

**ATENÇÃO À MULHER
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**



CURITIBA
Saúde Levada a Sério

2008

“Violência contra a Mulher é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à Mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, 1994

Para efeitos da Lei Federal 11.340/06, configura-se “violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

LEI MARIA DA PENHA, 2006



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

**PREFEITO
BETO RICHA**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**SECRETÁRIO
LUCIANO DUCCI**

**SUPERINTENDENTES
EDIMARA FAIT SEEGMÜLLER
ELIANE REGINA DA VEIGA CHOMATAS**

**DIRETORA DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA
KARIN REGINA LUHM**

**COORDENADORA DO PROGRAMA
MARIA CELI DE ALBUQUERQUE**

CURITIBA, JANEIRO DE 2008



AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba que participaram da concepção e da atualização deste Programa.

Às entidades e instituições que integram o Grupo de trabalho e Estudos para a Implementação da lei 11.340/06 no Estado do Paraná, que acompanharam e contribuíram para esta Versão 2007 do programa, nosso reconhecimento.

Sumário

Apresentação.....	07
Introdução.....	08
1. Justificativa.....	09
2. Violência de Gênero e as Formas de Violência.....	10
2.1 Sinais de Alerta – Agressão não Declarada	
2.1.1 Clínicos	
2.1.2 Psicossomáticos	
2.1.3 Sociais	
3. Organização dos Serviços para a Atenção Integrada à Mulher em Situação de Violência.....	12
3.1 Público Alvo	
3.2 Aspectos Éticos	
3.3 Acolhimento Solidário	
3.4 Competência das Unidades de Saúde	
3.4.1 Atendimento pela Equipe de Saúde/Processo de Trabalho	
3.4.2 Fluxograma para Atendimento	
3.4.3 Fluxograma para Atendimento em Situação de Violência Sexual	
3.4.4 Atendimento em Situação de Violência Sexual	
- Com menos de 72 horas da agressão	
- Com mais de 72 horas da agressão	
. Consulta de Enfermagem	
. Atendimento Médico	
. Tratamento Medicamentoso das DST	
. Acompanhamento e Alta	
. Gravidez decorrente da Violência Sexual	
. Atendimento Odontológico	
3.5 Competência dos Serviços de Referência	
3.6 Competência dos Serviços de Referência para Atendimento em Situação de Violência Sexual	
3.6.1 Anticoncepção de Emergência – AE	
3.6.2 Exames Laboratoriais	

3.6.3	Prevenção de DST, AIDS e Hepatite B	
3.6.4	Acompanhamento e Alta	
3.6.5	Interrupção da Gravidez	
3.6.6	Atendimento Psicológico	
3.6.7	Fluxograma de Atendimento	
3.7	A importância do Instituto Médico Legal - IML	
4.	Rede Municipal de Atenção à Mulher em Situação de Violência – Atribuições e Parcerias.....	38
5.	Notificação Compulsória.....	43
5.1	Manual para preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher.....	44
5.2	Fluxo da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher emitidas - Unidade de Saúde e Hospital de Referência.....	49
5.3	Fluxo da ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher emitidas pelo Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência.....	50
6.	Anexos.....	51
6.1	Procedimentos para a interrupção da gravidez (Aborto Legal).....	51
6.2	Notificação Compulsória.....	54
6.2.1	Lei Federal 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, que forem atendidos em serviços de saúde públicos ou privados.....	54
6.2.2	Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher.....	55
6.3	Portaria nº. 2.406/04/GM do Ministério da Saúde, que institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.....	56
7.	Referências Bibliográficas.....	57
8.	Equipe Responsável pela elaboração do Protocolo.....	59

Apresentação

Desde 2002, a Prefeitura da Cidade, através da Secretaria Municipal da Saúde, vem desenvolvendo o Programa Mulher de Verdade – Atenção à Mulher em Situação de Violência, que oferece ao profissional de saúde métodos para detectar os sinais e sintomas da agressão, formas de abordagem e acolhimento, avaliação do grau de desorganização da vida pessoal, informações para orientar as mulheres que procuram ajuda nas Unidades de Saúde, realização da notificação dos atendimentos realizados, além do atendimento clínico e, quando necessário, a referência hospitalar, inclusive para o abortamento legal.

A experiência adquirida nos primeiros dois anos de implantação do Programa orientou para a necessidade de atualização do Protocolo (Versão 2004), incluindo, entre outros pontos, a organização do fluxo para a atenção às mulheres em situação de violência sexual crônica e para as que chegam aos serviços após 72 horas do momento da agressão.

Passados cinco anos do desenvolvimento do Programa e com a conquista da Lei Federal nº. 11.340/06, de 7 de agosto de 2006, (Lei Maria da Penha), que cria mecanismos efetivos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e reforça o estabelecido nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Curitiba lança a Versão 2007 do seu Programa.

Esta Versão atualizada possibilita a maior integração das ações entre os órgãos da Prefeitura de Curitiba, principalmente as áreas da saúde e da ação social, e outras instituições responsáveis pelo enfrentamento da violência contra a mulher: o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, a Delegacia Especializada da Mulher e as entidades da sociedade civil.

Avança, ainda, com a nova Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, que garante espaço específico de autorização da mulher para o seguimento de suas informações aos órgãos competentes, agilizando a tramitação do processo para a obtenção, se necessário, de medidas protetivas de urgência.

Curitiba quer ser exemplo na promoção da cidadania das mulheres, principalmente atuando para reduzir a violência de gênero.

Agradecemos a ousadia e os esforços da nossa equipe, incluindo as equipes dos hospitais de referência, e de todos os setores envolvidos na construção e consolidação deste trabalho, que se configura como ação fundamental na atenção às mulheres curitibanas numa situação em que as mesmas se encontram em extrema vulnerabilidade.

Luciano Ducci
Secretário Municipal da Saúde



Introdução

A violência contra a mulher constitui violação dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais. Trata-se de um fenômeno que atinge mulheres de diferentes raças, etnias, religiões, escolaridade, idades, gerações e classes sociais.

O movimento de mulheres no Brasil, desde a década de 70, utiliza estratégias para dar visibilidade e tornar a questão um problema social e de saúde pública.

A incidência da violência doméstica e familiar em quase 80% dos casos acomete a mulher, adolescente e criança do sexo feminino, marcada pela relação desigual entre homens e mulheres, por isso é conhecida como violência de gênero.

As políticas públicas destinadas a prevenir e erradicar a violência e a promover a igualdade na perspectiva de gênero requerem mudanças sociais não apenas no modo como as mulheres trabalham e cuidam de si e de suas famílias, mas também como as instituições se envolvem nesses processos.

Os profissionais da saúde, agentes que atuam no âmbito domiciliar, familiar e comunitário, podem propiciar oportunidades de reformulação de hábitos e costumes, contribuindo para a eliminação da violência.

Este protocolo de Atenção à Mulher em Situação de Violência organiza o fluxo de atendimento desde a Unidade de Saúde até os serviços de referência hospitalar, o Centro de Referência à Mulher, a Delegacia Especializada da Mulher e o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, com orientações detalhadas dos procedimentos que os profissionais devem adotar e as informações importantes a serem repassadas à mulher.

O objetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, reforçado pelas parcerias construídas para a implementação deste Programa, é dar um passo a frente em relação à caminhada para um novo tempo, onde as pessoas desfrutarão de todos os seus direitos e as mulheres participarão efetivamente do processo de desenvolvimento econômico, social, político, educacional e cultural do país.

1. Justificativa

A pesquisa realizada junto à Delegacia Especializada da Mulher de Curitiba, de outubro de 1999 a maio de 2000, permitiu caracterizar a população que recorreu a este serviço, tipificar a violência sofrida e estabelecer um perfil do agressor. A principal queixa apresentada pelas mulheres refere-se à agressão física resultando em lesão corporal, representando 50% do total das ocorrências. Segue-se em ordem de importância a agressão verbal (20,5%) e as situações em que a mulher sofre várias agressões ao mesmo tempo (16%). A agressão sexual aparece em quarto lugar em ordem de frequência (3,3%).

As mulheres afirmaram ter sofrido a agressão dentro de sua própria residência em 78,6% das vezes, mantendo proporções semelhantes nos diferentes tipos de agressão, exceto em relação à violência sexual, onde as vias públicas e outros espaços públicos assumem importância.

Os agressores são pessoas que interagem com a vítima no convívio familiar cotidiano em 91,7% dos casos, mantendo com ela relação de caráter conjugal (82,4%) ou de parentesco (9,3%).

Dados encontrados nos atuais serviços que prestam assistência às mulheres vítimas da violência demonstram a gravidade da situação. A Vara Criminal destinada a funcionar o Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher promoveu em 10 meses de funcionamento, de 23 de janeiro à outubro de 2007, 171 ações penais em andamentos, 1405 inquéritos policiais. Foram determinadas 719 medidas protetivas e ou de representação, 80 pedidos de providências, 104 pedidos de fiança, liberdade provisória, relaxamento de flagrante e revogação de prisão preventiva. Designadas 1218 audiências com 885 pessoas ouvidas. A Delegacia Especializada da Mulher de Curitiba atendeu 1.125 casos no período de 22 de setembro à 31 de dezembro de 2006, o Centro de Referência e Atendimento à Mulher, de março a dezembro de 2006, prestou mais de 1.200 atendimentos, as Unidades de Saúde e Hospitais de Referência de Curitiba acolhem em média 44 mulheres/mês do Município e Região Metropolitana, vítimas de violência sexual.

No período de 2003 a 2006 foram notificados um total de 2.467 casos pelo conjunto de serviços notificadores (Unidades de Saúde, Hospital do Trabalhador, Centro de Referência e Atendimento à Mulher e Hospitais de Referência), sendo 1.872 casos de violência sexual, 548 de violência física, 295 de violência verbal e 256 de violência psicológica.

Estes dados mais uma vez colocam em pauta a necessidade de organização de serviços e fluxos sistematizados para atenção global, considerando as diferentes demandas, quer pertinentes à saúde, proteção social e jurídica, focos para intervenções tanto na área da prevenção, quanto na área de assistência.

Os serviços públicos devem estar aptos a prestar atendimento à mulher, equipados com instruções, números de telefones de emergência e demais recursos necessários para disponibilizar à população e informar quanto à continuidade do atendimento.

Desta forma, o setor saúde deve acolher as mulheres que sofrem violência solidariamente, buscando minimizar a dor e evitar os agravos.

Os profissionais da saúde devem estar capacitados a detectar riscos, identificar a violência não declarada, assistir e acompanhar as mulheres em situação de violência, até que as mesmas possam reorganizar suas vidas.

2. *Violência de Gênero e as Formas de Violência*

A violência se manifesta em todas as esferas do convívio social, assumindo contornos diferentes quando se trata de uma questão de gênero.

Para o enfrentamento deste tipo de violência torna-se imprescindível a integração das áreas envolvidas, como a policial, social, educacional, da justiça e da saúde.

Ao setor saúde compete ações de promoção, orientação e assistência às mulheres que sofrem com a violência e a participação nas atividades de prevenção da comunidade, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

As Unidades de Saúde de Curitiba estão aptas a acolher, identificar, atender, diagnosticar, orientar e dar os devidos encaminhamentos quando detectar mulheres em situação de **violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral**, ocorrida:

- no âmbito da família, unidade doméstica, ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro e abuso sexual;
- na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, agressão física, intimidação psicológica, estupro, abuso sexual e tortura.

A **violência física** consiste no uso da força física, arma ou objeto, de forma intencional, causando ou não dano, lesões internas ou externas no corpo. Inclui todas as manifestações de agressão que resultam em lesões corporais ou morte da mulher agredida.

A **violência sexual** é qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Tal prática é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, padrasto, companheiro ou marido. O estupro, ato libidinoso, abuso sexual na infância e adolescência, sexo forçado no casamento, assédio sexual, atentado violento ao pudor e abuso incestuoso são exemplos de violência sexual.

A **violência psicológica** consiste na sujeição a agressões verbais constantes, ameaças, chantagem, privação de liberdade, humilhação, desvalorização, hostilidade, culpabilização, rejeição, indiferença, causando danos à auto-estima, à identidade e ao desenvolvimento e equilíbrio emocional da pessoa.

A Lei Federal nº 11.340/06, denominada Lei Maria da Penha, define também outros dois tipos de violência: patrimonial e moral.

A **violência patrimonial** é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos da mulher, como instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

A **violência moral** é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

2.1 SINAIS DE ALERTA - AGRESSÃO NÃO DECLARADA

As mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, não relatam a agressão sofrida e são tidas como hipocondríacas, poliqueixosas, apresentando queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.

Os profissionais devem estar aptos a identificar as possíveis vítimas de violência, procurando conhecer a história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema. Deve-se estar atento para relatos de acidentes freqüentes, como também para a compatibilidade deste relato e a lesão observada.

Observa-se que ao serem questionadas sobre violência em casa, as mulheres dizem não, mas respondem afirmativamente a perguntas do tipo: você já foi agredida em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém? Isso mostra que a escolha das palavras é um fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente.

Mesmo que num primeiro momento a mulher negue, o profissional diante das evidências deve agir de maneira cuidadosa, tentando estabelecer um diálogo e possibilitando assim um canal de ajuda.

A visita domiciliar permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.

A equipe deve estar preparada para a identificação de qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço, considerando que a violência praticada contra a mulher possa estar restrita muitas vezes à face ou à boca

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais.

2.1.1 CLÍNICOS

- **Lesões físicas agudas** - inflamações, queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, incluindo face, boca e dentes, qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço provocadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas.
- **Agressões sexuais** - lesões das mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez.
- **Manifestações tardias** - dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas, lesões ou manifestações por DST em região de boca.

2.1.2 PSICOSSOMÁTICOS

- **Stress pós-traumático** - insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.
- **Alterações psicológicas** - choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, auto-reprovação, sentimento de inferioridade, de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa auto-estima, comportamento auto-destrutivo, uso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (vaginismo).

2.1.3 SOCIAIS

- Isolamento, mudanças freqüentes de emprego ou moradia.

3. Organização dos Serviços para a Atenção Integrada à Mulher em Situação de Violência

Os serviços de saúde, Unidades de Saúde e Hospitais de Referência, devem unir esforços na prevenção da violência e, dentro de suas competências, realizarem o diagnóstico e tratamento adequados, contribuindo para a diminuição deste agravo.

Neste capítulo foram estabelecidas as competências dos serviços de saúde, o público alvo, os aspectos éticos, as medidas legais, os contatos importantes e o fluxograma para a continuidade da assistência.

3.1 PÚBLICO ALVO

Mulheres com idade acima de 18 anos, residentes em Curitiba, em situação de violência.

Casos observados em mulheres residentes em outros municípios serão atendidos e encaminhados para o município de procedência com a previa autorização da mulher.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

A equipe de saúde deve pautar-se pela ética, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações. O profissional deve desenvolver uma atitude compreensiva, evitando o julgamento e a crítica. Deve também respeitar o tempo e a decisão da usuária. O serviço de saúde deve se estruturar buscando evitar interrupção durante o atendimento.

Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência e estar capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando-se deste Protocolo.

3.3 ACOLHIMENTO SOLIDÁRIO

Dentro dos princípios do Acolhimento Solidário, a equipe de saúde deve viabilizar uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética. Na maior parte das vezes, a mulher encontra-se fragilizada psicologicamente, necessitando de um atendimento imediato e uma atitude, por parte da equipe, de solidariedade e respeito.

Para a implantação e operacionalização deste Protocolo, faz-se necessário a reorganização do processo de trabalho, para a priorização da clientela de risco, com necessidades emergenciais, eliminando as barreiras burocrático-organizacionais, que dificultam e/ou limitam o acesso ao serviço.

Portanto, os profissionais de saúde devem:

- Desenvolver uma atitude positiva que possibilite à mulher sentir-se acolhida e apoiada, procurando estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional;
- avaliar a história da violência, a possibilidade de risco de vida, o nível de motivação para lidar com a situação, as limitações e possibilidades pessoais. Avaliar os recursos sociais e familiares;
- encaminhar para atendimento de casal ou família, no caso de continuidade da relação conjugal;
- encaminhar para serviços jurídicos – Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência ou Defensoria Pública, caso a mulher tenha motivação para dar entrada no processo de separação;
- encaminhar para atendimento psicológico individual e/ou familiar, quando necessário.

3.4 COMPETÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE

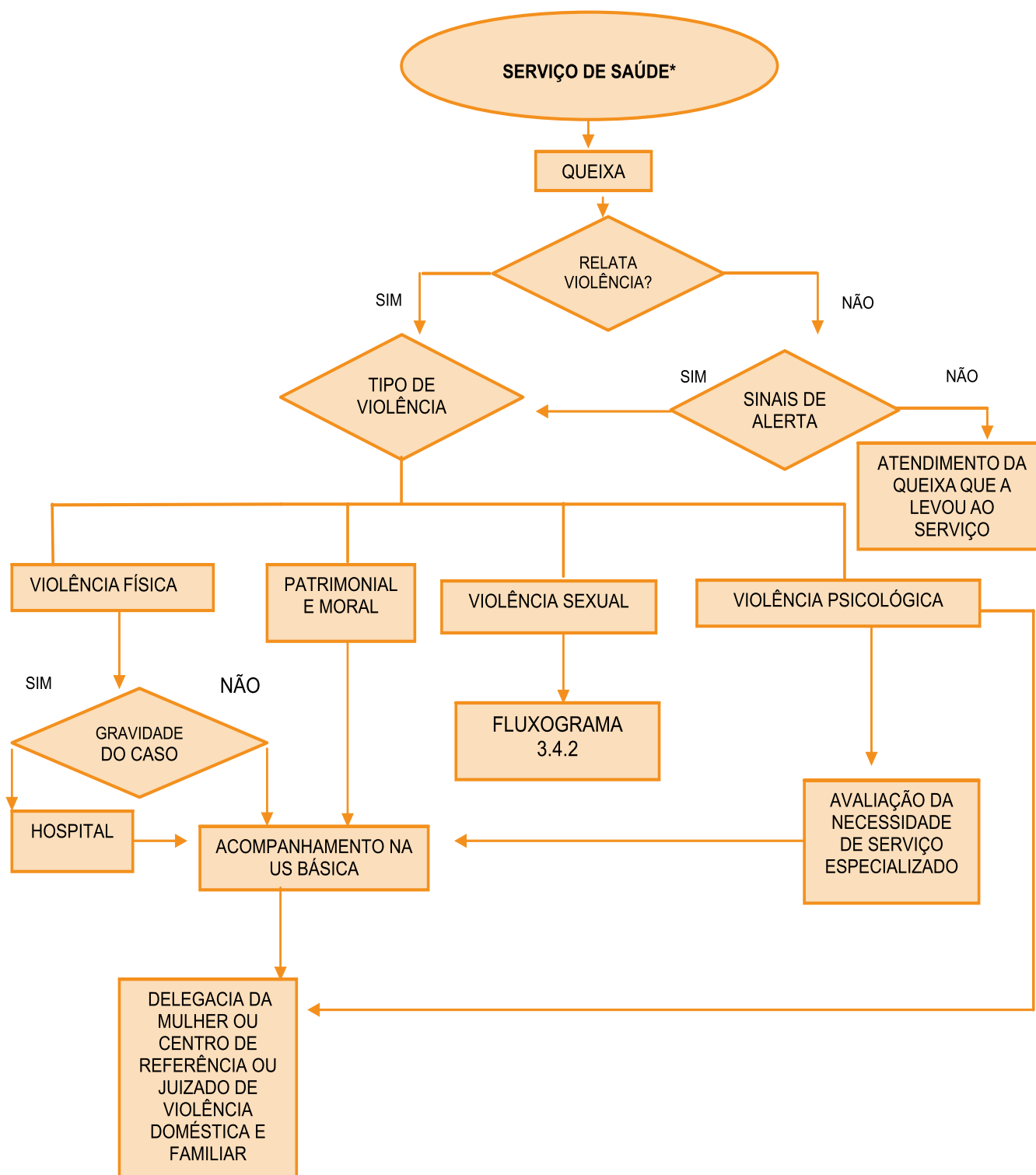
As Unidades de Saúde caracterizam-se como a porta de entrada preferencial, assegurando o atendimento e a sua continuidade e acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário.

3.4.1 ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE/PROCESSO DE TRABALHO

- Incluir a violência como um dos critérios para a identificação de população de risco e para o atendimento priorizado na Unidade de Saúde;
- incluir o tema violência nas ações educativas promovidas por toda a equipe da Unidade de Saúde;
- estar atento para os sinais de alerta da violência contra a mulher, identificar as situações de violência, avaliando os determinantes sociais e econômicos;
- acolher a mulher em situação de violência – ouvir, escutar, estar atento para comunicações verbais e não verbais;
- garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente ético, de confiança e respeito;
- informar sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, odontológicas e da equipe de enfermagem, respeitando a sua opinião e possível recusa em relação a algum procedimento;
- prestar os cuidados necessários referentes às queixas da mulher, de forma imparcial e sem julgamentos;
- identificar e orientar sobre a existência de Rede (fluxograma 3.4.2) de apoio à mulher: familiar e/ou social;
- informar e encaminhar para atendimento social e jurídico, se necessário;
- informar e orientar a mulher para o registro da ocorrência na Delegacia da Mulher;
- informar sobre as medicações e reações adversas, bem como a importância do tratamento;
- registrar as informações colhidas e as lesões encontradas no prontuário da usuária, dando ênfase ao fato ocorrido: tipos de lesões, quem foi o agressor, quando, onde e como aconteceu, bem como outros dados significativos;
- notificar os casos atendidos de violência contra mulher acima de 18 anos (apesar da queixa policial depender exclusivamente da vontade da mesma), ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de formulário próprio, conforme anexo 6.3. Esta notificação tem como objetivo possibilitar o monitoramento do perfil da violência cometida contra a mulher (Lei 10.778/03 – que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados).
- acompanhar o caso por meio de visita domiciliar, garantindo a continuidade do atendimento;
- encaminhar para serviços especializados/hospitalares:
 - violência sexual ocorrida a menos de 72 horas, após a administração da anticoncepção de emergência;
 - lesões graves com risco de vida;
 - lacerações e hemorragias (corpo, face, boca e dentes);
 - queimaduras de maior gravidade;
 - traumas cranianos ou fraturas que necessitem redução cirúrgica;
 - trauma facial, inclusive maxilar e mandibular, que necessite de redução não cirúrgica;
 - traumatismo dentário;

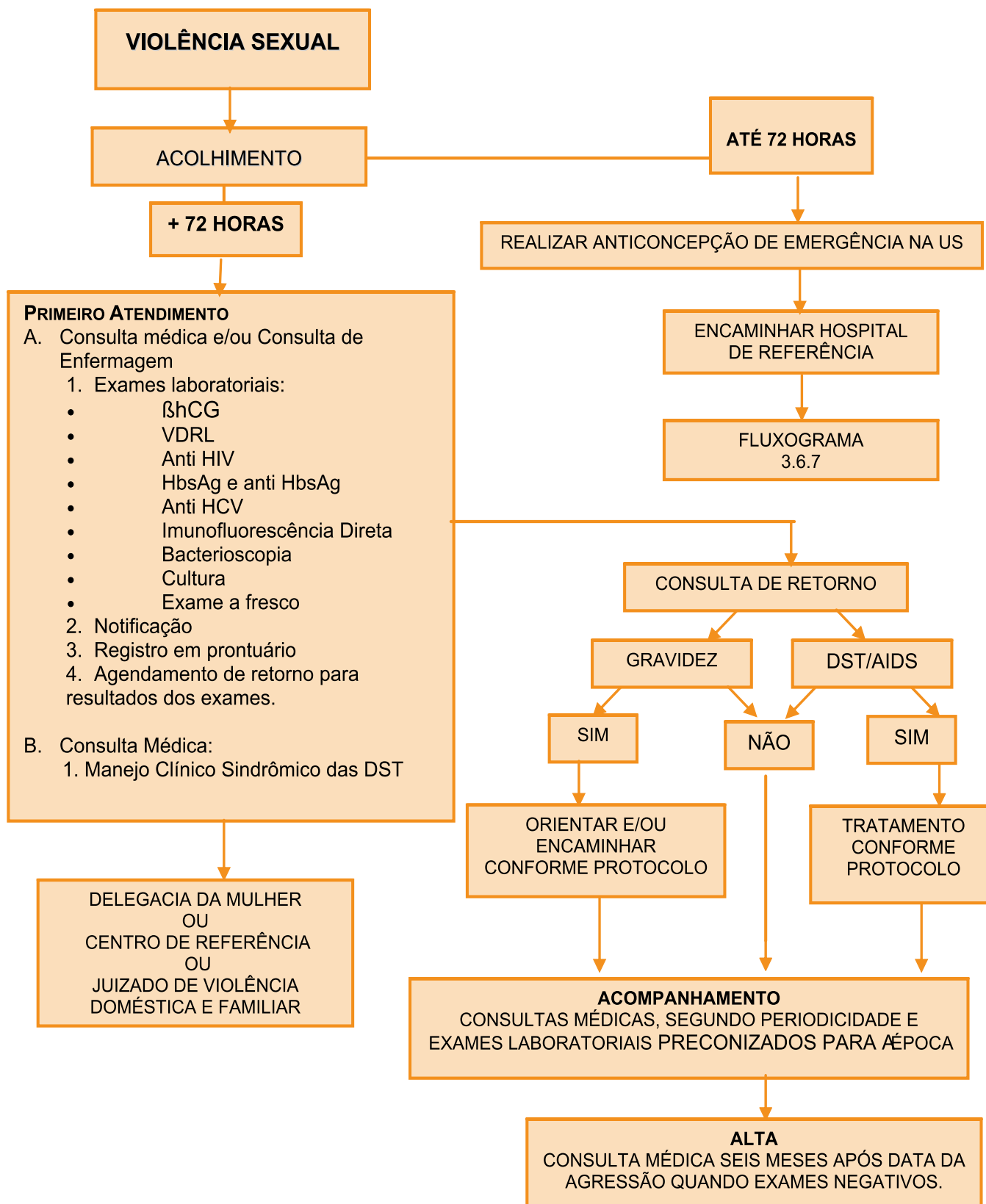
- lesão de articulação têmporo mandibular - ATM;
- suspeita de lesão de órgãos internos;
- estado de choque emocional.
- encaminhar as vítimas de violência e seus agressores para outros programas de atendimento disponibilizados pelo município.

3.4.2 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



- Prestadores de serviços de saúde em geral: unidades de saúde, hospitais, clínicas, consultórios, etc.
- Em todas as formas de violência – física, sexual, psicológica, patrimonial e moral - o profissional de saúde deverá preencher a **Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher (Anexo 4.4)**.

3.4.3 FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL



3.4.4 ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

COM MENOS DE 72 HORAS DA AGRESSÃO:

- Realizar a contracepção de emergência (**páginas 31 e 32**) nas usuárias que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso.
- Providenciar o transporte imediato da mulher ao Serviço de Referência para Violência Sexual.
- A mulher deve ser orientada a não realizar a higienização e não trocar de roupa.
- A mulher não deve ser obrigada a repetir o relato da agressão mais de uma vez e o entrevistador não deve ser inquisitivo e curioso, deixando que a mulher relate o que ela julgar importante.

COM MAIS DE 72 HORAS DA AGRESSÃO E CASOS DE VIOLÊNCIA CRÔNICA:

A avaliação do Programa Mulher de Verdade tem mostrado que, em algumas situações, a mulher em situação de violência sexual tem procurado os serviços de saúde com o tempo decorrido da agressão superior a 72 horas e que a violência sexual sofrida vem acontecendo de forma repetitiva (violência sexual crônica).

Apesar de, nestas situações, a profilaxia da DST/AIDS e a prevenção da gravidez não serem mais indicadas, é de fundamental importância o atendimento e o acompanhamento dessas mulheres para a investigação de uma possível infecção por DST/AIDS ou gravidez decorrente da agressão sofrida, como também a realização dos encaminhamentos e das orientações necessárias.

Neste sentido, as mulheres que chegarem à Unidade de Saúde depois de 72 horas do momento da agressão, como também as que sofrem violência sexual repetitiva, independente da época da última agressão, devem ser atendidas e acompanhadas pelas Unidades de Saúde.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Acolher, estabelecer vínculo e relação de confiança com a usuária.
- Registrar no prontuário eletrônico, utilizando a ferramenta Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.
- Registrar a data da ocorrência e todos os achados clínicos e emocionais da usuária, o mais detalhadamente possível, com destaque para o(s) tipo(s) de violência sofrido(s).
- Lembrar que este registro será de fundamental importância caso a mulher venha a formalizar a denúncia, podendo fazer parte de processo judicial, e/ou venha a engravidar em decorrência da violência sofrida e optar pelo aborto.
- Avaliar atraso menstrual e registrar a data da última menstruação.
- Discutir a possibilidade de gravidez ou de infecção por DST/AIDS como consequência da violência sofrida. Orientar para que retorne em caso de atraso menstrual e de outros sinais e sintomas.
- Explicar sobre os procedimentos e os exames, em caso de violência sexual, que serão realizados durante o acompanhamento até a realização da alta, ressaltando a importância da sua adesão ao tratamento proposto.
- Esclarecer a posologia das medicações prescritas e suas possíveis reações adversas, bem como a importância do tratamento.
- Orientar o uso de preservativo em todas as suas relações sexuais. Enfatizar que mesmo que faça uso de outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível infecção do seu parceiro.
- Oferecer preservativos.
- Incluir em programas de atendimento específicos, conforme necessidade.
- Orientar e disponibilizar acompanhamento psicológico.
- Programar monitoramento domiciliar, se necessário.

- Encaminhar para consulta médica, se necessário.
- Encorajar a realização da denúncia policial, caso ainda não tenha feito, explicando a importância deste passo principalmente se engravidar e optar pelo aborto. Oferecer o endereço da Delegacia da Mulher (Rua Carlos de Cavalcanti, 480, Centro - Fone: 3223-5323).
- Em caso de urgência, encaminhar para o hospital de referência.
- Em caso de violência doméstica ou familiar, em que a mulher precise de medidas protetivas de urgência, encaminhar diretamente para o Juizado Especializado (Rua Itupava, 1829 – Fone: 3363-3852).
- Disponibilizar número do telefone da Unidade de Saúde e o nome do(a) Enfermeiro(a) que prestou o atendimento, para sanar eventuais dúvidas.
- Agendar retorno.

ATENDIMENTO MÉDICO

- Realizar, no **primeiro atendimento**, o exame clínico e ginecológico minucioso que contemple a verificação de lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DST e amenorréia compatível com gravidez.
- Tornar acessível à usuária o acesso a todos os exames por ocasião do primeiro atendimento, independente da época de procura ao serviço.
- Solicitar os exames laboratoriais listados na **Tabela 1**, determinando as condições da usuária neste momento, uma vez que 15% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e 1 (uma) em cada 1.000 é infectada pelo HIV.
- Solicitar sempre o β hCG no primeiro atendimento, mesmo nas usuárias com ciclo menstrual regular.

Tabela 1 – Exames Laboratoriais no Primeiro Atendimento:

Pesquisa	Exame
Gravidez	β hCG
Sífilis	VDRL
HIV	Anti HIV
Hepatite B *	HbsAg e anti HbsAg
Hepatite C	AntiHCV
Gonococo, Tricomonas, Clamídia	Imunofluorescência direta, bacterioscopia, cultura e exame a fresco.

* Interpretação da pesquisa de hepatite B e conduta

HbsaAg	Anti HbsAg	Conduta
-	-	Oferecer vacina contra Hepatite B
-	+	Imunidade. Nada a ser feito.
+	-	Solicitar Anti HbsIgM Se + → doença recente Se - → portador crônico

- Para os casos com sintomatologia, o Ministério da Saúde preconiza a abordagem das DST através do manejo clínico sintomatológico das seguintes síndromes e suas possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata na primeira consulta após a coleta dos exames laboratoriais (**tabela 2 e fluxogramas I, II e III**).

Tabela 2 – Manejo Clínico Sindrômico das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

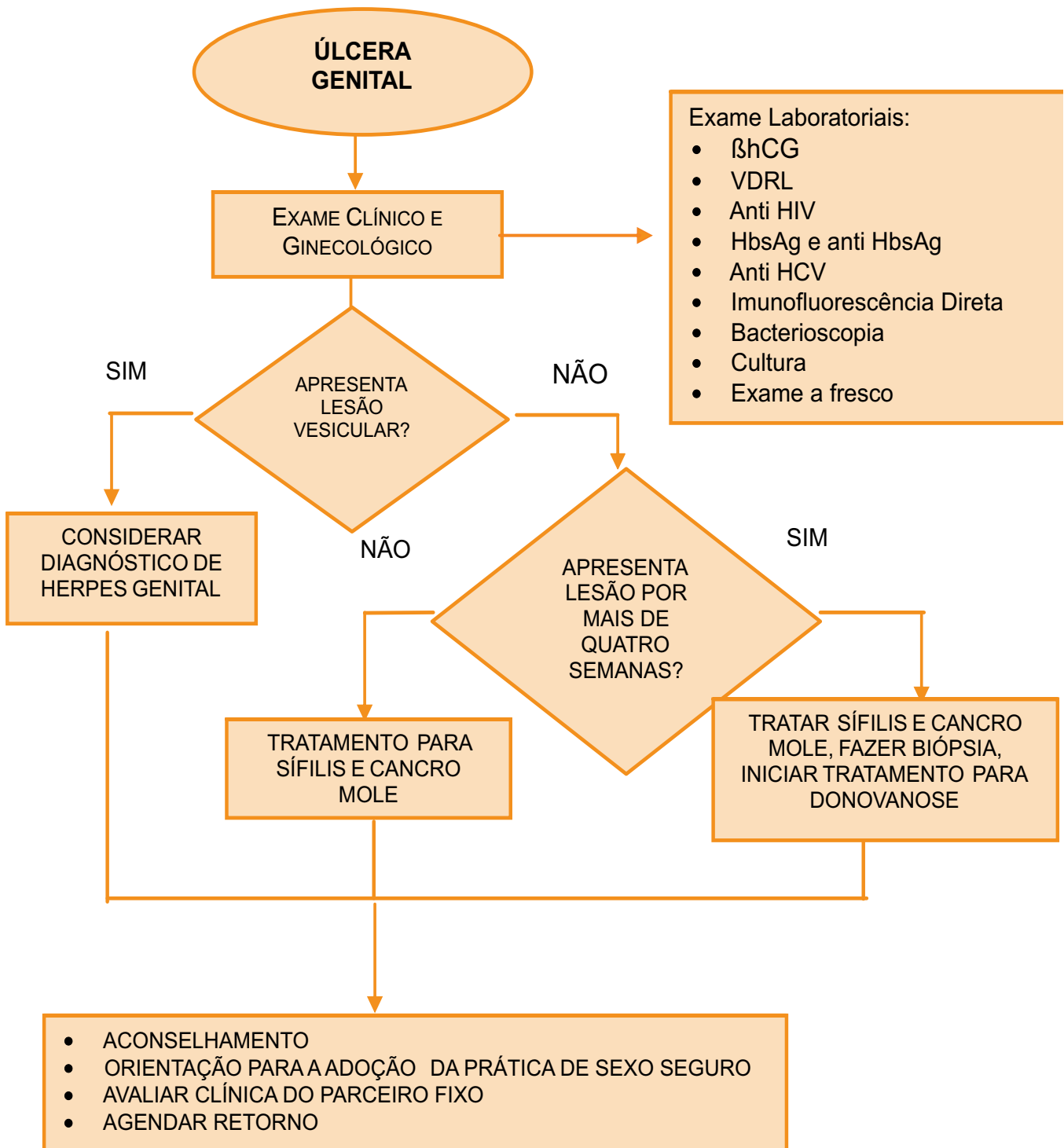
SÍNDROME	DOENÇA
Úlcera Genital	Sífilis primária, Cancro mole, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo, Donovanose
Corrimento Uretral	Uretrite gonocócica, Uretrite não gonocócica
Corrimento Vaginal	Gardnerella vaginalis (vaginose), Vulvovaginite, Trichomoníase e Candidíase
Dor Pélvica	Cervicite gonocócica, Cervicite não gonocócica Doenças inflamatórias pélvicas

Fonte: Adaptado do Manual de Controle de DST, Ministério da Saúde, Brasil, 2007.

IMPORTANTE:

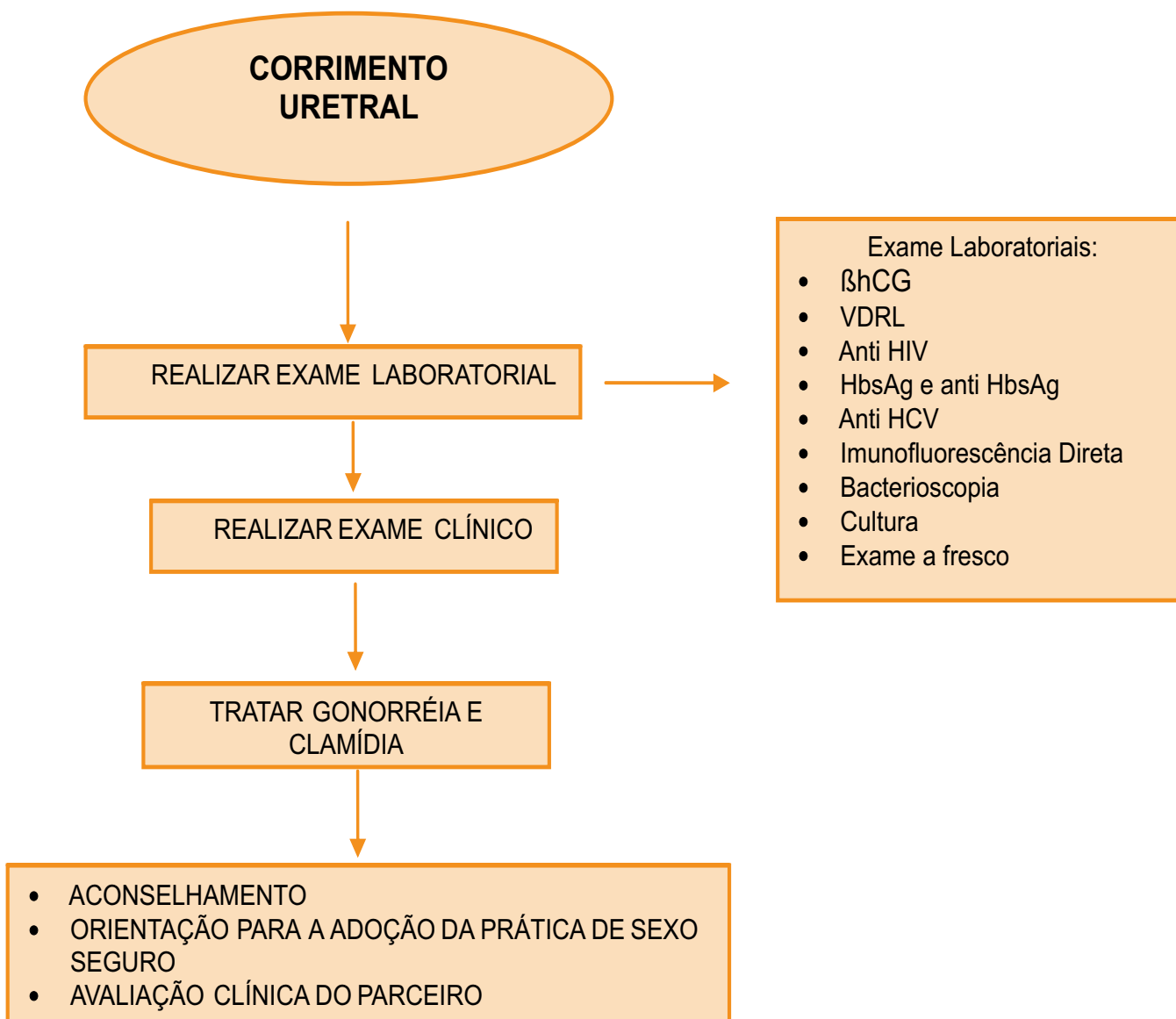
- Analisar a necessidade da convocação do parceiro sexual.
- Orientar o uso de preservativo em todas as suas relações até que tenha alta. Enfatizar que mesmo que faça uso de outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível infecção do seu parceiro. Oferecer preservativos.
- Encorajar a realização da denúncia policial caso ainda não tenha feito, explicando a importância deste passo caso venha a engravidar e optar pelo aborto. Oferecer o endereço da Delegacia da Mulher: Rua Carlos de Cavalcanti, 480, Centro - Fone: 3223-5323.
- Estimular à adesão ao acompanhamento previsto.
- Agendar a consulta de retorno e as consulta de acompanhamento com os resultados dos exames indicados para cada época.
- A coleta dos exames laboratoriais deve acontecer com a antecedência necessária para acesso aos resultados dos mesmos na consulta médica de acompanhamento.

Fluxograma I – ÚLCERA GENITAL



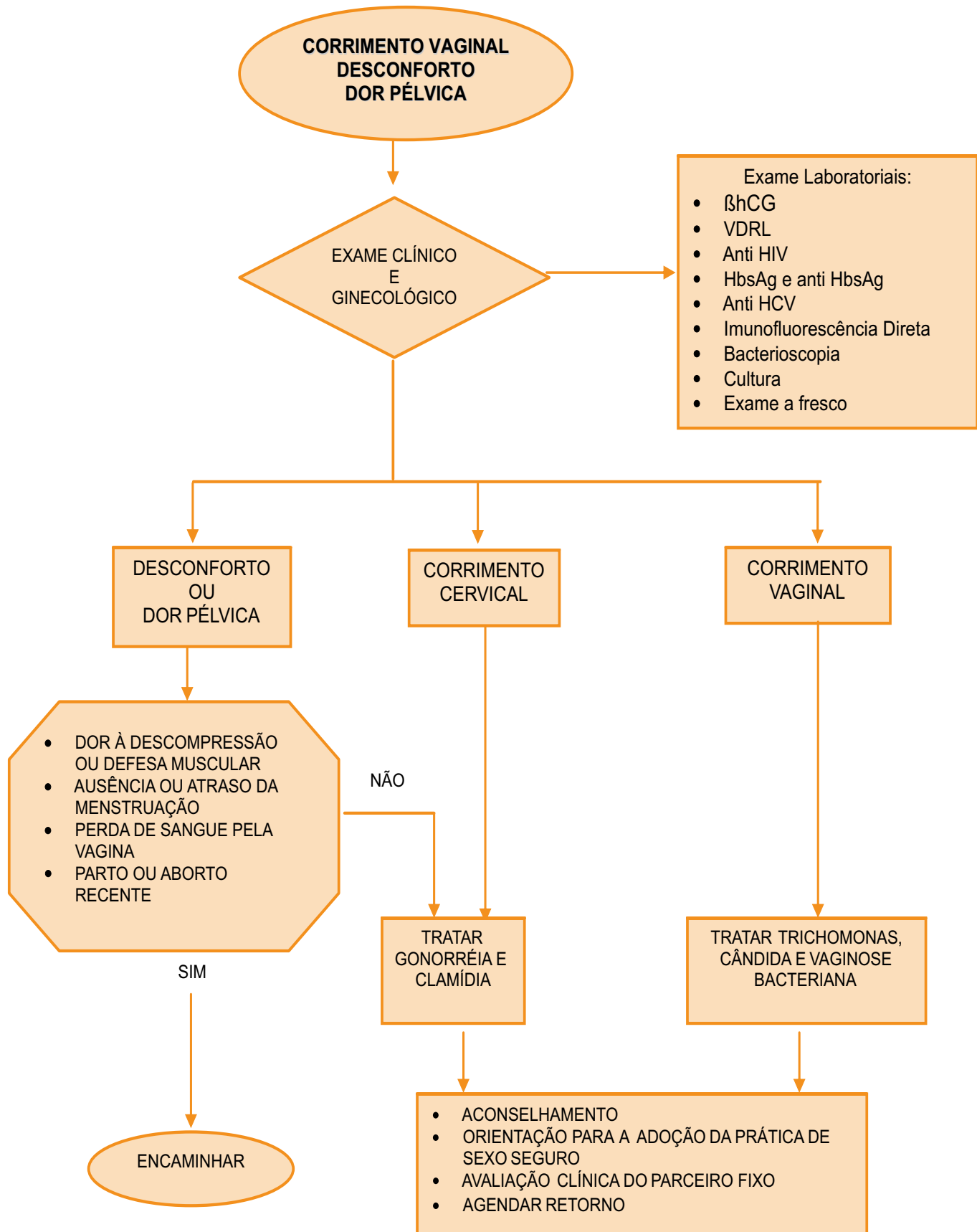
Fonte: Adaptado do Manual de Controle de DST, Ministério da Saúde, Brasil, 2007.

Fluxograma II – CORRIMENTO URETRAL



Fonte: Adaptado do Manual de Controle de DST, Ministério da Saúde, Brasil, 2007.

Fluxograma III – CORRIMENTO VAGINAL, DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA



Fonte: Adaptado do Manual de Controle de DST, Ministério da Saúde, Brasil, 2007.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST

Herpes Simples

- Primo-infecção: tratamento local - Solução Fisiológica 0,9% ou Água Boricada a 3%, em compressas úmidas – 2 a 3 vezes ao dia por 20 minutos.
- Uso tópico de antibióticos (Neomicina) quando houver infecção secundária.
- Tratamento sistêmico : Aciclovir - 400mg, VO, de 8/8 hs, por 7 a 10 dias. Nas recorrências tratar por 5 dias. Crianças > de um ano usar 10 a 20 mg/kg/dia, no máximo 400 mg/dia, VO, de 8/8 hs, por 7 a 10 dias.
- Nas lesões extensas fazer tratamento sistêmico : Aciclovir - 5 a 10 mg/kg de peso, EV, de 8/8 hs, por 5 a 7 dias, ou até a regressão das lesões.

Sífilis

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina - 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- Sífilis recente, secundária e latente: Penicilina Benzatina - 2,4 milhões UI, IM. Repetir após uma semana (total de 4,8 milhões de UI).
- Sífilis tardia (recente e terciária): Penicilina Benzatina - 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas (total de 7,2 milhões de UI) . Se peso < 30 kg - 50.000UI/kg, IM, com dose máxima de 2.400.000 UI.
- Segunda opção de tratamento: Doxiciclina - 100mg, VO, de 12 /12 hs , durante 14 dias.

Observar Reação Febril de Jarisch-Herxheimer – exacerbação das lesões cutâneas, exigindo apenas cuidados sintomáticos, com evolução espontânea em 12 a 48 horas, não se justificando a interrupção do esquema terapêutico.

Controle de tratamento – Fazer seguimento sorológico com VDRL quantitativo de 3/3 meses no primeiro ano e de 6/6 meses no segundo ano. Não ocorrendo a redução de 2 títulos – repetir o tratamento.

Alérgicos a Penicilina – Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 15 dias na sífilis recente e por 30 dias na sífilis tardia. Se peso < 45 kg usar eritromicina - 50 mg/kg/dia, em 4 doses/dia, por 15 dias na sífilis recente e por 30 dias na sífilis tardia.

Cancro Mole

- Primeira opção de tratamento: Azitromicina 1 g, VO, dose única ou se peso < 45 kg Azitromicina - 20 mg/kg, VO, dose única, máximo de 1 g ou
- Segunda opção de tratamento: Ceftriaxona 250 mg , IM , dose única.
- Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 12/12 hs, por 10 dias em gestantes, nutrizes e HIV positivos e por 7 dias nos demais pacientes. Se peso < 45 kg usar Estearato de Eritromicina - 50 mg/kg/dia, em 4 doses/dia, por 10 a 14 dias ou
- Sulfametoxazol / Trimetoprim 160 / 800 mg, VO, de 12/12 hs, por 10 dias ou até a cura clínica. Contra-indicado no primeiro e terceiro trimestres de gravidez e em nutrizes.
- Associar medidas de higiene local.

Linfogranuloma venéreo

- Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 21 dias (pode-se usar em gestantes e em nutrízes). Se peso < 45 kg, Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses/dia, por 10 a 14 dias ou
- Sulfametoxazol / Trimetoprim 160 / 800 mg, VO, de 12/12 hs, por 21 dias.

Donovanose

- Sulfametoxazol / Trimetoprim 160 / 800 mg, VO, de 12/12 hs, até a cura clínica (no mínimo por três semanas) ou
- Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 hs, até a cura clínica (indicado para gestantes e nutrízes), no mínimo por 3 semanas. Se peso < 45 kg usar Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses, por 10 a 14 dias.
- Não havendo resposta clínica ao tratamento com a Eritromicina, adicionar Gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, de 8/8 hs.
- No tratamento da gestante, a adição da Gentamicina deve ser considerada desde o início. Padronizar de 12/ 12 hs.

Tricomoniase

- Primeira opção de tratamento: Metronidazol 2g, VO, em dose única. Em gestantes, usar após o 1º trimestre e em nutrízes, suspender o aleitamento materno por 24 horas, ou
- Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 hs, por 7 dias. Em gestantes, usar após o 1º trimestre e em nutrízes, suspender o aleitamento materno por 24 horas. Se peso < 45 kg Metronidazol 15 mg/kg/dia, em três tomadas, por 7 dias.
- Segunda opção de tratamento: Secnidazol 2g, VO, dose única ou Tinidazol 2g, VO, dose única.
- Além do tratamento oral, os sintomas locais podem ser aliviados com tratamento tópico de Metronidazol gel a 0,75%, com aplicações vaginais de 5 g, duas vezes ao dia, por 5 dias (pode-se usar em gestantes e nutrízes).

Observação – evitar a ingestão de álcool durante e até três dias após o tratamento com derivados imidazólicos, para evitar o efeito antabuse: mal estar, náuseas, tonturas, gosto metálico na boca.

Vaginose Bacteriana

- Primeira opção de tratamento: Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 hs, por 7 dias. Pode-se usar em gestantes após o 1º trimestre e em nutrízes suspender o aleitamento materno por 24 horas, ou, se peso < 45 kg Metronidazol 15 mg/kg/dia, em três tomadas, por 7 dias.
- Metronidazol 2 g, VO, em dose única. Pode-se usar em gestantes após o 1º trimestre e em nutrízes, suspender o aleitamento materno por 24 horas.
- Segunda opção de tratamento: Clindamicina 300mg, VO, de 12/12 hs, durante 7 dias.
- Os sintomas locais podem ser aliviados com tratamento tópico de Metronidazol gel a 0,75%, com aplicações vaginais de 5 g, duas vezes ao dia, por 5 dias (pode-se usar em gestantes e nutrízes).

Observação – evitar ingestão de álcool durante e até três dias após o tratamento com derivados imidazólicos, para evitar efeito antabuse: mal estar, náuseas, tonturas, gosto metálico na boca.

Candidíase

- Cremes locais com Miconazol / Tinidazol, em aplicações diárias por 3 a 14 dias.
- Tratamento sistêmico: deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Nesses casos, investigar causas sistêmicas predisponentes. Fluconazol dose única de 150 mg, VO. Se peso < 30 kg, 3 a 12 mg/kg/dia, VO, dose única.
- Em gestante, prescrever só tratamento local.
- Tratar somente os parceiros sintomáticos.

Clamídia

- Azitromicina 2 g, VO, dose única.
- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 hs, por 7 dias.
- Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 h, por 7 dias (pode-se usar em nutrízes e gestantes) ou
- Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 7 dias ou 250 mg, VO, de 6/6 hs, por 14 dias em casos de sensibilidade gástrica (pode-se usar em nutrízes e em gestantes).
- Se peso < 45 kg – Eritromicina 50 mg/kg/dia, em 4 doses, por 10 a 14 dias ou Azitromicina 1 g, VO, dose única (pode-se usar em nutrízes e gestantes) . Se peso < 45 kg – Azitromicina 20 mg/kg, VO, em dose única, máximo de 1g.
- Parceiros: Azitromicina 1 g, VO, dose única.

Gonorréia

- Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única.
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única (Rocefin®). Se peso < 45 kg - Ceftriaxona -125 mg, IM, dose única.
- Parceiro: Ofloxacina 400 mg, VO, dose única.
(contra-indicado em nutrízes, gestantes e menores de 18 anos)

Condiloma Acuminado

O objetivo do tratamento é a remoção das verrugas sintomáticas. Fatores como tamanho, localização e morfologia das lesões devem ser levados em conta.

- Ácido Tricloroacético (ATA) a 80%, uma ou duas vezes por semana, no colo, vagina, vulva, períneo e área perianal; proteger a pele sã com vaselina líquida (pode-se usar em gestantes e nutrízes, quando lesão não muito extensa) ou
- Podofilina a 25% em solução alcoólica, duas a três vezes por semana na vulva, períneo e região perianal (não usar em gestantes e nutrízes); proteger a pele sã com vaselina líquida ou
- Criocauterização - Lesões muito grandes devem ser encaminhadas para retirada cirúrgica em local de referência.

Paciente com condiloma deve ser seguido, pelo risco de desenvolverem alterações pré neoplásicas de pênis, colo, vagina e vulva, principalmente se for acometido por vírus de alto risco.

ACOMPANHAMENTO E ALTA

Como no primeiro atendimento, as consultas de acompanhamento devem ser focadas no exame clínico–ginecológico minucioso, que contemple a verificação de lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DST e amenorréia compatível com gravidez.

Os casos com diagnóstico de patologias ou gravidez no 1º atendimento devem ser acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação.

Para todos os casos, mesmo para os assintomáticos e/ou com exames laboratoriais negativos no primeiro atendimento, devem ser solicitados os exames laboratoriais relativos a gravidez, sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, nas consultas de acompanhamento previamente agendadas, conforme **tabela 3**.

Considerar sempre a data da agressão para o cálculo das datas dos exames laboratoriais previstos no acompanhamento. Para os casos crônicos, considerar a data da última agressão.

Exemplos:

- Mulher procurou o serviço 6 semanas após a agressão. Devem ser solicitados todos os exames no 1º atendimento e acompanhamento da sorologia para sífilis e HIV depois de 3 meses contados da data da agressão, como também HIV, Hepatite B e Hepatite C depois de 6 meses da agressão.
- Mulher procurou o serviço 3 meses após a agressão. Devem ser solicitados todos os exames no 1º atendimento e acompanhamento da sorologia para HIV, Hepatite B e Hepatite C depois de 6 meses da agressão.

A alta clínica deverá ser adotada após a negativa dos exames laboratoriais preconizados para serem realizados 6 meses após a data da agressão - pesquisa do HIV e Hepatite B.

Tabela 3 – Exames Laboratoriais Previstos no Acompanhamento e Periodicidade:

30 DIAS APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

Pesquisa	Exame
Gravidez	BhCG

SEIS SEMANAS APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

Pesquisa	Exame
SÍFILIS	VDRL
HIV	AntiHIV

TRÊS MESES APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

Pesquisa	Exame
SÍFILIS	VDRL
HIV	AntiHIV
Hepatite B	HbsAg

SEIS MESES APÓS A DATA DA AGRESSÃO:

Pesquisa	Exame
HIV	AntiHIV
Hepatite C	AntiHCV

GRAVIDEZ DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Gravidez confirmada – Nesta situação, a mulher deve ser esclarecida sobre as possibilidades existentes:

- **Desejo de continuar a gravidez e permanecer com o filho:** pré-natal na Unidade de Saúde
- **Desejo de continuar a gravidez e dar a criança para adoção:** pré-natal na Unidade de Saúde e encaminhamento à 2ª Vara da Infância e da Juventude (Av. Marechal Floriano Peixoto, 672 – 1º andar - Fone: 3322-8236 ou 3233-2649), para encaminhamento do processo de adoção.
- **Desejo de realizar a interrupção da gravidez (aborto):** Nesta situação, a mulher deve ser imediatamente encaminhada para um dos Hospitais de Referência para Violência Sexual conforme distribuição abaixo. No Hospital, a solicitação de aborto será avaliada do ponto de vista técnico.

Hospital de Clínicas	Hospital Evangélico
Pronto Atendimento da Maternidade	Admissão Obstétrica – 7º andar
Distrito Sanitário Boa Vista	Distrito Sanitário Santa Felicidade
Distrito Sanitário Cajuru	Distrito Sanitário Bairro Novo
Distrito Sanitário Matriz	Distrito Sanitário Portão
Distrito Sanitário Boqueirão	Distrito Sanitário Pinheirinho
	Distrito Sanitário CIC

IMPORTANTE:

- A Unidade de Saúde não deve garantir a interrupção da gravidez. A mulher deve ser informada de que a equipe do Hospital estará avaliando a sua solicitação.
- Para facilitar a avaliação por parte do hospital é de fundamental importância o registro em prontuário do relato da agressão, da data da ocorrência, de todos os achados clínicos e do estado emocional da usuária, o mais detalhadamente possível.
- Notificar ao Centro de Epidemiologia - CE (Fone: 3350-9432 ou Fax: 3350-9433) sobre o encaminhamento efetuado. O CE estará encaminhando para o Hospital cópia do prontuário da usuária. Deve ser informando:
 - nome da usuária;
 - número do cartão da usuária;
 - hospital para onde está sendo encaminhada.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar, em todos os atendimentos incluindo as consultas de emergência exame clínico minucioso que contemple a identificação de manifestações bucais de violência, que podem se dar de forma aguda, com lacerações e hemorragias ocorridas na boca e dentes, com traumatismos dentários, com lesões de articulação têmporo mandibular – ATM e com hematomas e fraturas na face;
- identificar e diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis que, em geral, se manifestam tardiamente na boca e que podem estar relacionadas com episódios anteriores de violência relatados ou não; incluindo as investigações de infecções oportunistas fúngicas (candidíases de várias formas), infecções bacterianas (eritemas e gengivites ou periodontites ulcerativas necrotisantes), infecções virais (herpes simples, HPV, leucoplasias, etc.) e até neoplasias que são comuns em pacientes portadores do HIV;
- garantir o acompanhamento por meio de consultas pré-agendadas e/ou o retorno para seguimento do tratamento na Unidade de Saúde;
- encaminhar para os serviços de referência conforme necessidade.

3.5 COMPETÊNCIA DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

- Atender as violências encaminhadas pelos demais serviços de saúde, delegacias e por procura direta;
- prestar a assistência necessária;
- solicitar a emissão da requisição dos exames periciais junto à Delegacia da Mulher, através de contato telefônico;
- solicitar a presença do médico legista, se necessário, através de contato telefônico;
- aguardar a presença do médico legista para que a realização dos exames clínicos e laboratoriais seja feita em conjunto, evitando desta maneira a dupla abordagem da mulher;
- realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico;
- preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, de modo a possibilitar a análise das informações;
- realizar os registros necessários, não só para o acompanhamento da mulher como também para fins legais. Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário médico, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- constar, no prontuário médico, data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo profissional e a identificação, no prontuário, de todos os profissionais que atenderam a mulher;
- garantir o acompanhamento por meio de consultas pré-agendadas e/ou o retorno para seguimento do tratamento na Unidade de Saúde.

3.6 COMPETÊNCIA DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- Atender as violências sexuais encaminhadas pelos demais serviços de saúde, delegacias e por procura direta;
- solicitar a emissão da requisição dos exames periciais junto à Delegacia da Mulher, através de contato telefônico;
- solicitar a presença do médico legista através de contato telefônico;
- aguardar a presença do médico legista para que a realização dos exames clínicos e laboratoriais seja feita em conjunto, evitando desta maneira a dupla abordagem da mulher;
- não higienizar nem remover roupas ou secreções antes do exame do perito, a não ser que haja ameaça de vida;
- solicitar os exames laboratoriais preconizados;
- realizar a contracepção de emergência nas usuárias em idade fértil, que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso;
- realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas;
- preencher o formulário de dispensação de anti-retrovirais;
- realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico;
- preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, de modo a possibilitar a análise das informações;

- realizar os registros necessários, não só para o acompanhamento da mulher como também para fins legais. Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário médico, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado;
- constar, em prontuário médico, data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo profissional e a identificação, no prontuário, de todos os profissionais que atenderam a mulher;
- se a mulher estiver grávida ou suspeitando de gravidez, deve-se identificar claramente a demanda trazida por ela: identificação do desejo de interrupção da gravidez ou não, existência de valores morais ou religiosos que possam determinar ou influenciar a sua decisão e a discussão de alternativas para a interrupção da gravidez;
- no caso de gravidez decorrente de estupro, com a impossibilidade de realizar o aborto ou quando a opção da mulher for pela manutenção da gravidez, esta deve ser encaminhada à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, para a realização do pré-natal e/ou encaminhamento para adoção;
- realizar a interrupção da gravidez, conforme Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, MS;
- garantir o acompanhamento através de consultas pré-agendadas.

Orientações Importantes à Mulher:

- Informar às mulheres residentes em Curitiba da possibilidade de autorização, mediante assinatura na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, do seguimento da Ficha para o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.
- Para mulheres residentes em outros municípios, informar da possibilidade do seguimento da Ficha para o serviço de saúde do seu município, mediante a sua autorização.
- Orientar e encorajar o registro da ocorrência, caso ainda não tenha feito, na Delegacia Especializada da Mulher ou em qualquer outra delegacia.
- Orientar a mulher para retornar o serviço em casos de atraso menstrual.
- Explicar sobre os atendimentos e os exames que serão realizados durante o acompanhamento até a realização da alta, ressaltando a importância da sua adesão ao tratamento proposto.
- Orientar o uso de preservativo em todas as suas relações até que tenha alta. Enfatizar que mesmo que faça uso de outro método anticoncepcional, o uso do preservativo é imprescindível para a prevenção de possível infecção do seu parceiro. Oferecer preservativos.

3.6.1 - ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA - AE

A contracepção pós-coital ou de emergência é uma medida essencial no atendimento de pacientes que sofreram estupro, que já tenham atingido a menarca e que não estejam em uso de contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar a eficácia do método.

A probabilidade média de ocorrer gravidez em um único coito sem proteção, na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual, é de 8%. Com a anticoncepção oral de emergência, esta taxa cai para 2%. Por isso, a anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte ou pós-coital) é medida essencial para a prevenção de gravidez pós-estupro e, conseqüentemente, do aborto.

Este método atua inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática, possivelmente na maturação do oócito, na produção hormonal normal pós-ovulação. A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado.

É indicado como primeira opção o uso de progestagênio puro, pela sua maior tolerância e eficácia

Caso o progestagênio puro não esteja disponível, é recomendado o método de Yuzpe, que consiste na administração oral de pílulas combinadas (estrogênio e progestagênio).

Para garantir a eficácia do método, a primeira dose da AE **deve ser iniciada até 72 horas após o coito desprotegido**, existindo estudos que mostram que existe algum efeito, ainda que menor, até 5 dias após a agressão. **No entanto, quanto mais cedo utilizar o método, melhor é sua eficácia.**

Em caso da paciente apresentar vômitos, utilizar antieméticos. Repetir a dose do hormônio se o vômito ocorrer dentro das primeiras 2 horas após a ingestão.

PRIMEIRA OPÇÃO:

Progestagênio puro	Modo de Usar
Levonorgestrel 1,5 mg	Dose única
Levonorgestrel 0,75 mg	1 comprimido de 12/12 hs Total de 2 comprimidos

OU

Anticoncepcional combinado	Modo de Usar
Levonorgestrel 0,25mg+ etinil-estradiol 0.05mg	2 comprimidos de 12/12 hs Total de 4 comprimidos

OU

Anticoncepcional combinado	Modo de Usar
Levonorgestrel 0,15mg + etinil-estradiol 0.03mg	4 comprimidos de 12/12 hs Total de 8 comprimidos

3.6.2 - EXAMES LABORATORIAIS

A usuária deve ter acesso a todos os exames apresentados na **Tabela 1** por ocasião do primeiro atendimento, independente da época de procura ao serviço. Preconiza-se a solicitação de exames laboratoriais, uma vez que 15% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e, 1 em cada 1.000, é infectada pelo HIV.

Estes exames refletirão o momento imunológico zero e devem ser realizados antes da dispensa de qualquer medicação.

O tratamento preventivo deve ser iniciado imediatamente, mesmo que, por algum motivo, não se possa realizar estes exames.

3.6.3 - PREVENÇÃO DE DST, AIDS E HEPATITE B

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST

ADULTOS E ADOLESCENTES COM 45 kg OU MAIS

Ofloxacina 400 mg, VO, dose única

Em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos: **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única

Azitromicina 1 g, VO, dose única

Em gestantes e nutrizes: **Amoxicilina** 500 mg, VO, de 8/8 hs, por 7 dias

Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única

Metronidazol 2 g, VO, dose única

Em gestantes tratar apenas após completar o primeiro trimestre e em nutrizes suspender o aleitamento por 24 horas

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45 kg

Gonorréia **Ceftriaxona** 125mg, IM, dose única

Chlamídia trachomatis **Azitromicina** 20mg/kg (máximo 1g), VO, dose única
ou **Eritromicina** 50mg/kg, por dia, de 6/6 hs, por 10 a 14 dias

Tricomoníase e Vaginose bacteriana **Metronidazol** 15mg/kg por dia, de 8/8 hs, por 7 dias

Sífilis **Penicilina Benzatina** 50.000 UI/kg, IM, máximo de 2400.000 UI

HIV

- A mulher deve ser informada sobre os efeitos colaterais associados com a terapia e a necessidade de adesão estrita ao esquema.
- Sugere-se que sejam oferecidos aconselhamento adequado e o emprego de estratégias destinadas a melhorar a adesão à profilaxia, como o tratamento supervisionado, com acompanhamento clínico-psicológico e a dispensação do tratamento em caráter semanal.
- Deve-se esclarecer que a proteção conferida pela profilaxia contra a infecção pelo HIV não é absoluta, mesmo com início precoce e adesão ao tratamento.

1) Em situações em que o agressor é sabidamente HIV positivo

- Prescrever quimioprofilaxia na presença de qualquer contato sexual não consentido, envolvendo contato direto do agressor com as mucosas da vítima, por meio de penetração vaginal, anal e/ou oral.

2) Em situações em que o estado sorológico do agressor é desconhecido

- Para a tomada de decisão terapêutica, sempre que possível, realizar avaliação sorológica do agressor, dentro do prazo elegível para início da profilaxia (<72 horas), fazendo uso do teste rápido.
- Quando o estado sorológico do agressor não puder ser conhecido em tempo elegível, é indicado o uso da profilaxia em situações de exposição envolvendo penetração vaginal, anal ou sexo oral com ejaculação.

ESQUEMAS ANTI-RETROVIRAIS

1 . Pacientes expostos a agressores com sorologia desconhecida ou HIV positivo virgem de tratamento anti-retroviral

ADULTOS ACIMA DE 30 KG

AZT 100mg (Zidovudina)	3 comprimidos	12/12 horas	28 dias
3TC 150mg (Lamivudina)	1 comprimido	12/12 horas	28 dias
Nelfinavir 250mg ou Indinavir 400mg + Ritonavir - 100mg	3 comprimidos	8/8 horas	28 dias
Lopinavir/Ritonavir 200mg / 50mg	2 e 1 cápsulas	12/12 horas	28 dias
	2 comprimidos	12/12 horas	28 dias

Obs: Existe apresentação de AZT 300mg + 3TC - 150 mg - 1 comprimido, VO, de 12/12horas

CRIANÇAS ABAIXO DE 30 KG

AZT 100mg (Zidovudina) Solução oral: 10 mg/ml	120 mg/m ²	8/8 horas	28 dias
	Dose máxima de 600mg/dia		
3TC (Lamivudina) Comprimidos de 150 mg ou solução oral 10mg/ml em frasco de 240ml	4 mg/ Kg	12/12 horas	28 dias
	Dose máxima de 150mg/dia		
Indinavir 400mg (caps) Ou	500 mg/m ²	8/8 horas	28 dias
Ritonavir 100mg (caps) Solução oral 80mg/ml em frasco de 240ml	< 0,6m ² - 300 a 400 mg/m ²		
	350 a 400mg/m ²	12/12 horas	28 dias
	Dose máxima de 200mg/m ² e 50mg/m ² , 3/3dias		

Cálculo do m²

$m^2 = \text{peso} \times 4 + 7 / 90 + \text{peso}$

Exemplo: Criança de 10 kg

$m^2 = 10 \times 4 + 7 / 90 + 10$

$m^2 = 0,47$

dose = 120 mg x 0,47 = 56,4 mg

2 . Pacientes expostos a agressores HIV positivo em tratamento com anti-retroviral

- Esquema individualizado conforme esquema ANTI-RETROVIRAL (ARV) do agressor.
- Deve ser avaliado por especialista.

HEPATITE B

Vacinação (Engerix B): 1,0 ml, IM em adultos e 0,5ml , IM, em menores de 12 anos, em 3 doses

- Indicado nos casos em que a mulher não realizou o esquema de vacinação ou realizou de forma incompleta;
- a segunda e a terceira dose devem ser administradas, respectivamente, em 1 e 6 meses após a primeira;
- a gravidez e a lactação não contra-indicam a vacinação anti-hepatite B.

Gamaglobulina hiperimune (HIBG): 0,06ml/Kg de peso corporal, IM, dose única

- Indicado nos casos em que a mulher não realizou o esquema de vacinação ou realizou de forma incompleta;
- se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes;
- aplicar em membro diferente do usado para o esquema de vacinação;
- maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HIBG, até 48 horas após o acidente.

3.6.4 ACOMPANHAMENTO E ALTA

Durante o primeiro mês após a agressão, a mulher deve ser acompanhada com uma frequência maior: uma consulta por semana, buscando fortalecer a adesão ao uso dos anti-retrovirais, bem como garantir a avaliação constante de possíveis efeitos colaterais provenientes do uso destes medicamentos.

Nos meses subseqüentes, as consultas de acompanhamento devem ser focadas no exame clínico–ginecológico minucioso, que contemple a verificação de lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DST e amenorréia compatível com gravidez. Estas consultas devem coincidir com as avaliações laboratoriais preconizadas: 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a agressão.

Para todos os casos, mesmo para os assintomáticos e/ou com exames laboratoriais negativos no primeiro atendimento, devem ser solicitados os exames laboratoriais relativos a gravidez, sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, nas consultas de acompanhamento previamente agendadas, conforme **tabela 3, página 26**.

Considerar sempre a data da agressão para o cálculo das datas dos exames laboratoriais previstos no acompanhamento.

Os casos com diagnóstico de patologias ou gravidez devem ser acompanhados de acordo com as especificidades de cada situação.

A alta clínica será adotada após a negativa dos exames laboratoriais preconizados para serem realizados 6 meses após a data da agressão - pesquisa do HIV e Hepatite B.

3.6.5 – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

O número de mulheres que engravidam em decorrência do estupro e demandam a interrupção da gravidez é pequeno. Nesta condição, se a mulher não deseja manter a gestação, a interrupção pode ser realizada pela prática do abortamento (**Anexo 6.1**).

Esta situação está prevista no artigo 128 do Código Penal, que diz: “Não se pune o aborto praticado por médico:

- I – Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.
- II – Se a gravidez é resultante de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.”

DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO ABORTAMENTO

- Autorização da grávida ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal, formado em documento do seu próprio punho, na presença de duas testemunhas, exceto pessoas integrantes da equipe de saúde;
- a mulher, ou seu representante legal, deverá ser informada sobre a responsabilidade criminal, caso as declarações forem falsas;
- registro no prontuário médico e de forma separada das consultas e da decisão por ela adotada, assim como do resultado dos exames clínicos e laboratoriais.

Recomendados:

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO);
- cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida, caso a mulher tenha consultado;
- cópia do laudo do Instituto Médico Legal, quando se dispuser.

3.6.6 – ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

- Garantir o acolhimento das pessoas envolvidas, o que significa compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não), contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos.
- Realizar o atendimento em um lugar reservado, o mais adequado possível para a preservação do respeito e individualidade da paciente.
- Não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais.
- No primeiro momento, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço. Num segundo momento, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar.
- É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual.
- No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados. É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo precisa ser respeitado.
- O compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe.
- Quando solicitado, o profissional de saúde mental deve dar suporte a equipe para que a mesma esteja sensibilizada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência.
- Não existe a maneira ideal para o atendimento psicológico, é possível utilizar diferentes referenciais teóricos para o atendimento da mulher em situação de violência, o que se torna imprescindível é que o psicólogo não desconsidere as dimensões de gênero presentes no fenômeno da violência e que compreenda e atenda as necessidades de cada paciente.

Os passos a seguir dão uma noção geral de momentos que poderão ocorrer num processo psicológico de atendimento a vítimas de violência sexual, para facilitar a estratégia de atendimento do profissional. Isto não significa que vão ocorrer para todas as pessoas nesta ordem ou com este conteúdo, portanto, segundo a formação do profissional e principalmente a dinâmica emocional de quem está sendo atendido, é importante que exista o bom senso para que estes passos sigam a ordem das demandas da paciente.

Sugestões de temas a serem abordados no **Primeiro momento:**

- Avaliação dos sentimentos predominantes (medo, revolta, raiva, culpa, ansiedade, angústia, calma);
- avaliação do grau de desorganização da vida pessoal;
- avaliação da organização psíquica e mecanismos de defesa;
- reações psicossomáticas;
- reações do grupo social em que está inserida (acolhimento, apoio, críticas, discriminação, revolta, expulsão);
- aconselhamento sobre DST / AIDS;
- importância da paciente respeitar o estado emocional em que se encontra e suas limitações;
- apoio emocional;
- entrevista psicológica com acompanhante ou familiar.

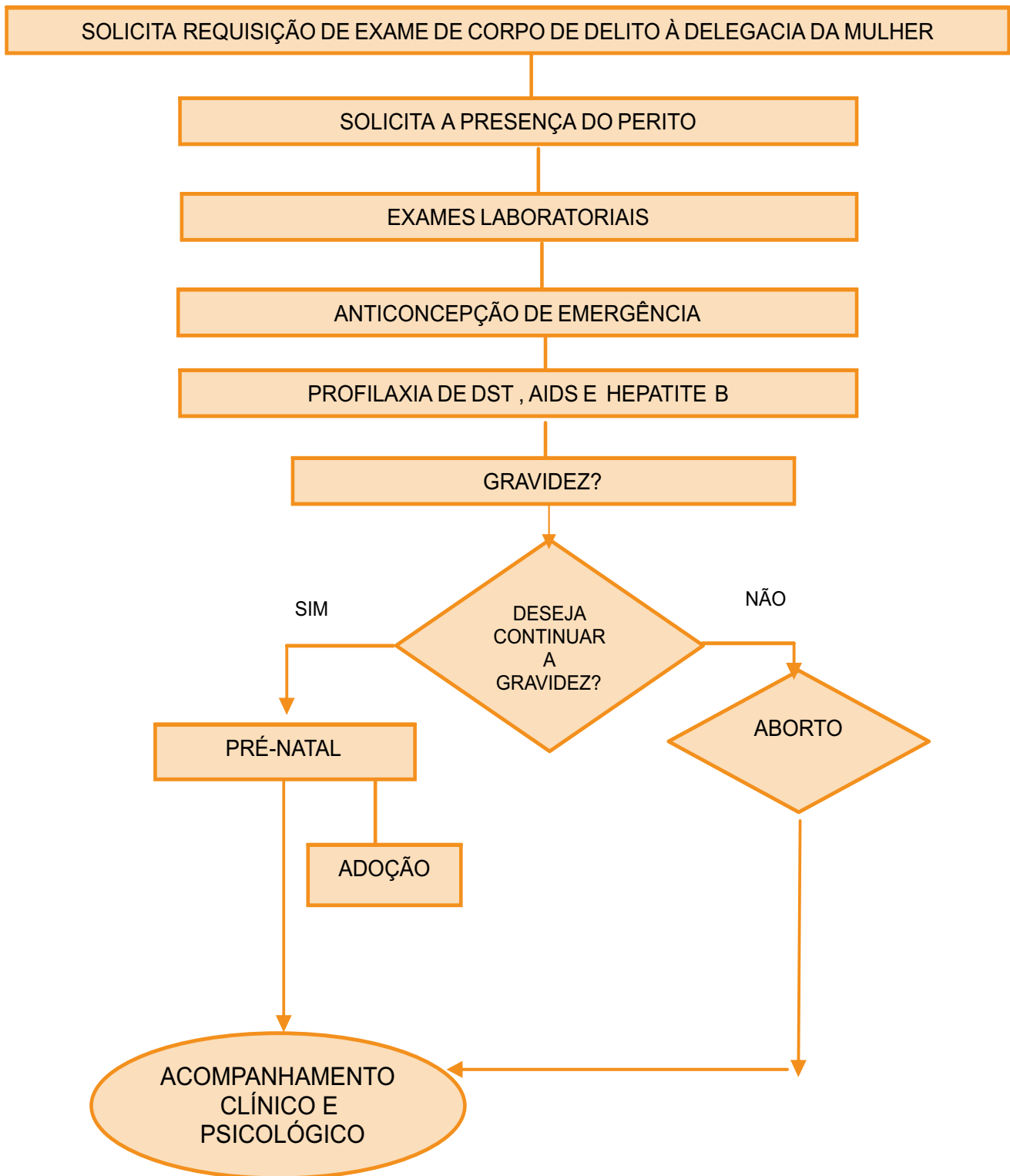
Momentos subseqüentes:

- Reorganização da vida após a violência sofrida (retorno ao trabalho, à escola, às atividades desenvolvidas);
- prevenção de futuras conseqüências na vida pessoal (estado depressivo, escolhas de relacionamentos, perpetuação da violência);
- recuperação da auto-estima;
- encaminhamento para avaliação psiquiátrica, caso seja necessário;
- repercussões no sentimento frente à figura masculina;
- apoio emocional;
- sentimentos persecutórios provenientes da violência sofrida.

Em casos de gravidez decorrente da violência:

- Sentimentos relacionados à constatação da gravidez, fruto da violência sexual (ambivalência, culpa, rejeição, aprovação);
- levantamento dos princípios morais e religiosos que podem interferir na decisão ou não pelo abortamento legal;
- fantasias relacionadas à gravidez e ao abortamento, desejo frente à maternidade;
- acompanhamento psicológico no decorrer da internação para a interrupção legal da gestação, havendo a possibilidade de dar continuidade a este no ambulatório;
- apoio psicológico frente às opções outras que não o abortamento legal;
- atendimento familiar.

3.6.7 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA VIOLÊNCIA SEXUAL



3.7 A IMPORTÂNCIA DO IML

O Instituto Médico Legal, IML, desde o ano de 2002, faz parte da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Curitiba e Região Metropolitana, pelo convênio firmado entre a Secretaria Estadual da Saúde, a Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e a Prefeitura Municipal de Curitiba.

O objetivo principal é desburocratizar e humanizar o atendimento pericial e da saúde às vítimas que sofrem este tipo de violência.

A equipe de médicos do IML atende às vítimas que sofreram violência sexual até completar 72 horas da ocorrência, mediante requisição de exame das autoridades policiais, judiciárias e do Ministério Público, diretamente nos Hospitais de Referência, em conjunto com o médico plantonista do hospital, em plantões de 24 horas/dia.

As crianças menores de 12 anos são atendidas no Hospital Pequeno Príncipe.

O Hospital de Clínicas atende vítimas maiores de 12 anos de idade, de ambos os sexos.

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba atende somente as vítimas maiores de 12 anos e do sexo feminino, no sétimo andar da Maternidade.

As requisições dos exames periciais, para os laudos de conjunção carnal, atos libidinosos, lesões corporais e toxicológicos são enviadas pela Delegacia da Mulher ou outras delegacias, para o hospital via fax.

O perito é chamado pelo celular e vai ao hospital com “vale - taxi”, para agilizar o atendimento. Um “kit” de coleta hospitalar foi instituído para obter o material para as provas periciais: sangue, esperma, urina e peças de vestuário, que são entregues imediatamente após a coleta, nos Laboratórios de Sexologia Forense e Toxicologia do IML.

O material para exames obedece a uma criteriosa sistematização de coleta, identificação, acondicionamento e transporte para evitar perda das provas.

Depois de obtidos os resultados dos exames laboratoriais, os laudos são elaborados e expedidos na maior brevidade possível.

A parceria do IML com o Programa melhorou a qualidade do atendimento, evitando a perambulação das mulheres, adolescentes e crianças pelas delegacias e evitou perda das provas periciais, agilizando a elaboração e expedição dos laudos.

A humanização do atendimento, em conjunto com os profissionais da saúde, favoreceu a prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, gravidez indesejada, além de propiciar suporte psicológico, social e jurídico e, com a importância do atendimento multidisciplinar, resgataram a dignidade e a cidadania das mulheres que sofrem com a violência.

4. Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência

ATRIBUIÇÕES:

CENTROS DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER

- Promover atendimento às mulheres em situação de violência, orientando-as sobre os diferentes serviços disponíveis para a prevenção, apoio e assistência em cada caso particular;
- Promover o atendimento especializado e continuado às mulheres em situação de violência, até que estas possam tornar-se independentes dos serviços prestados;
- Articular os meios que favoreçam a inserção da mulher no mercado de trabalho;
- Articular os meios de acesso da mulher aos programas de capacitação para o trabalho e de geração de renda, quando couber;
- Garantir à mulher assistida as condições de acesso aos programas de educação formal e não formal, quando couber;
- Propiciar, à mulher assistida, os meios para obter o apoio jurídico necessário a cada caso específico;
- Dar informações e orientações por meio de atendimento telefônico às mulheres;
- Assegurar os encaminhamentos para a área da saúde, quando necessários;
- Proporcionar a capacitação continuada para a equipe profissional;
- Promover o trabalho articulado e intersetorial com os serviços de prevenção e assistência, envolvendo também a participação das entidades da sociedade civil, especialmente as do movimento organizado de mulheres.

CASAS - ABRIGO

- Garantir abrigo e proteção à mulher em situação de violência e a seus filhos menores de 12 anos;
- Acionar os demais serviços existentes no município, como creches, escolas e cursos profissionalizantes para atender às necessidades da mulher;
- Cadastrar as usuárias e registrar informações.

CENTROS REGIONAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS

- Prestar assistência conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social;
- Identificar situações de violência e acolher as vítimas;
- Encaminhar para abrigos apropriados quando a mulher e/ou os filhos estejam sofrendo risco de vida e não podem contar com o apoio e proteção de familiares ou amigos;
- Encaminhar para os serviços de saúde para atendimento de agravos físicos, sexuais e psicológicos;
- Prestar atendimento jurídico ou encaminhar para outros serviços que prestem este tipo de assistência;
- Avaliar as necessidades apresentadas pelas vítimas: alimentação, moradia, emprego, vagas em creches e escolas, etc., providenciando atendimento adequado;
- Desenvolver programas de orientação familiar, com vistas a ajudar as famílias que vivem situações de conflito familiar;
- Desenvolver programas voltados para a prevenção da violência familiar: incentivo à denúncia de violência contra crianças, adolescentes e mulheres por parte de profissionais da educação e saúde e da comunidade; envolvimento da comunidade e da mídia em programas de combate à violência doméstica e familiar; implantação de grupos de orientação familiar junto à clientela das escolas, creches e programas sociais;
- Registrar as informações.

JUIZADO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

- Criado na Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, foi instalado na 13ª. Vara Criminal o JUIZADO ESPECIAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR, com competência cível e criminal, para processar, julgar e executar as causas decorrentes da prática de violência previstas na Lei 11.340/06, também conhecida como “Lei Maria da Penha”. Nas demais Comarcas, o atendimento às mulheres em risco de violência para efeitos desta Lei, serão, prioritariamente, atendidas pelo juiz da Vara Criminal.
- Processar e julgar as ações penais relativas às condutas definidas em lei como violência doméstica e familiar contra a mulher;
- Aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as medidas protetivas de urgência, previstas no art. 22 da Lei Federal 11.340/06;
- Aplicar as medidas protetivas de urgência à ofendida, previstas no art. 23 da Lei Federal 11.340/06;
- Determinar o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso;
- Comunicar ao Ministério Público para que adote as providências cabíveis;
- Assegurar acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta, e manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses, para preservar sua integridade física e psicológica;
- Determinar, quando for o caso, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal;
- Cadastrar e sistematizar dados e informações.

DEFENSORIA PÚBLICA DO PARANÁ

- Promover as medidas processuais e o respectivo acompanhamento nos feitos de natureza criminal, cível, trabalhista e do direito da família, relativamente à mulher em situação de violência;
- Realizar o acompanhamento da vítima e do agressor, nas audiências designadas no Juizado, quando estes não tiverem defensor constituído;
- Respeitar a integridade e autoridade da mulher sobre suas escolhas e decisões;
- dar prioridade à segurança da mulher e seus filhos;
- Oferecer informação sobre as opções legais e sobre os recursos da comunidade;
- Realizar os encaminhamentos necessários.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ

- Intervir, quando não for parte, nas causas cíveis e criminais decorrentes da violência doméstica e familiar contra a mulher;
- Promover a ação penal nos casos de ação condicionada ou incondicionada, quando houver representação da vítima;
- Gos direitos de segurança, atendimento médico, social e jurídico às vítimas de violência quando as demais instituições públicas deixarem de cumprir este papel;
- Fiscalizar os estabelecimentos públicos e particulares de atendimento à mulher em situação de violência;
- Cadastrar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ

- Atender a mulher em situação de violência, acolhendo a vítima e encaminhando para o atendimento adequado;
- Registrar informações;
- Realizar a prisão em flagrante do agressor, sempre que houver qualquer das formas de violência doméstica contra a mulher, no momento do atendimento.

POLÍCIA CIVIL/DELEGACIA ESPECIALIZADA DA MULHER DE CURITIBA E DISTRITOS POLICIAIS

- Acolher de forma humanizada, ouvir a ofendida, lavrar o Boletim de Ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada;
- Garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;
- Colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;
- Remeter, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida, para a concessão de medidas protetivas de urgência;

- Registrar as informações e determinar ao Instituto Médico Legal ou Unidade de Referência Ambulatorial ou Hospitalar que se proceda ao exame de corpo de delito da ofendida e requisitar outros exames periciais necessários;
- Ordenar a identificação do agressor e fazer juntar aos autos sua folha de antecedentes criminais, indicando a existência de mandado de prisão ou registro de outras ocorrências policiais contra ele;
- Remeter, no prazo legal, os autos do inquérito policial ao juiz e ao Ministério Público;
- Informar e orientar a ofendida quanto aos encaminhamentos legais cabíveis e encaminhá-las para serviços de atendimento jurídico e social existentes;
- Fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida;
- Encaminhar para os serviços de saúde casos de agravos físicos, violência sexual e aqueles que necessitem atendimento em saúde mental;
- Acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar; e
- Informar à ofendida os direitos a ela conferidos na Lei Federal 11.340/06 e os serviços disponíveis.

INSTITUTO MÉDICO LEGAL - IML

- Realizar exames de corpo de delito e emitir laudos periciais dentro do prazo legal;
- Capacitar equipes médicas das Unidades de Referência Hospitalar e Ambulatorial para a coleta de informações e de material para a realização de exames periciais e emissão de laudos;
- Informar e orientar as vítimas sobre os serviços de atendimento médico, social e legais disponíveis;
- Registrar todas as informações.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- Identificar as situações de violência e acolher as vítimas de violência;
- Estar atenta para os sinais de alerta para a violência doméstica e familiar;
- Incluir a violência intrafamiliar como um dos critérios para a identificação de população de risco para atendimento priorizado na unidade de saúde;
- Estabelecer protocolo de atendimento para os casos de violência sexual: anticoncepção de emergência, prevenção de DST/AIDS e coleta de material para exames;
- Encaminhar para serviços especializados quando o caso requerer: hospitais, atendimento em saúde mental, outros;
- Informar e encaminhar para atendimento social e jurídico: Delegacia Especializada da Mulher ou outra Delegacia, Defensoria Pública, Centro de Referência e Atendimento à Mulher, etc.;
- Agendar retorno para atendimento e/ou visita domiciliar com o objetivo de acompanhamento do caso, com a participação das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários da saúde;
- Incentivar a criação de grupos de apoio, com foco principal nos aspectos psicossociais;
- Garantir os medicamentos necessários;
- Preencher e dar tratamento à Ficha de Notificação de Violência Contra a Mulher;
- Registrar as informações e organizar o monitoramento do perfil do agravo violência.

UNIDADES HOSPITALARES

- Identificar as situações de violência e acolher as mulheres em situação de violência quando se tratar de procura direta;
- Realizar perícia médica legais quando delegadas pelos órgãos competentes (laudos).
- Realizar o abortamento em casos de concepção resultante de estupro, de acordo com a lei (aborto legal);
- Informar e encaminhar para atendimento social, policial e jurídico: Delegacia da Mulher ou outra Delegacia, Juizado Especializado, Defensoria Pública, Centro de Referência e Atendimento à Mulher, abrigos, etc.;
- Registrar todas as informações pertinentes ao atendimento;
- Preencher e dar seguimento à Ficha de Notificação de Violência Contra a Mulher.

UNIDADES DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO

- Desenvolver programas de prevenção à violência e de promoção e disseminação de valores éticos de respeito à dignidade das pessoas, envolvendo seus alunos, professores e pais;
- Identificar situações de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, na medida em que são referidas pelos alunos;
- Orientar as famílias e comunidades quanto aos procedimentos e encaminhamentos em casos de violência doméstica e familiar;
- Registrar as informações e dar os devidos encaminhamentos.

UNIVERSIDADES E FACULDADES

- Desenvolver pesquisas, programas de extensão universitária e iniciativas de envolver todas as áreas de conhecimento no enfrentamento da violência;
- Desenvolver propostas para a capacitação de profissionais;
- Promover programas educacionais que disseminem valores éticos de respeito à dignidade das pessoas com a perspectiva de gênero, raça e etnia;
- Incluir nos currículos dos cursos afins, conteúdos específicos relativos ao reconhecimento, atendimento e prevenção da violência.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- Desenvolver estudos e pesquisas sobre a violência doméstica e familiar;
- Contribuir para a construção de um Sistema Nacional de Dados e Informações relativo às mulheres;
- Elaborar propostas de intervenção no enfrentamento da violência doméstica e familiar.

IGREJAS

- Sensibilizar, por meio das pastorais, grupos comunitários, grupos de evangelização, e outros, para a adoção de medidas de prevenção da violência contra a mulher.

ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

- Acompanhar, monitorar e fiscalizar programas existentes;
- Articular campanhas com a perspectiva de denúncia, informação e enfrentamento a violência contra a mulher.

CONSELHOS ESTADUAL E MUNICIPAIS DA MULHER / MOVIMENTO DE MULHERES / DIREITOS HUMANOS

- Promover a articulação entre os órgãos municipais, estaduais e da união para o enfrentamento da violência de gênero;
- Participar e fomentar o trabalho em rede de atenção à mulher em situação de violência;
- Realizar campanhas com a perspectiva de denúncia, informação e diminuição da violência contra mulher;
- Contribuir com o desenvolvimento dos programas municipais existentes voltados à defesa e valorização da mulher.

CONSELHOS COMUNITÁRIOS E ASSOCIAÇÕES: Conselhos Comunitários de Segurança, Conselhos de Saúde, Associações de Moradores, Associações de Pais e Mestres.

- Participar das campanhas com a perspectiva de denúncia, informação e enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher.

MEIOS DE COMUNICAÇÃO

- Participar na discussão das causas da violência e na elaboração de propostas de intervenção;
- Promover campanhas de prevenção, punição e erradicação da violência.

PARCERIAS

Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180

Prefeitura Municipal de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde / Centro de Epidemiologia / Coordenação do Programa Mulher de Verdade – Rua Francisco Torres, 830, 1º andar, Centro, Curitiba - Fone: 3350-9432

Unidade de Saúde Mãe Curitibana – Rua Jaime Reis, 331, Centro, Curitiba - Fone: 3321-3271 ou 3321-3209

Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher - Rua Itupava, 1829, Alto da XV, Curitiba – Fone: 3363-3852

Centro de Referência e Atendimento à Mulher de Curitiba e Região Metropolitana - Rua Desembargador Hugo Simas, 2603, Pilarzinho, Curitiba - Fone: 3338-1832

Conselho Municipal da Condição Feminina de Curitiba - Rua da Glória, 314, Centro Cívico, Curitiba - Fone: 33137120 ou 33137123

Delegacia Especializada da Mulher de Curitiba - Rua Presidente Carlos Cavalcanti, 480, Centro, Curitiba - Fone: 3223-5323

Hospital de Clínicas- Rua General Carneiro, 181, térreo, Curitiba - Fone: 3360-1826

Hospital Evangélico de Curitiba - Rua Augusto Stelfeld, 1908, Curitiba - Fone: 3240-5000 – ramal: 5187

Defensoria Pública do Paraná - Alameda Cabral, 184, Centro, Curitiba - Fone: 3219-7300

Instituto Médico Legal – IML - Rua Visconde de Guarapuava, 2652, Centro, Curitiba – Fone: 3281-5600

Secretaria de Estado da Saúde – SESA - Rua Piquiri, 170, Rebouças, Curitiba - Fone: 3330-4300

2ª Regional de Saúde - Rua Barão do Rio Branco, 465, 2º andar, Centro, Curitiba - Fone: 3304-7540 - Fax: 3232-5071 ou 3304-7562 - Coordenação de Saúde da Mulher

Vara da Infância e Juventude - Av. Marechal Floriano Peixoto, 672, 3º andar, Curitiba - Fone: 3322-8236 ou 3233-2649

Ministério Público do Estado do Paraná - Av. Mal. Hermes, 751, Curitiba - Fone: 3250-4700

Secretaria Municipal da Educação - Rua João Gualberto, 623, 6ª andar, Torre B, Curitiba - Fone 3350-3112

Fundação de Ação Social – FAS - Rua Eduardo Sprada, 4520, Campo Comprido, Curitiba - Fone: 3250-7904

Serviço de Atendimento ao Vitimizado (Resgate Social) - Fone: 3310-7500

Núcleos Regionais/Coordenadores da FAS:

CIC – Rua Manoel Valdomiro de Macedo, 2480, Curitiba - Fone: 3212-1536

Boqueirão – Av. Mal. Floriano Peixoto, 8430, Rua da Cidadania - Praça do Carmo, Curitiba - Fone: 3276-6026

Cajuru – Rua Roraima, 545, Curitiba - Fone: 361-2317 ou 3266-8031 ou 3361-2319

Boa Vista – Av. Paraná, 3600, Rua Cidadania, Curitiba - Fone: 3356-2566

Portão – Rua Carlos Klentz, 1700, Rua da Cidadania, Curitiba - Fone: 3245-1100

Matriz – Rua da Cidadania Matriz – Praça Rui Barbosa, Curitiba - Fone: 3323-4474

Pinheirinho – Av. Winston Churchil, 2033, Rua da Cidadania, Curitiba - Fone: 3346-1419

Bairro Novo – Av. Tijucas do Sul, 1700, Rua da Cidadania, Curitiba - Fone: 3289-4141

Santa Felicidade – Rua Santa Bertila Boscardin, 100, Rua da Cidadania, Curitiba - Fone: 3297-3259

Núcleo de Estudos de Gênero da Universidade Federal do Paraná – Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – Fone: 3360-5000

Universidade Tuiuti do Paraná - Rua Nicco, 179, Mossungué, Curitiba - Fone: 3331-8019

5. Notificação Compulsória

A violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, possui pouca visibilidade social.

A notificação dos casos de violência contra a mulher estabelecida no Sistema Único de Saúde através da lei N.º 10.778, de 24 de novembro de 2003 (**Anexo 6.2.1**) e regulamentada pela portaria N.º 2.406, de 5 de novembro de 2004 (**Anexo 6.3**) permite dimensionar a magnitude desse problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas para enfrentamento desta questão.

Além disso, dentro dessa nova versão do protocolo de atenção à mulher vítima de violência, a notificação adquire um novo significado. Passa também a ter um papel importante na garantia do acompanhamento dos casos pelo serviço de saúde próximo da residência da mulher, assim como pelo Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.

Para tanto, por ocasião do atendimento e da notificação, a mulher em situação de violência deve ser esclarecida sobre a importância do repasse das informações contidas na ficha de notificação para esses setores, visando o acompanhamento e a atenção integral do seu caso. As informações contidas nessa ficha são sigilosas e a sua disponibilização deve ser autorizada pela ofendida ou responsável.

Dessa forma a equipe de saúde deve informar às mulheres residentes em Curitiba da possibilidade de autorização, mediante assinatura na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, do seguimento da Ficha para o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher e para mulheres residentes em outros municípios da possibilidade do seguimento da Ficha para o serviço de saúde do seu município, mediante a sua autorização.

A autorização para a disponibilização da notificação para o serviço de saúde próximo à sua residência (Campo 43) possibilitará, mesmo para mulheres residentes em outro município, o melhor acompanhamento do caso e a disponibilização da notificação para o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher (Campo 44), quando a mulher residir em Curitiba, dará condições de providenciar as medidas protetivas de urgência por parte desse Juizado, que também poderá solicitar o comparecimento da mulher para esclarecimentos e encaminhamentos.

Reforça-se ainda, visando o monitoramento desse problema e o adequado acompanhamento dos casos, a importância do correto preenchimento de todos os campos desse formulário de notificação (Ver manual de preenchimento - **Anexo 5.1**) e do cumprimento do fluxo da notificação.

5.1 MANUAL PARA O PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

CAMPO 1 – Número da Unidade Notificadora

Anotar o código da Unidade Notificadora.

CAMPO 2 – Regional

Preencher com o nome da Regional ou DS onde está localizada a Unidade Notificadora.

CAMPO 3 – Data

Preencher com a data em que está sendo realizada a notificação.

IDENTIFICAÇÃO

CAMPO 4 - Nome

Preencher este campo com nome completo da mulher, evitando abreviações.

CAMPO 7 – Ocupação

- Assinalar o item do lar quando a mulher exerce atividades domésticas e não desempenha atividade remunerada ou não freqüente curso regular;
- assinalar o item estudante quando a mulher freqüenta um curso regular e não exerce atividade remunerada;
- assinalar o item empregada quando a mulher exerce atividade remunerada com vínculo empregatício;
- assinalar o item autônoma quando exerce atividade remunerada mas sem vínculo empregatício (por conta própria);
- assinalar o item trabalho eventual quando a mulher exerce eventualmente alguma atividade remunerada, quando necessário ou quando tem oportunidade;
- assinalar o item desempregada quando a mulher relata não estar exercendo atividade remunerada no momento, apesar de ter profissão.

CAMPO 09 - Cor

Preencher este campo considerando a auto declaração da mulher, ou seja, deve ser perguntado em que categoria ela se inclui.

- **Amarelo** - Pele branco-amarela, olhos oblíquos e/ou repuxados, cabelos negros e lisos. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça amarela.
- **Branca** - Pele branca, cabelos lisos e/ou ondulados (de louro a negro), nariz estreito e proeminente, lábios finos (ou de espessura mediana), gengiva de cor rósea (com suas variações normais devidas à queratinização e vascularização). Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou branca.
- **Indígena** - Considera-se, nesta categoria, a pessoa que se declarou indígena ou índia.
- **Negro** - Pele castanho-escura ou negra, cabelos ondulados, encarapinhados ou anelados, geralmente escuros, nariz largo e/ou achatado, gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça negra.
- **Pardo** - Pele de coloração entre branca e negra, traços evidenciando miscigenação, impossibilitando a inclusão do indivíduo nas categorias branco, negro ou amarelo. Inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulato, caboclo, cafuso, mameluco, moreno ou mestiço de negro com pessoa de outra cor ou raça.

CAMPO 11 – Gestante

Informar se a mulher encontrava-se grávida por ocasião da violência.

CAMPO 12 – Escolaridade

- **Sem escolaridade** – considera-se a mulher que não freqüentou a escola ou que sabe apenas escrever e/ou ler o próprio nome;
- **1ª a 4ª série incompleta do EF** – mulher que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a 4ª série do Ensino Fundamental (1 a 3 anos de estudo concluídos);
- **4ª série completa do EF** – mulher que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a 4ª série do Ensino Fundamental (4 anos de estudo concluídos);
- **5ª a 8ª série incompleta do EF** – mulher que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a 8ª série do Ensino Fundamental (5 a 7 anos de estudo concluídos);
- **Ensino fundamental completo** – mulher que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do Ensino Fundamental (8 anos de estudo concluídos);
- **Ensino médio incompleto** – mulher que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a última série do Ensino Médio (8 a 11 anos de estudo concluídos);
- **Ensino médio completo** – mulher que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do Ensino Médio (12 anos de estudo concluídos);
- **Educação superior incompleta** – mulher que freqüentou ou está freqüentando a universidade sem, no entanto, ter concluído o curso de Nível Superior;
- **Educação superior completa** – mulher que freqüentou a universidade até concluir, com aprovação, o curso de Nível Superior;
- **Não se aplica** – mulher com deficiência mental grave (ex.: paralisia cerebral grave);
- **Ignorado** - a mulher atendida ou acompanhante não soube ou não pode declarar por algum motivo (ex.: paciente em coma).

CAMPOS 13 a 18 - Endereço

Preencher estes campos com o máximo de informações, inclusive com a identificação de um ponto de referência próximo ao endereço, que facilite sua localização para eventuais contatos e acompanhamento do caso.

DADOS DA OCORRÊNCIA**CAMPO 19 e 20 – Data e Hora**

Preencher com a data e horário da agressão informada pela ofendida.

CAMPO 23 - Tipo de Agressão

Pode ser assinalada mais de uma opção:

- **Física** - qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da ofendida.
- **Psicológica** - que cause dano emocional e diminuição da auto-estima; que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento; que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização; exploração e limitação do direito de ir e vir e qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
- **Moral** - entendido como qualquer conduta de injúria, difamação ou calúnia:
Injúria - ofender, mesmo que não seja na frente de outras pessoas; atribuir qualidade

negativa que ofenda a dignidade ou decoro (verbal, por escrito ou fisicamente).

Difamação - falar contra a honra, a reputação, na presença de uma ou mais pessoas (desacreditar, sem acusar de crime).

Calúnia - acusar alguém de um crime que não cometeu (tem que provar).

- **Negligência / Abandono** – omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa (ex.: privação de medicamentos, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola). O abandono é considerado uma forma de negligência (Brasil, 2002).
- **Sexual** - qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
- **Financeira / Econômica / Patrimonial** – entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
- **Outra** - Preencher este campo nos casos de agressões não contempladas acima ou quando tratar-se de auto-agressão (tentativa de suicídio). Especificar o tipo de violência no campo - Outra Qual?

CAMPO 24 – Natureza da violência

- **Doméstica** - Violência ocorrida no âmbito doméstico, compreendido como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas, ou no âmbito da família ou ainda que mantenha relação íntima, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, mesmo sem coabitação.
- **Extra familiar** - É a forma de violência a que estão sujeitas as mulheres, praticada fora de suas residências, por pessoas de sua convivência ou por estranhos.
- **Não informado / ignorado** - Registrar quando não for possível obter a informação relativa à natureza da violência.

CAMPO 25 - Frequência

Este campo deverá ser preenchido considerando a história de violência anterior da mulher, procurando identificar se o fato observado naquele momento é um fato único ou se já aconteceram violências anteriores envolvendo essa mulher.

- **Sim** - Registrar quando for observado ocorrências anteriores de violência.
- **Não** – Registrar quando o caso observado representar o primeiro e único episódio de violência.
- **Ignorada** - Registrar quando não for possível obter essa informação.

CAMPO 26 - Breve histórico da ocorrência

Preencher com o relato do ocorrido ou com outras informações prestadas pela ofendida, acompanhantes ou testemunhas.

CAMPO 27 – Lesão aparente

Campo obrigatório nos casos de violência física e sexual.

- **Sim** – Quando forem observados uma ou mais lesões ou sinais físicos de violência, que devem ser identificados no campo 28.
- **Não** – quando não for observado nenhuma lesão ou sinal físico de violência.
- **Ignorado** – Quando não for possível observar a presença de lesão ou sinal físico de violência.

CAMPO 28 - Lesões/ parte do corpo

Campo obrigatório nos casos de violência física e sexual, quando for observado a presença de lesões ou sinais físicos de violência (Campo 27 = Sim).

- Nos espaços reservados para o registro, especificar a região do corpo atingida: olho, dente, nariz, etc.
- Outras lesões: descrever lesões que não estejam contempladas no quadro acima.

CAMPO 29 - Informação do estado emocional

Breve descrição das condições emocionais da mulher no momento do atendimento: assustada, amedrontada, confusa, etc.

Em caso de violência sexual**CAMPO 31 – Contracepção de emergência**

Registrar quando a contracepção de emergência for disponibilizada em até 72 horas da agressão.

DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO**CAMPO 33 - Relação com a vítima**

O item “cônjuge/companheiro(a)” deve ser assinalado quando o autor da agressão for cônjuge ou companheiro(a) da ofendida. Este campo também deverá ser utilizado em casos de namorado, amante ou outras relações similares e nos casos em que esta relação ocorreu (por exemplo: ex. marido, ex. namorado, etc.).

CAMPO 35 - O agressor é reincidente

Deverá ser assinalado como sim quando já ocorreu episódio anterior de agressão provocado pelo mesmo agressor contra a mulher ou contra outras pessoas.

CAMPO 42 – Carimbo e assinatura da Unidade Notificadora

Não há necessidade da identificação do profissional que realizou o registro na ficha de notificação. Colocar apenas o carimbo da Unidade Notificadora e uma rubrica do profissional.

DECISÃO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA

- As informações contidas nessa ficha são sigilosas e a sua disponibilização deve ser autorizada pela ofendida ou responsável.
- A mulher deve ser esclarecida sobre os objetivos das autorizações.

CAMPO 43

A autorização para a disponibilização da notificação para o serviço de saúde próximo à sua residência possibilitará, mesmo para mulheres residentes em outro município, o melhor acompanhamento do caso.

CAMPO 44

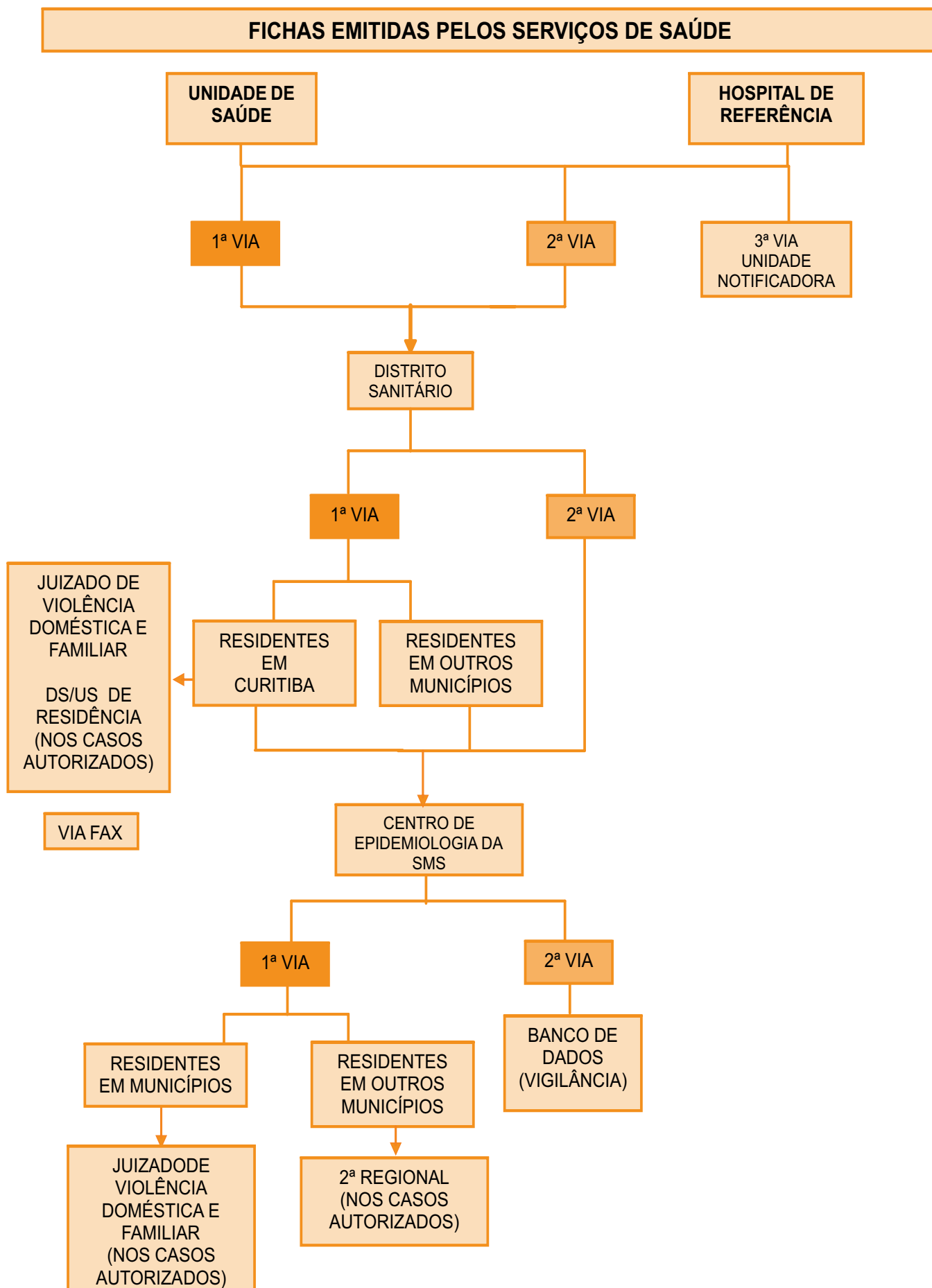
A autorização para a disponibilização da notificação para o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, quando a mulher residir em Curitiba, dará condições de providenciar as medidas protetivas de urgência por parte desse Juizado, que também poderá solicitar o comparecimento da mulher para esclarecimentos e encaminhamentos.

Nesse caso, a notificação compulsória de violência contra a mulher residente em Curitiba deverá ser enviada por fax, até 48 horas após o atendimento na Unidade Notificadora.

CAMPO 45 – Testemunha

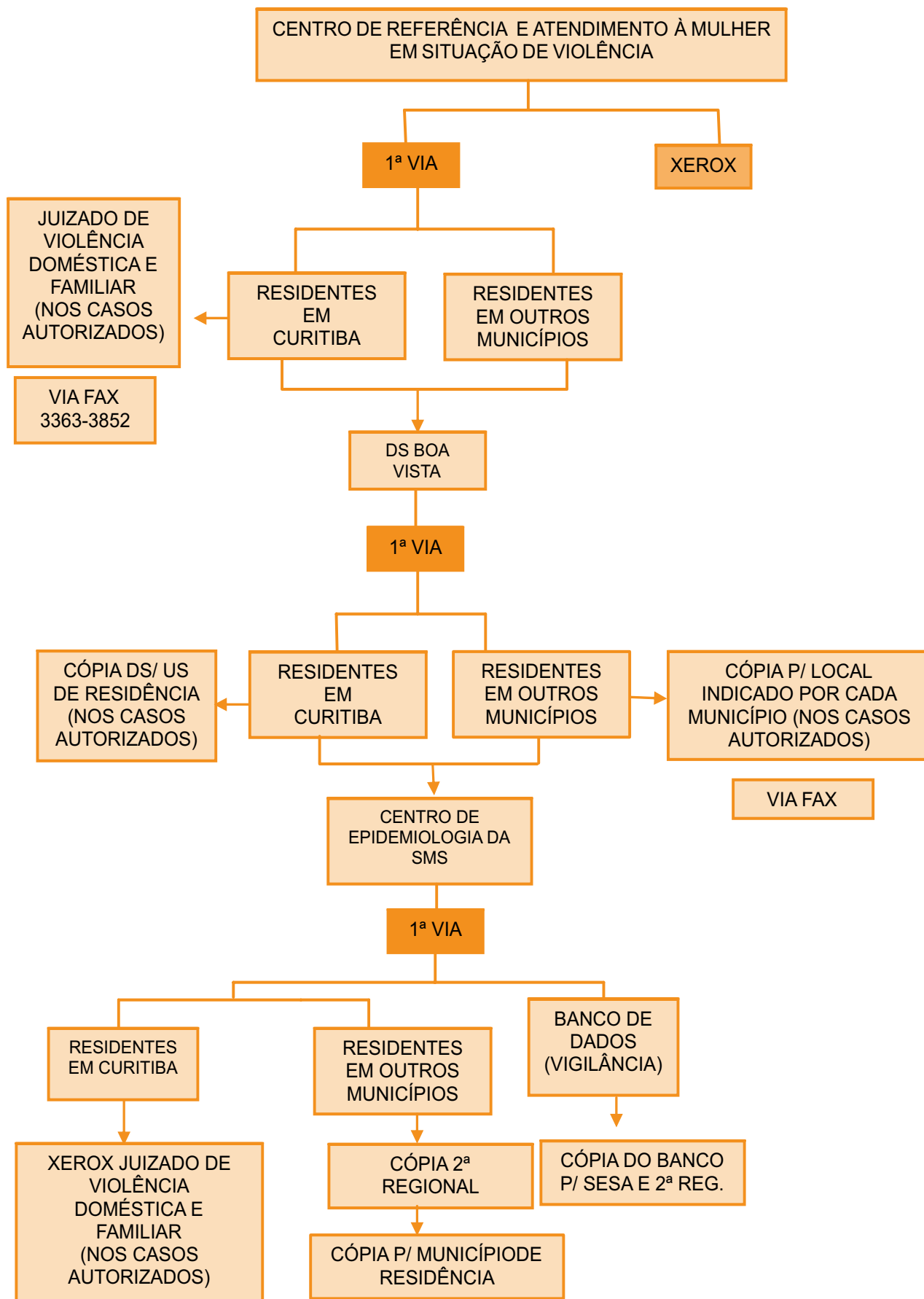
O registro do nome completo, endereço e documentação de uma testemunha da violência contra a mulher, evitando abreviações, poderá ser útil no encaminhamento judicial do caso.

5.2 FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



5.3 FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

FICHAS EMITIDAS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA



6. Anexos

6.1 PROCEDIMENTOS PARA A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, Norma Técnica, Brasília, 2007.

O procedimento deverá ser diferenciado, de acordo com a idade gestacional.

MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Para a interrupção da gravidez de até 12 semanas de idade gestacional, **o método de escolha é a aspiração a vácuo intra-uterina**, segundo a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A aspiração a vácuo é procedimento muito seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. Incluem a infecção, o esvaziamento incompleto, sangramento excessivo, ou perfuração uterina. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) utiliza bomba de vácuo de fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. A Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é procedimento que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Nas gestações de maior idade gestacional, geralmente é precedida de dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar.

A curetagem uterina utiliza curetas de diferentes formas e dimensões após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar, resultando na raspagem da cavidade uterina. O procedimento pode também utilizar outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, auxiliar na extração do conteúdo uterino. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes, principalmente o de perfuração do útero e de sangramento excessivo durante o procedimento. **A curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível.** Recomenda-se que os gestores de saúde capacitem os(as) profissionais de saúde para substituir a curetagem uterina pela aspiração a vácuo.

A administração o **misoprostol** isoladamente, como método de interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas de idade gestacional, é opção a ser considerada em circunstâncias especiais. O procedimento é mais demorado, possivelmente mais doloroso, e com efeitos gastrointestinais mais frequentes. A escolha da dose varia em diferentes experiências. As evidências sugerem dose de 800µg por dia, via vaginal, durante dois dias, com três possíveis esquemas: a) 800µg dose única, a cada 24 horas; b) 400µg a cada 12 horas; e c) 200µg a cada 6 horas. Embora outras vias de administração possam ser empregadas, deve-se preferir a via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

A mulher que eventualmente decida pelo uso do misoprostol deve ser informada das limitações e efeitos do método. O risco de sangramento excessivo deve ser discutido com a mulher, que poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas depois da última dose, em regime de internação ou em sua residência. Após esse período, o esquema pode ser repetido ou mudar o tratamento para aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher e das condições clínicas. Alternativas como o mifepristone (RU 486) e outros métodos de abortamento farmacológico não estão disponíveis para uso no Brasil.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição. Para as gestações com mais de 12 e menos de 20 semanas de idade gestacional, recomenda-se a utilização do misoprostol para a dilatação cervical e a expulsão ovular. A mulher deve permanecer, obrigatoriamente, internada até a conclusão da interrupção, completando-se o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto. Assim como nas gestações iniciais, as doses utilizadas de misoprostol variam em diferentes investigações. Entre os esquemas disponíveis, recomenda-se administrar 200µg via vaginal a cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de três a cinco dias, em caso de insucesso. A aspiração intra-uterina e a curetagem não são recomendadas como métodos de interrupção de gestações com mais de 12 semanas. Métodos cirúrgicos maiores devem ser reservados para situações excepcionais e a histerectomia deve ser abolida como método de abortamento em qualquer hipótese.

GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não se recomenda a interrupção da gravidez após 20 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

PREPARAÇÃO DO COLO DO ÚTERO

Em gestações entre nove e 12 semanas, a preparação ou maturação do colo do útero torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente desejável para nulíparas e adolescentes. Recomenda-se utilizar dose única de 200 a 400µg de misoprostol, via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

ALÍVIO DA DOR

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção de gravidez. A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. Em todos os tipos de abortamento, seja na indução farmacológica, seja no esvaziamento uterino, deve-se proceder com escolha criteriosa do método de alívio da dor. A decisão deve considerar as condições clínicas de cada mulher, que deve ser apoiada e estimulada a participar da escolha.

O nível de dor durante o abortamento depende de muitos fatores. A fragilidade emocional da mulher em situação de violência sexual limita o uso de alternativas de alívio da dor utilizadas, com sucesso, em outras situações de abortamento. Geralmente, são necessárias medidas de maior intervenção, que utilizem procedimentos específicos de anestesia ou analgesia. Nesses casos, além de respeitar a escolha da mulher, devem ser consideradas as características e experiências de cada serviço. A escolha de anestesia geral deve ser reservada a provedores de saúde capacitados e equipados.

Em condições favoráveis, mulheres que apresentem gestações iniciais e com satisfatória interação com a equipe de saúde podem ser tratadas com apoio verbal e anestesia paracervical, especialmente nos casos de indicação e disponibilidade da técnica de AMIU. A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizada utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, injetando-se

lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal, às 5 e 7 horas, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3-5mm, na quantidade de 3-8ml em cada ponto, com o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico. A associação de drogas tranqüilizantes, como o diazepam ou midazolam, é desejável quando há elevada ansiedade.

Nas situações em que a idade gestacional é superior a 12 semanas, o uso de analgésicos narcóticos, petidina ou morfina, pode ser necessário durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. A equipe de saúde deve estar atenta para possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória. Caso o esvaziamento ocorra de forma incompleta, os mesmos cuidados rotineiros devem ser tomados para o alívio da dor durante a curetagem ou aspiração complementar.

Observações importantes

Recomenda-se que amostras do material embrionário ou placentário do abortamento induzido sejam guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário. Recomenda-se que, sempre que possível e disponível, uma parte do material seja encaminhada para exame de anatomia patológica para afastar a possibilidade de gestação molar.

As gestantes com fator Rh negativo e teste de Coombs indireto negativo deverão receber uma ampola de imunoglobulina anti-Rh, até 72 horas após a interrupção da gravidez. O mesmo deve ser feito para a interrupção das gestações no segundo trimestre.

Não se recomenda o uso de antibióticos, a menos que a paciente apresente sinais de infecção ou se houver suspeita de contaminação da cavidade uterina durante o ato cirúrgico.

O uso de Ocitócitos fica reservado para quando houver indicação clínica.

Alta Hospitalar

No momento da alta, o serviço de saúde deverá assegurar orientação e métodos anticoncepcionais. A mulher deverá retornar ao serviço de saúde entre 15 e 30 dias depois da interrupção da gravidez, para acompanhamento médico e psicológico. Se necessário, deverá retornar antes do prazo agendado.

6.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

6.2.1 LEI N.º 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

6.3 PORTARIA N.º 2.406, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2004

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei n.º 10.778/03, e Considerando o disposto no Decreto nº5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei n.º. 10.778/03;

Considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada pelo Brasil em 9 de junho de 1994 e ratificada em 27 de novembro de 1995, entrando em vigor no Brasil em 27 de dezembro de 1995;

Considerando que, segundo vários estudos no Brasil e no mundo, a violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social; e Considerando que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permitirá dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema, resolve:

Art. 1º Instituir serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais, que será utilizada em todo o território nacional.

Art. 3º A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio;

e

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definam, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 5º Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, as normas regulamentais desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA - Ministério de Estado da Saúde.

7. Referências Bibliográficas

ANDALAF NETO J; FAÚNDES, A; ANDRADE, RP. Atendimento à mulher vítima de violência sexual. In: Andrade, RP et al. *Contracepção - Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

BRASIL, Câmara Federal. **Lei Federal nº 11.340**, Brasília, 2006.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**, 1994.

CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA. **Protocolo de Organização e Atendimento**, Curitiba, 2006.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER. **Plano Estratégico para Organização de Serviços para Atendimento à Mulher que Sofrem Violência no Estado do Paraná**, Curitiba, 2001.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI. 3, **Femina**, v. 27, 1999.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE O ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI. 2, **Femina**, v. 26, 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Violência Contra a Mulher: Vítimas e Agressores**, Levantamento realizado na Delegacia da Mulher de Curitiba, Curitiba, 2001.

MAIA, C.A.T. et all. **Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Atendimento Multidisciplinar**. Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, n. 3, v. 28, p.155-61, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2ª edição, Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Norma Técnica, Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anticoncepção de Emergência**. Perguntas e Respostas para os Profissionais de Saúde, Brasília, 2005.

POLI, M.E.H. **Abuso Sexual**. Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, n.º7, vol.29, p.475-7, agosto, 2001.

PROTOCOLO DE ATENÇÃO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA, Mulher de Verdade, SMS, 2004.

8. Equipe Responsável pela Elaboração do Protocolo

AUTORES:

Cléa Elisa Lopes Ribeiro
Luci Aparecida Rocha Belão
Maria Celi de Albuquerque
Maria Goretti David Lopes
Rosires Pereira de Andrade
Sílvia Helena Stein Soares
Vera Lúcia Alves de Oliveira

COLABORADORES:

Bianca Cristina Mocelin
Dênis Nascimento
Edvin Javier Boza Jimenez
Hélio Bonetto
Idalina Marly da Luz
Luis Miguel de Cárcova Gutiérrez
Juarez Marques de Medeiros
Katie Mara Ferrarini
Lise Mara Souza Villani
Marcia Krajden
Maria Isabel Carvalho
Maria Terumi M. Kami
Raquel Ferreira Scholz Uhlig
Rosana Amara Fachin
Rosângela Maria Barddal
Rose Fischer
Soriane Kieski Martins

PRÉ IMPRESSÃO E IMPRESSÃO

Ajir Gráfica Editora Ltda.
(41) 3329-8803
Curitiba - Paraná - Janeiro de 2008

“A Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR presta atendimento especializado multiprofissional às mulheres vítimas de violência sexual desde o ano de 1997. Médicos residentes, professores de medicina e demais profissionais envolvidos nesse atendimento são treinados e capacitados periodicamente, com vistas a um atendimento rápido e eficiente, além de um adequado seguimento, que objetiva diminuir ao máximo o trauma emocional e físico das vítimas. Desde 2002 está havendo uma participação bastante ativa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o que tem ocasionado maiores informações à população e procura mais precoce por atendimento, o que possibilita melhores resultados preventivos.”

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Professor ‘Titular de Reprodução Humana da UFPR
Diretor do CEPEME-CERHFAC - Centro de Estudos e Pesquisas Médicas

“O Juizado de Violência Doméstica e Familiar em Curitiba é fruto da comunhão de esforços que reconheceram, com fundamento na Constituição, que a proteção integral dos direitos humanos não se basta na igualdade formal perante a lei entre homens e mulheres.”

Rosana Fachim
Desembargadora
TJPR - Tribunal de Justiça do Paraná

“O aprimoramento deste importante trabalho e sua disponibilização à comunidade traduzem o resultado da luta obstinada de uma equipe que não mediu esforços para ultrapassar todas as barreiras levantadas em prol da melhoria do atendimento à mulher em situação de violência. Parabéns a todos e que Deus nos dê forças para não desistirmos nunca de lutar pela valorização do ser humano, imagem e semelhança do seu criador.”

Darli Rafael
Delegada de Polícia Titular da Delegacia da Mulher de Curitiba

“O município de Curitiba mais uma vez sai na frente com a atualização do seu Programa de Atenção à Mulher em Situação de Violência, inserindo as novidades da Lei Federal 11.340/06 que visa instituir mecanismos intersetorias para reduzir a tragédia da violência de gênero no país. Só podemos elogiar a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde e reafirmar nossa parceria na promoção da cidadania das mulheres.”

Enfermeira Maria Goretti David Lopes
Presidente Nacional da Associação Brasileira de Enfermagem



CURITIBA

A CIDADE DA GENTE

Material impresso com recursos do
Governo Federal / Ministério da Saúde