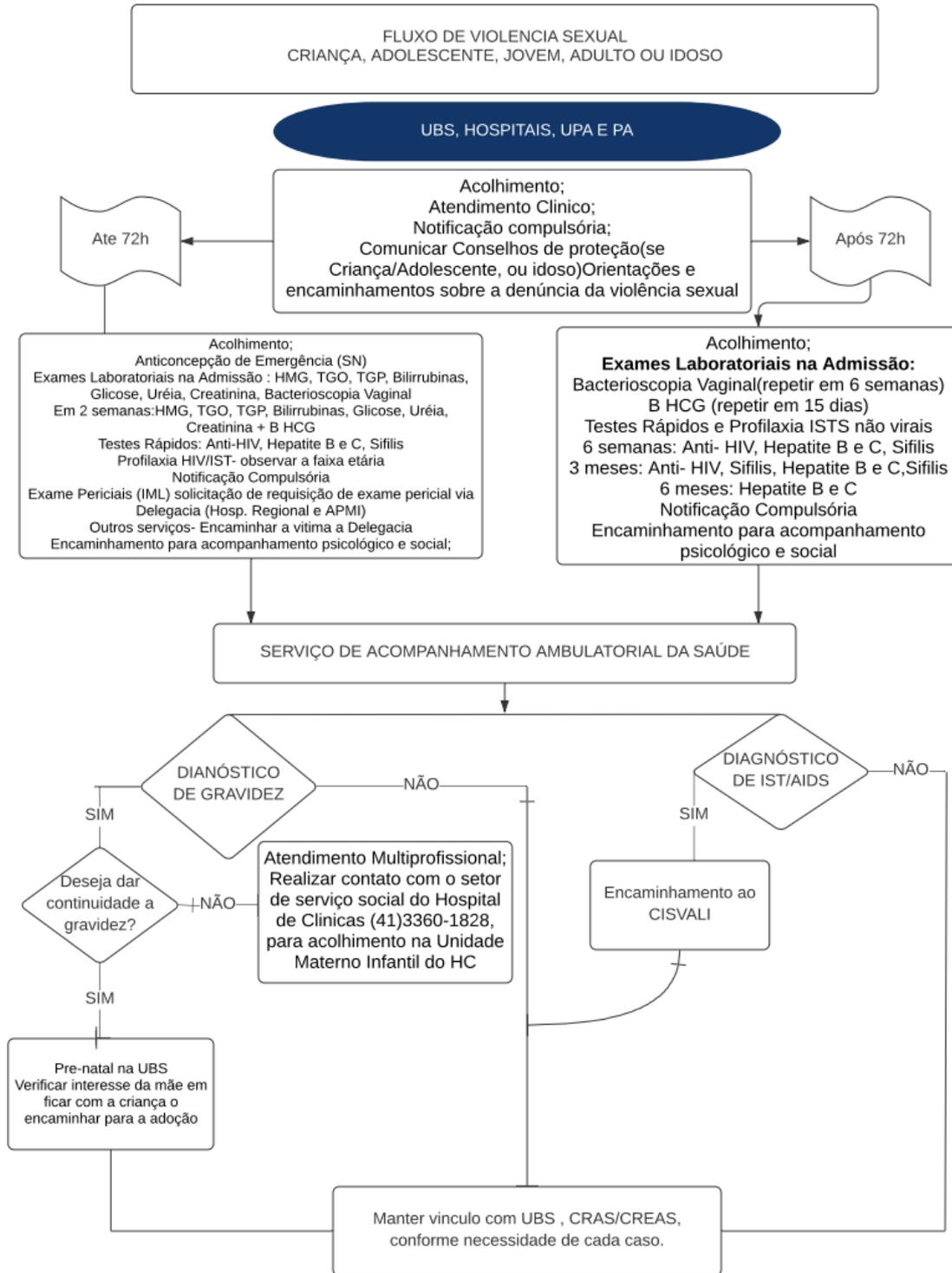
SUAS- Sistema Único de Assistência Social TR-

UAPS- Unidade de Atenção Primária à Saúde

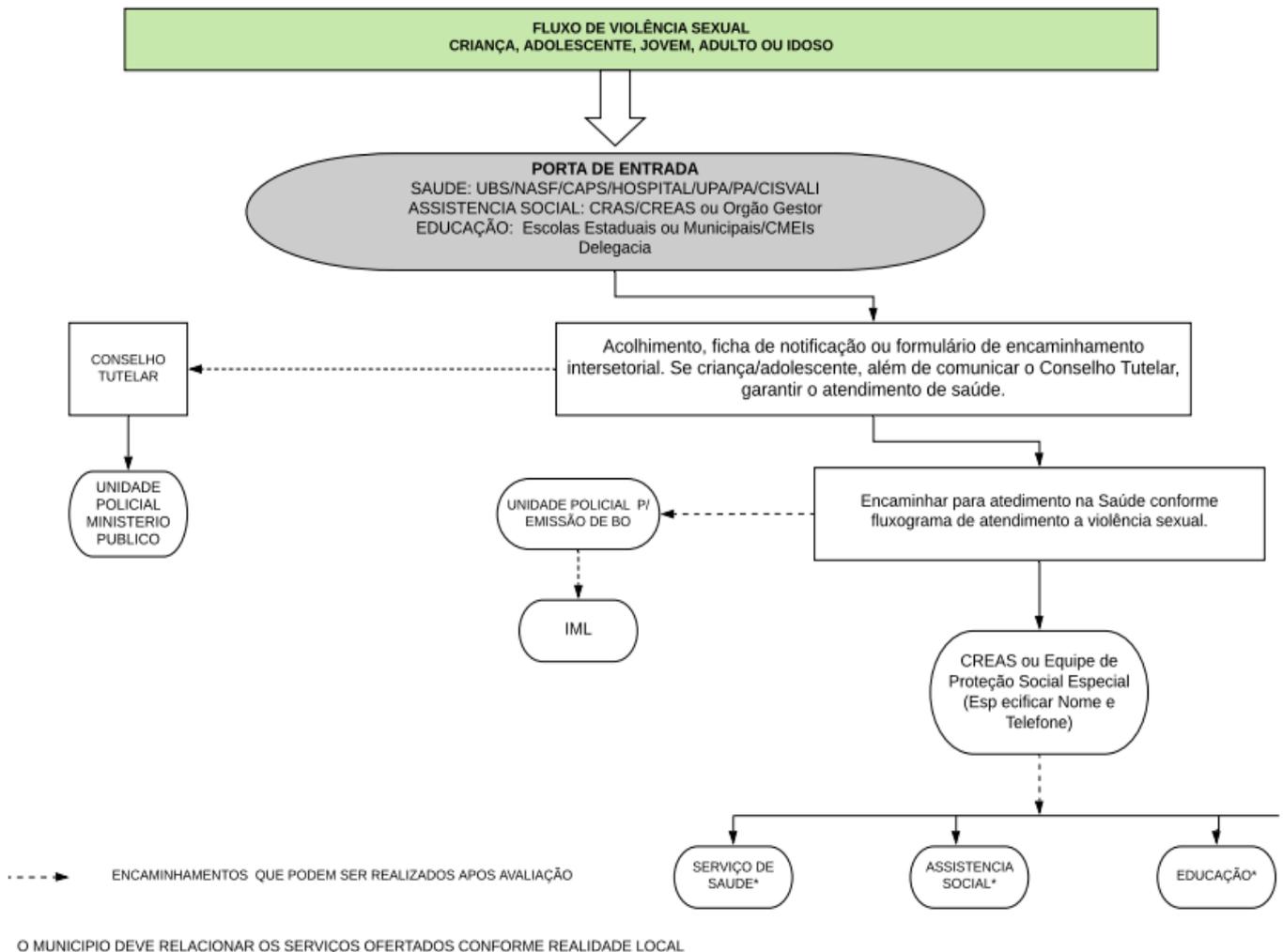
S.M. – Saúde Mental

ANEXOS

Anexo 1 - Fluxograma para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual(Saúde)



Anexo 2 – Fluxograma para o atendimento as pessoas em situação de violência sexual(intersectorial)



Anexo 3 – Ficha de notificação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL								
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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09				
	3	Data da notificação						
	4	UF	6	Município de notificação	Código (IBGE)			
Dados de Residência	5	Unidade Notificadora			<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros			
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade				
	8	Unidade de Saúde		Código (UNES)				
	9	Data da ocorrência da violência						
Notificação Individual	10	Nome do paciente			11	Data de nascimento		
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		
	14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	16	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	18	Escolaridade			<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica			
Dados de Residência	17	Número do Cartão SUS			18	Nome da mãe		
	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	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	32	Pais (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares							
	Dados da Pessoa Agravada	33	Nome Social			34	Ocupação	
35		Situação conjugal / Estado civil			<input type="checkbox"/> 1- Solteiro <input type="checkbox"/> 2- Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3- Viúvo <input type="checkbox"/> 4- Separado <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
36		Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	37	Identidade de gênero		<input type="checkbox"/> 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
38		Possui algum tipo de deficiência/transorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	39	Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
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	Ponto de Referência		49	Zona	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	50	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	63	Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	64	A lesão foi autoprovocada?			<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			

Violência	66 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	66 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	68 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	80 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	81 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	82 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	83 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	84 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9- Ignorado		
	86 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	88 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	87 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	88 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	89 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	

Anexo 4 – Formulário de Comunicação e/ou Encaminhamento intra/intersectorial



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 deontológico 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 intersectoriais 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 Unidade de Saúde do seu território conforme fluxo estabelecido.

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

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

INSTITUIÇÃO: _____

TELEFONE: _____ ENCAMINHAMENTO PARA A INSTITUIÇÃO: _____

FEITO NOTIFICAÇÃO: () SIM () NÃO

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 DA VIOLÊNCIA

() SEXUAL () FÍSICA () PSICOLÓGICA MORAL () NEGLIGÊNCIA () OUTROS _____

3.2 Se violência sexual, qual o tipo:

() assédio sexual () estupro () pornografia infantil () outros _____

3.2 RELATO RESUMIDO DA SITUAÇÃO, INDICANDO SE HÁ UM SUSPEITO AGRESSOR.

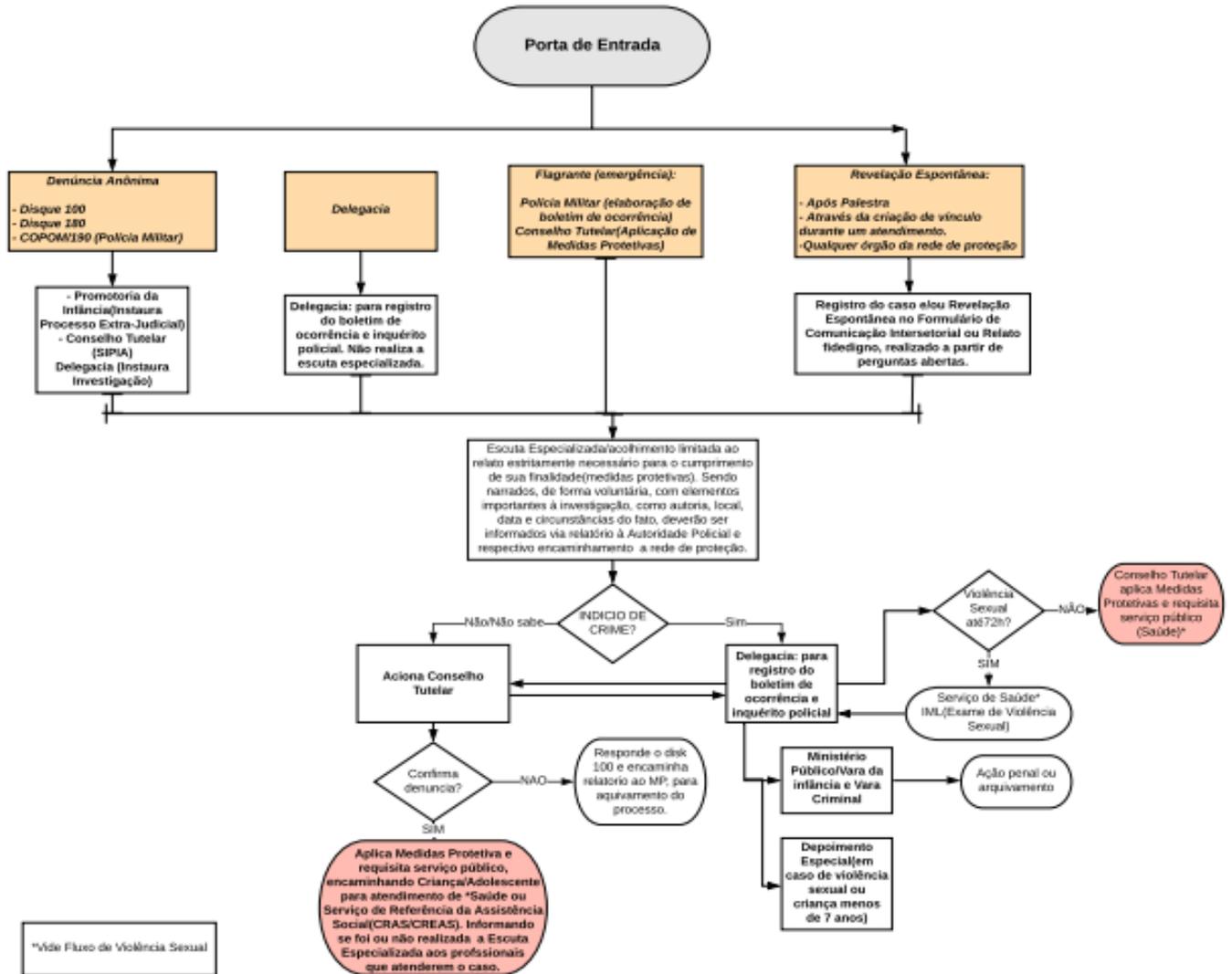
4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS:

(Unidade de Saúde, hospital, CAPS, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, entre outros)

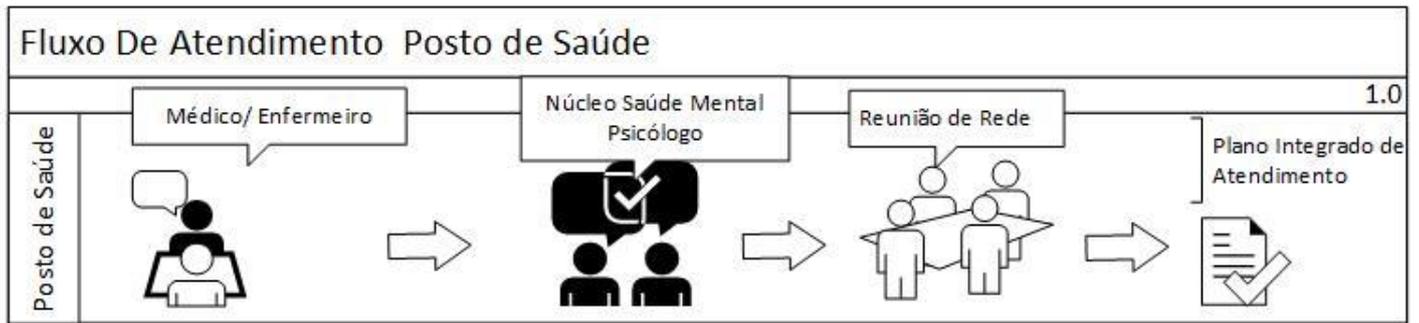
Profissional Responsável pelo atendimento - carimbo da instituição

Anexo 5 – Fluxo Lei 13.431/2017

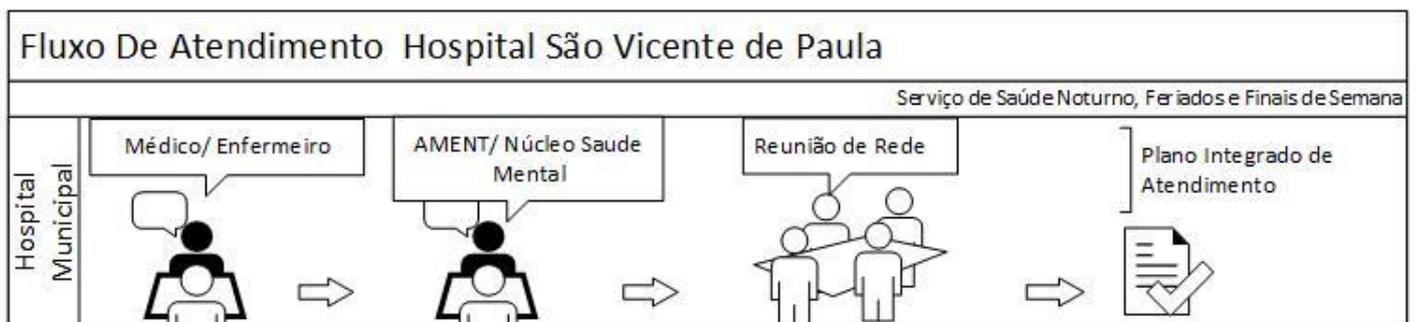
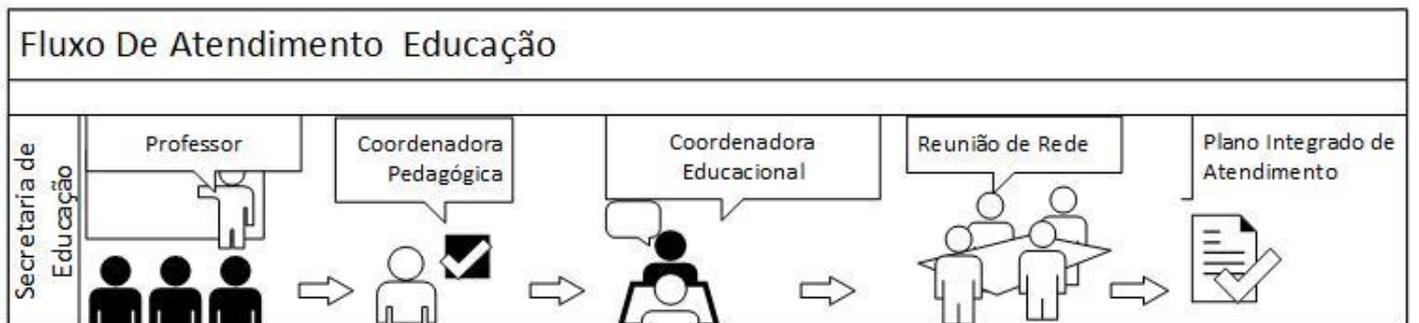
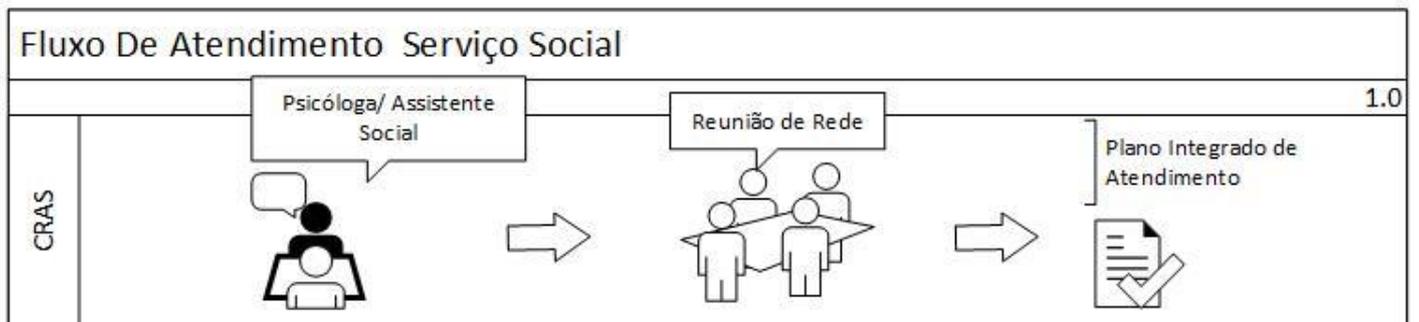
FLUXO PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE CRIANÇAS OU ADOLESCENTES VÍTIMAS OU TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA (LEI Nº13.431/2017)



FLUXO PARA VIOLÊNCIAS PSVS MENORES DE IDADE



Para os PSVS menores de idade o Conselho Tutelar deve ser acionado no início do atendimento.



Para os PSVS menores de idade o Conselho Tutelar deve ser acionado no início do atendimento.

