



**Superintendência de Atenção à Saúde
Núcleo de Governança Clínica**

Tipo do documento	Protocolo Clínico	PCAVVS/SAS	Versão:02
		Pág.: 1/40	
Título do documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	Data de emissão: 14 /09/2022	
		Revisão: 22/01/2025	

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

As mulheres são as principais destinatárias da violência sexual. Porém, é preciso considerar que não raro, homens, crianças, adultos ou adolescentes, notadamente em situação de cárcere ou internação e, crianças, em especial, em ambiente intrafamiliar/doméstico, sofrem essa violência. As vulnerabilidades devem ser consideradas também nos casos de pessoas idosas, com deficiência mental ou física, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, lésbicas, gays, bissexuais, mulheres e homens transexuais ou que vivenciam a transexualidade, travestis, transgêneros, bem como pessoas que exercem a prostituição, pessoas em situação de tráfico ou exploração sexual, em território de conflito, situação de cárcere ou internação, em situação de rua, opressão e dependência econômica em geral, entre outros.

A violência sexual repercute na saúde física, desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático, e na saúde mental da pessoa com quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso



entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, já é um agravo resultante dessa violência.

O termo abuso sexual é utilizado de forma ampla para categorizar atos de violação sexual em que não há consentimento da outra parte. Fazem parte desse tipo de violência qualquer prática com teor sexual que seja forçada, como tentativa de estupro, carícias indesejadas e sexo oral forçado.

Segundo os dados Ministério da Saúde, maior parte das vítimas de estupro é constituída de crianças e adolescentes em torno de 70% dos casos denunciados. Os agressores mais recorrentes são membros da própria família ou pessoas do convívio da vítima.

2. Tipos de Violência Sexual

A violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça sendo importante os profissionais reconhecerem os principais e não únicos conceitos existentes:

- a) Violência sexual: qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.
- b) Violência sexual aguda: episódio único, de forma abrupta, geralmente acompanhado de violência física, maioria dos casos há ausência de qualquer vínculo com o agressor, acomete mais frequentemente adolescentes do sexo feminino e a maioria dos casos acontece fora do ambiente doméstico, sendo comuns as situações em que ocorre penetração vaginal, anal ou oral.
- c) Violência sexual crônica: quaisquer atividades sexuais em episódios repetitivos que gradualmente tornam-se mais intensos, e caso não haja intervenção, podem culminar com a relação sexual consumada com penetração. É mais frequente dentro do ambiente intrafamiliar/doméstico, mas pode ocorrer também em outros espaços. O agressor é conhecido e/ou possui grau de parentesco e, usa de ameaças e/ou sedução. Neste contexto familiar, todos podem estar direta ou



indiretamente envolvidos, não existindo uma única relação exclusiva entre agressor e criança ou adolescente, nestes casos, além do atendimento inicial, é necessária uma intervenção mais aprofundada por parte da equipe multidisciplinar, em caráter ambulatorial.

- d) Assédio sexual: é todo o comportamento indesejado de caráter sexual, de modo a constranger alguém com gestos (forma não verbal), palavras (forma verbal) ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual. Podem acontecer na escola, no local de trabalho e em outros ambientes;
- e) Estupro: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo assim, entende-se por conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), e por ato libidinoso (toques em partes do corpo como nos seios, órgãos genitais, masturbação, dentre outros).
- f) Pornografia infantil: apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação.
- g) Exploração sexual: utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet).
- h) Outros: Qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas, como:
- Obrigar outrem a fazer atos sexuais que causam desconforto ou repulsa;
 - Limitar ou anular o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher como impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçar o aborto;
 - Forçar matrimônio ou gravidez por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação;



- Exibicionismo ou importunação sexual: é o ato de mostrar os órgãos genitais ou se masturbar em frente a crianças ou adolescentes ou dentro do campo de visão deles;
- Voyeurismo pode ser explicado como o ato de observar fixamente atos sexuais ou órgãos genitais de outras pessoas quando elas não desejam ser vistas, obtendo satisfação sexual com essa prática.
- Exibição de material pornográfico;

3. Objetivo Geral

O objetivo deste protocolo é padronizar o atendimento às vítimas de violência sexual na rede de saúde do município de Aparecida de Goiânia, com organização e humanização do atendimento. Ofertando, tratamento dos agravos físicos, psíquicos e infecciosos decorrentes de violência sexual.

4. Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde deverão realizar o primeiro atendimento conforme item 6 e notificar (Anexo 10). Os casos agudos de violência sexual são considerados até 14 dias do ocorrido. Primeiro atendimento na UBS:

Casos Agudos

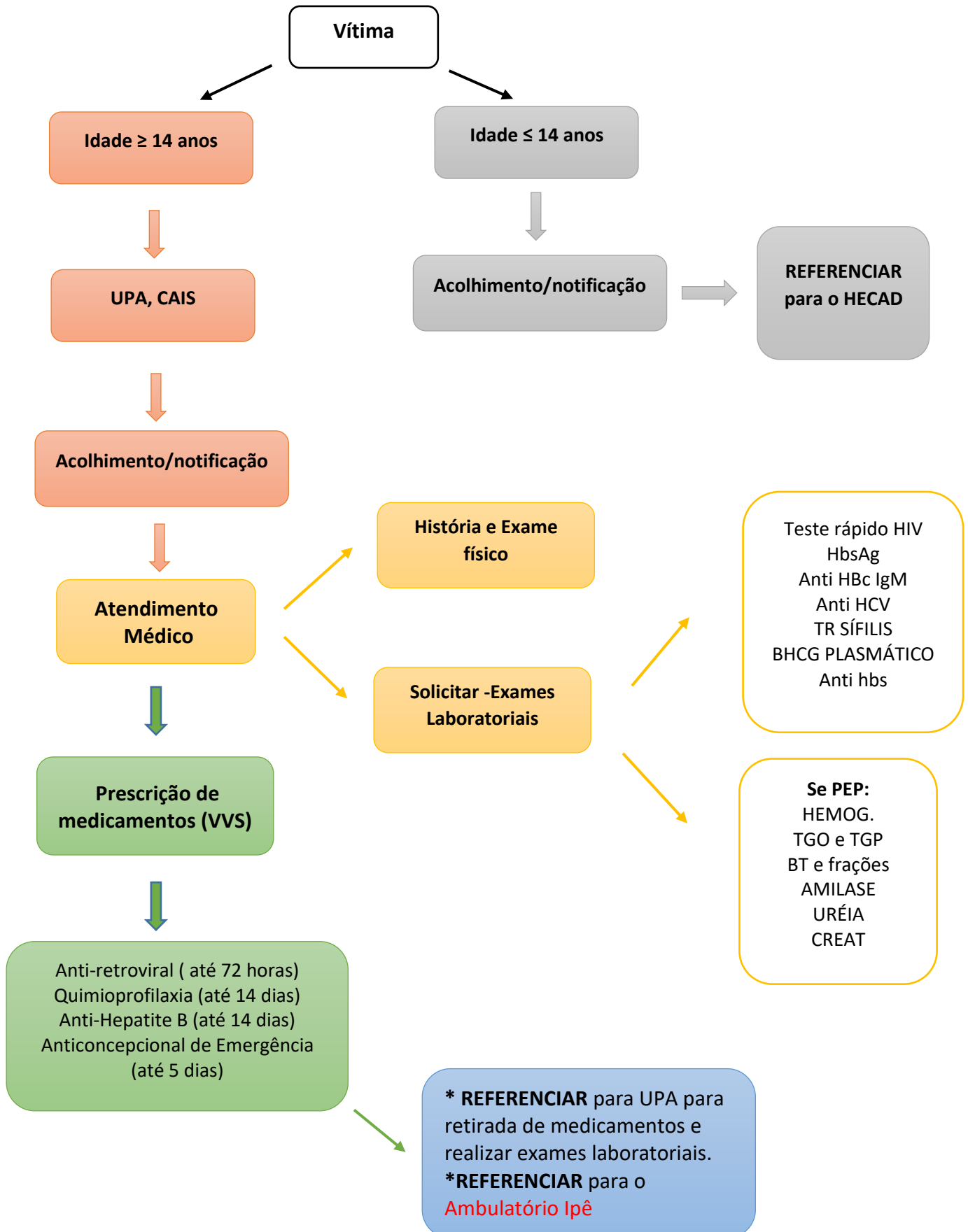
- Acolhimento/orientação
- Notificação conforme item 10 e encaminhar notificação para o Ambulatório Ipê (para vítimas de violência sexual) via e-mail: savv.apgyn@gmail.com
- Teste rápido HIV, sífilis, hepatite B e C
- Atendimento médico (exame clínico se necessário)
- Prescrição medicamentosa conforme itens 9, 10, 11,12 para retirada na UPA;
- Solicitação de exames laboratoriais conforme fluxo 4.1;
- Se PEP solicitar exames conforme fluxo 4.1
- Preencher Termo de consentimento informado e Procedimentos Profilático (Anexo 2) e encaminhar via e-mail para o ambulatório ipê;
- Avaliar cartão de vacinação e se necessário iniciar esquema vacinal;

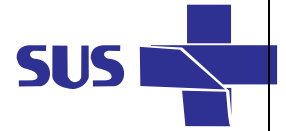
Casos crônicos



- Casos de violência crônica notificar e referenciar para o Ambulatório Ipê.

4.1 Fluxo de atendimento na Atenção Básica





5. Atendimento nas unidades 24 horas.

Casos Agudos

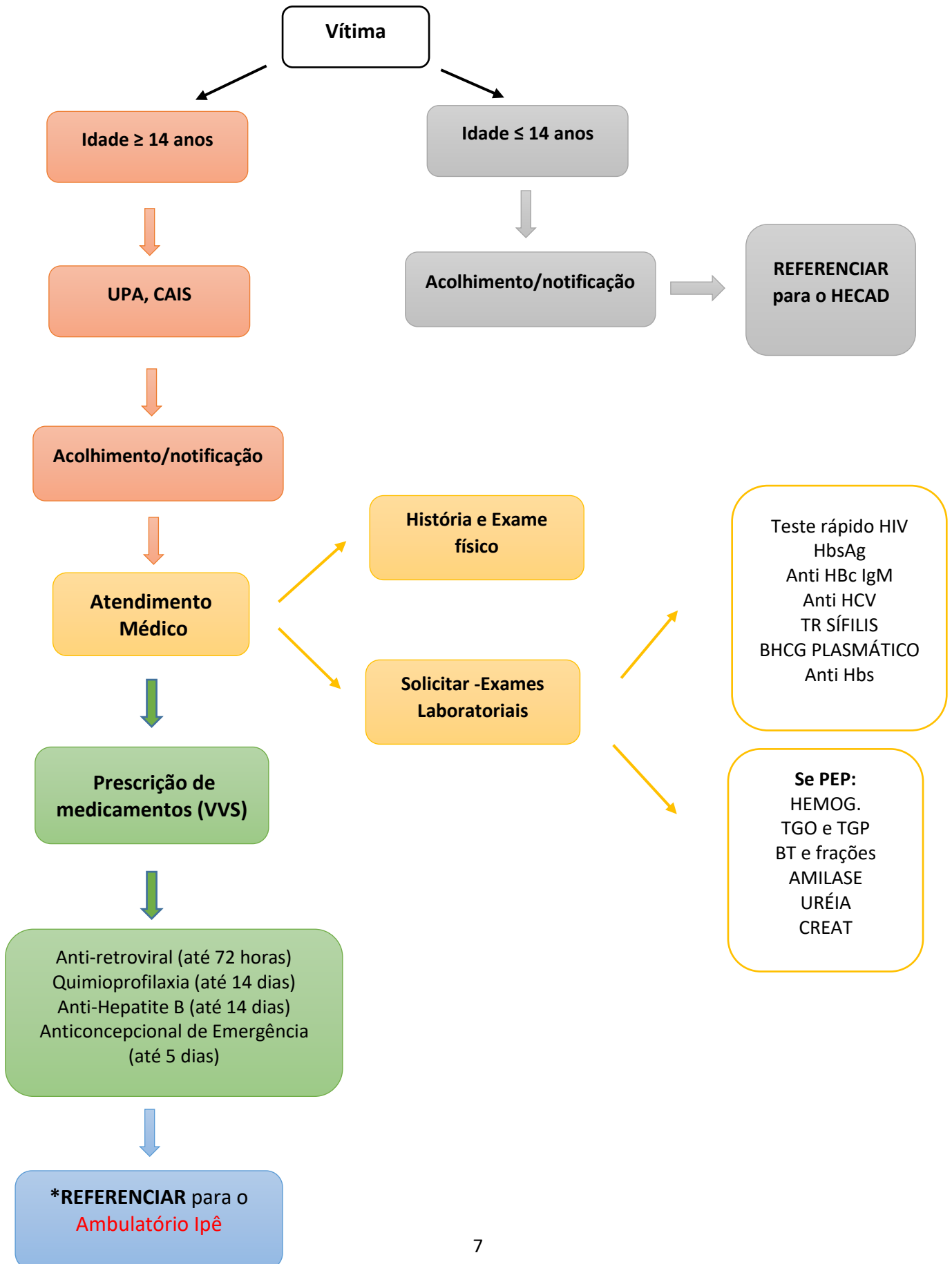
- Acolhimento/orientação
- Notificação conforme anexo 10 e encaminhar notificação, prontuário e anexos 1 e 2 para o Ambulatório Ipê via e-mail: savv.apgyn@gmail.com
- Teste rápido HIV;
- Atendimento médico (exame clínico se necessário)
- Prescrição medicamentosa conforme itens 9,10,11,12 para retirada na própria unidade;
- Solicitação de exames laboratoriais conforme item 5.1;
- Se PEP solicitar exames conforme item 5.1;
- Preencher Termo de consentimento informado e Procedimentos Profilático (Anexo 2);

Casos crônicos

- Casos de violência crônica notificar e referenciar para o Ambulatório Ipê.



5.1 Fluxo de atendimento da emergência





6. Atendimento inicial/ porta de entrada

Todas as unidades de saúde da rede de Aparecida de Goiânia, serão aptas a ofertar o 1º atendimento a vítimas de violências sexual. O atendimento inicial é emergencial, sem necessidade de regulação ou agendamentos prévios.

O atendimento à vítima de violência sexual é considerado uma emergência, devendo assim, ser prioritário.

a) Atendimento de adultos e adolescentes com idade maior ou igual a 14 anos:

O acolhimento e atendimento médico será realizado nas UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) CAIS (Centro Integral de Atenção à Saúde) e Unidades Básicas de Saúde. Solicitados exames de entrada e prescritas anticoncepção de emergência, quimioprofilaxia e profilaxia pós- exposição (PEP) quando indicadas. Após o atendimento inicial os pacientes serão orientados/encaminhados ao Ambulatório Ipê no próximo dia útil.

b) atendimentos de crianças e adolescentes menores do que 14 anos completos:

Acolhimento, notificação e atendimento médico de emergência conforme item 5 será realizado nas UPAs, CAIS e UBS sendo o (a) paciente referenciado ao Hospital Estadual da Criança e do Adolescentes (HECAD). Casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente) conforme mapeamento (Anexo 11).

7. A responsabilidade dos atendimentos é apresentada a seguir: (existe ordem de atendimento):

O atendimento humanizado é responsabilidade de todas as áreas, e os profissionais devem proporcionar um ambiente acolhedor e de respeito às diversidades, livres de quaisquer julgamentos morais, a fim, sempre, de evitar revitimizar a paciente e não causar violência institucional.

- a) **Recepção/acolhimento:** é elemento importante para a qualidade e humanização da assistência. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência.



- Informar e Encaminhar a ficha/ ou prontuário eletrônico pessoalmente para enfermeira

b) Equipe de triagem/classificação de risco/Enfermagem:

- Realizar o acolhimento humanizado;
- Acionar equipe multiprofissional para atendimento;
- Realizar a notificação na ficha (Notificação Compulsória e Imediata) em Anexo 10.
- Orientar sobre a importância do seguimento com equipe multidisciplinar no ambulatório Ipê;
- Realizar orientações pertinentes e sanar dúvidas quanto ao uso dos medicamentos prescritos, curativos e retorno ambulatorial
- Realizar teste rápido para IST disponíveis como: HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
- Realizar orientação da importância de se registrar o Boletim de Ocorrência (BO);

b) Atendimento Médico

- Acolher;
- Realizar atendimento médico (exame físico)
- Solicitação de exames laboratoriais
- Prescrição de medicamentos conforme itens 9,10,11 e 12
- Realizar orientações pertinentes ao quadro clínico da paciente;
- Realizar encaminhamento ambulatorial e protocolo pré-estabelecido, atento as particularidades de cada caso
- Realizar orientação da importância de se registrar o Boletim de Ocorrência (BO);

c) Atendimento psicólogo se houver

- Propiciar atendimento acolhedor e de suporte psicológico e social;
- Realizar orientação da importância de se registrar o Boletim de Ocorrência (BO);



- Realizar notificação conforme anexo 10 e encaminhar notificação, prontuário e anexos 1 e 2 para o Ambulatório Ipê via e-mail: savv.apgyn@gmail.com

d) Assistente social

- Avaliar a rede de suporte familiar (pessoas de referência para esta mulher) frente ao ocorrido e rede de segurança (identificar situações de ameaças e se a mulher está em segurança física e emocional);
- Orientar sobre a importância de se realizar o Boletim de Ocorrência em Delegacia e sobre o atendimento na Sala Lilás;
- Comunicar a ocorrência da violência aos órgãos competentes nos casos indicados;
- Realizar notificação conforme anexo 10 e encaminhar notificação, prontuário e anexos 1 e 2 para o Ambulatório Ipê via e-mail: savv.apgyn@gmail.com

e) Técnico de Enfermagem;

- Participar do atendimento Multiprofissional;
- Realizar administração da medicação conforme prescrição médica;
- Orientar sobre a importância do seguimento com equipe multidisciplinar no ambulatório Ipê;
- Auxiliar a equipe médica em procedimentos ou curativos;

ATENÇÃO: faz parte do acolhimento dessas vítimas a orientação da importância de se registrar o Boletim de Ocorrência (BO), pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do (a) agressor (a). Porém se a pessoa não deseja registrar o BO, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos.



8. Unidades de referências

a) Paciente de 0 a 14 anos

Serão referenciados /encaminhados para o HECAD (Hospital Estadual da Criança e do Adolescente) após o primeiro atendimento conforme itens 4, 5 e 6.

b) Paciente acima de 14 anos e adulto:

Os casos de laceração vaginal e anal importante, com indicação médica de sutura, devem ser referenciados ao Hospital Estadual da Mulher (HEMU).

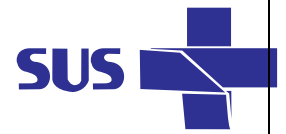
9. Anticoncepção de emergência (AE)

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável (apenas se uso correto e sem esquecimentos), esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve penetração vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária

A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Porém não se recomenda que a decisão de uso da AE se condicione a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando os mesmos estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto intervalo de tempo. Não existem evidências de que mulheres expostas a AE acidentalmente durante o primeiro trimestre de gestação apresentem maior incidência de anomalias fetais. Em caso de falha da AE não há evidências de risco aumentado de gravidez ectópica ou de anomalias fetais.

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

A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso, sendo que os estudos verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção.



MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75mg de levonorgestrel	oral	2 comprimidos- dose única
Primeira escolha	1,5 mg de levonorgestrel	oral	1 comprimido- dose única

10. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) não virais

Considerando a ampla gama de infecções sexualmente transmissíveis, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões. Uma parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia.

Nos casos de abuso crônico ou quando houver uso de preservativo durante todo o crime sexual, a profilaxia de ISTs não virais não está recomendada, porém, a avaliação deverá ser individualizada.

O esquema recomendado para profilaxia de ISTs não virais é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada, principalmente em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento.

A gravidez, não contraindica este esquema profilático recomendado, porém o Metronidazol deve ser evitado no primeiro trimestre de gestação. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica, a administração profilática do metronidazol pode ser postergada ou ser prescrita no retorno ambulatorial. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral. Sendo assim o protocolo atual não irá fazer uso do metronidazol em sua rotina, estando elencado na tabela abaixo apenas para conhecimento de sua posologia.



Infecção sexualmente transmissível	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, inclusive gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM) em dose única (dividida em duas injeções)	50.000 UI, IM, dose única (dose máxima: 2,4 milhões UI)
Gonorréia	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 g ampola, IM dose única	125 mg IM dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO dose única (dose total : 1 g)	20 mg/kg de peso VO, dose única (dose máxima total: 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol*(Atenção)	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2 g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima : 2 g)

* A prescrição de metronidazol deve ser postergada nos casos que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia pós-exposição; O metronidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação; A administração de metronidazol pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal ao medicamento conhecida.

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade à penicilina, pode ser utilizado esquema alternativo com eritromicina, 500mg, de 6 em 6 horas, por 15 dias e alternativamente à ceftriaxona pode ser utilizado ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única (contraindicado para gestantes crianças e adolescentes)

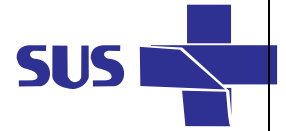
Os esquemas recomendados estão no quadro abaixo:

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

* Ciprofloxacino é contraindicado em grávidas.

11. Infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações para a maioria das pessoas em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que o risco de transmissão em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde. O trauma genital



com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido.

O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as IST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se:

- Tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral);
- Número de agressores;
- Susceptibilidade da mulher;
- Rotura himenal;
- Exposição a secreções sexuais e/ou sangue;
- Presença de IST ou úlcera genital;
- Carga viral do agressor e
- Início precoce da profilaxia ARV, quando indicada.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime.

ATENÇÃO: a quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido.

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita. Como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nestes casos, a relação risco benefício deve ser cuidadosamente considerada e a decisão individualizada, levando em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do status sorológico do agressor.

De forma geral, não está recomendada profilaxia para o HIV no caso de violência sexual em que a mulher, a criança ou a adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor devido à possibilidade da contaminação já ter ocorrido no



passado. Entretanto, é importante avaliar o contexto em que a violência vem ocorrendo sendo essencial interromper o ciclo de agressão. Nestes casos, independente da indicação da profilaxia, a investigação sorológica deverá ser feita por seis meses, considerando-se o último episódio conhecido de exposição (anal, vaginal ou oral), e a decisão de indicar profilaxia deve ser individualizada.

a) Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição (PEP) sexual ao HIV:

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

b) Esquema recomendado

Medicação	Posologia
Lamivudina (3TC) 300 mg + Tenofovir (TDF)* 300 mg (coformulação)	1 comprimido ao dia
Dolutegravir (DTG) 50 mg	1 comprimido ao dia

* Não indicado para pessoa com insuficiência renal aguda

a) Esquema recomendado em gestantes:

Medicação	Posologia
Lamivudina (3TC) 300 mg + Tenofovir (TDF)* 300 mg	1 comprimido ao dia



Raltegravir (RAL)* 400 mg	1 comprimido 2 vezes ao dia
---------------------------	-----------------------------

* ORAL é indicado a partir de 14 semanas de gestação. Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r (Atazanavir /Ritonavir).

b) Esquema recomendado em crianças e adolescentes

A dispensação da medicação será feita pelo HECAD.

As medicações prescritas acima, exceto o esquema para crianças e adolescentes (AE, quimioprofilaxia para IST e profilaxia pós-exposição sexual para HIV) deverão ser retiradas na farmácia das UPAs e CAIS.

Vale ressaltar que a maioria dos medicamentos comumente utilizados causa efeitos adversos, principalmente relacionados ao sistema gastrointestinal. Portanto, caso exista necessidade, pode ser necessário o manejo sintomático, como o uso de antieméticos. É importante reforçar o seguimento ambulatorial e a repetição dos exames devido à possibilidade de janela imunológica, devendo fazer o acompanhamento por seis meses.

É importante também realizar uma nova avaliação da vítima de violência sexual entre 7 e 14 dias após o início da profilaxia, durante a qual é possível rever a ocorrência de efeitos adversos e reforçar a necessidade de adesão para que a profilaxia seja tolerada até o final das quatro semanas.

A adesão à profilaxia antirretroviral é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. A não adesão ao esquema antirretroviral está diretamente relacionada ao risco de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes. O termo adesão deve ser observado dentro de um contexto em que a pessoa não apenas siga as orientações da equipe de saúde, mas entenda e concorde com a necessidade e os objetivos das mesmas e utilize os medicamentos prescritos (processo de responsabilidade compartilhada).

12. Imunoprofilaxia contra Hepatite B



A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor. Nos casos em que não haja contato com fluidos, uso de preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica, a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada. Vítimas imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo (3 doses), não necessitam de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

Cabe ressaltar, que a decisão de iniciar a imunoprofilaxia contra a hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou à realização de exames complementares. Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o status vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

A IGHAHB poderá ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, mas recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas após a violência nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto das vítimas. A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional.

Histórica Vacinal	Vacina	IGHAHB*
Completa (3 doses) Anti-HBs positivo	Não	Não
Completa (3 doses) Anti-HBs negativo	Reforço	Não
Incompleta ou desconhecida Anti-Hbs negativa	Completar vacinação (0,1 e 6 meses)	Sim

* Dose única IM (0,06 ml/kg). Se ultrapassar 5 ml dividir em dois locais simultaneamente.

Em exposições com paciente-fonte infectado pelo vírus da hepatite C e naquelas com fonte desconhecida, está recomendado o acompanhamento da vítima. Como o período de incubação da hepatite C dura em média sete semanas (variando entre duas a 24 semanas) e mais de 75% dos casos agudos são assintomáticos, é necessária a investigação laboratorial para o diagnóstico.



ATENÇÃO: Conforme critério acima caso seja necessário prescrever a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), o médico deve fazer a prescrição em receituário simples, referenciando ao CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais) do HEMU.

Ex: Ao CRIE do HEMU: Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB);
Identificação da receita com a sigla: V.V.S (Vítima de Violência Sexual).

Interpretação	HbsAg	HbeAg	Anti-HBc IgM	Anti- HBc	Anti- Hbe	Anti- HBs
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência d contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg



13. Vacinação contra HPV

Vítimas de abuso sexual (homens e mulheres), na faixa etária de 9 a 45 anos de idade, possuem recomendação de vacinação contra o HPV, se não houver contraindicações, conforme os seguintes esquemas vacinais:

- Pessoas de 9 a 14 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual – esquema de duas doses conforme Calendário Nacional de Vacinação de rotina. Administrar duas doses da vacina com intervalo de seis meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);
- Pessoas de 15 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual – esquema de três doses, administrar duas doses com intervalo de dois meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose seis meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses);
- Pessoas de 9 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras) vítimas de violência sexual – esquema de três doses, administrar duas doses com intervalo de dois meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose seis meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).



14. Seguimento ambulatorial

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial nos CAIS, UPAs ou UBSs, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em seguimento ambulatorial multiprofissional no Ambulatório Ipê.

Deve-se preencher a Ficha de Primeira consulta a Vítima de Violência Sexual (Anexo 1) no atendimento ambulatorial.

1- No primeiro retorno do ambulatório deve-se checar os exames de bioquímica colhidos entre 7 e 14 dias de uso das medicações antirretrovirais, avaliar efeitos colaterais e adesão às medicações.

2- No retorno ambulatorial avaliar queixas ginecológicas ou de possíveis ISTs, só realizar novo exame ginecológico se queixas.

3- Retornos sequenciais para avaliação sorológica em 45 dias, 3 e 6 meses.

4- As pacientes diagnosticadas com gravidez decorrente da violência sexual deverão ser imediatamente encaminhadas para o HEMU, onde será realizada a interrupção da gestação se a paciente assim desejar ou o acompanhamento pré-natal de alto risco.

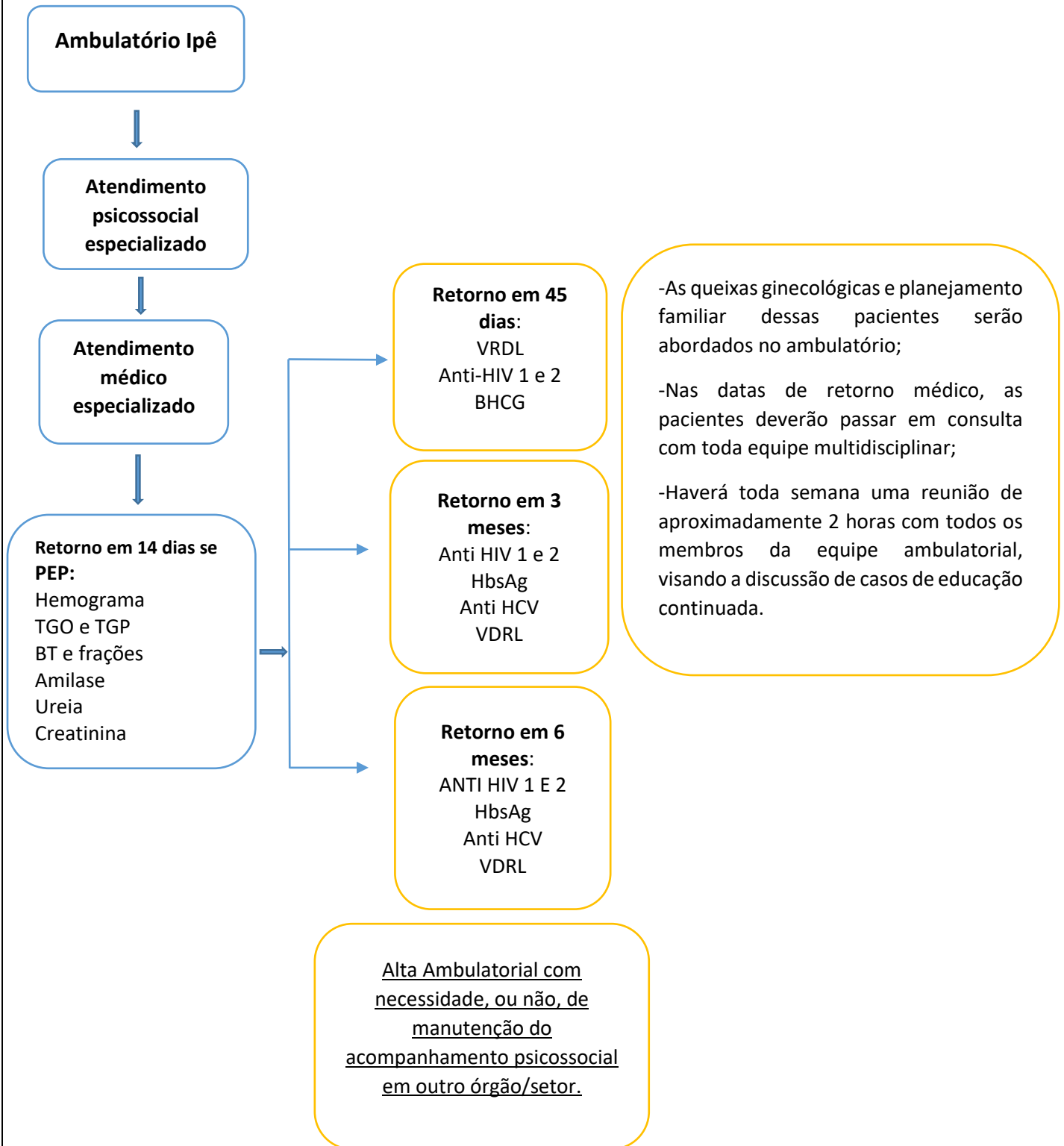
Ambulatório Ipê (Centro de Especialidades)

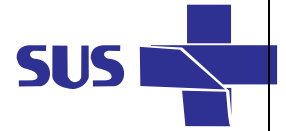
Horário de atendimento:

08:00 as 17:00h de segunda à sexta.



14. 1 Fluxo para atendimento ambulatorial





15. Conselhos Tutelares

Instituídos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069/1990), nos termos do artigo 131 do referido documento, são órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente em todo o território nacional.

Sendo assim, a participação desse órgão na rede de proteção às vítimas de violência é fundamental para a proteção da criança e do adolescente, tanto enquanto vítima de ação ou omissão dos pais, responsáveis, sociedade ou Estado, quanto como autor de ato infracional.

Composição (Anexo 11- Regiões de Abrangência dos Conselhos Tutelares):

- CT 132 – Região Centro;

Telefone: (62) 3545-5880 / 3545-5985/ 3545-1226 Plantão: 9635-7679

Endereço: Rua Osman Garavelo, Quadra 32, Lote 17, Setor Village Garavelo – Aparecida de Goiânia – Goiás.

- CT 119 – Região Garavelo;

Telefone: (62) 3545-4897 Plantão: 9329-6597

Endereço: Av. Tropical Quadra. 25 Lote. 04 – Jardim Tropical – Aparecida de Goiânia – Goiás

Endereço eletrônico: conselhotutelarzona119@gmail.com

- CT 145 – Região Vila Brasília;

Telefone: (62) 3545-6515 Plantão: 9259-5813

Endereço: Rua Septiba Quadra. 35 Lote. 10 – Jardim das Esmeraldas – Aparecida de Goiânia – Goiás

Endereço eletrônico: conselhotutelar145@hotmail.com

- CT Maranata – Região Maranata.

Telefone: (62) 3296-7485 Plantão: 992718637

Endereço: 4ª avenida, Qd 48 Lt 07 – Jardim Alto Paraíso – Aparecida de Goiânia – Goiás



16. Segurança pública:

A Secretaria de Segurança Pública mantém ainda a Sala Lilás que é um órgão estadual, com atuação no âmbito da Superintendência de Polícia Técnico-Científica (SPTC), instalado no Instituto Médico Legal de Aparecida de Goiânia, que desde outubro de 2020 atendem vítimas de violências de alguns municípios goianos, inclusive de Aparecida de Goiânia. A Sala Lilás é um espaço criado para prestar atendimento especializado e humanizado às mulheres vítimas de violência sexual, e funciona dentro do Instituto Médico Legal (IML). Sendo este, um importante elo entre a segurança e a saúde, visto que o órgão responde pela maior parte das notificações recebidas pelo VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes).

17. Delegacias e Outros

As equipes de segurança pública desempenham o papel de preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e patrimônio. Assim, são importantes atores na rede de segurança da vítima e da sociedade, contribuindo para a redução do número de agressões e reincidências, através de ações repressivas e preventivas.

Por meio de delegacias especializadas, a polícia civil realiza ações diferenciadas sobre crimes específicos com o objetivo de atender melhor a vítima e atuar de forma especializada.

Composição:

- Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) – atendimento diurno de todos os crimes contra crianças e adolescentes;

Rua C-190, esquina com a C-107, Qd. 226, Lt. 13, Jardim América – CEP: 74255-080 – Goiânia-GO

Fones: 3286-1540 / 3286-1298 / 3286-1552

E-mail: dpca-goiania@policiacivil.go.gov.br

- Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) – atendimento diurno de crimes contra as mulheres, especialmente, violência doméstica e estupro;

Telefone: (62) 3201-2643



Endereço: Avenida Luiz 15 Quadra 17 Lote 01 – A Park Real – Aparecida de Goiânia – Goiás

Endereço eletrônico: deam-aparecida@policiacivil.go.gov.br

- Central de Flagrantes de Aparecida de Goiânia – (4º Distrito Policial) – atendimento 24h a todos os tipos de crimes;

Telefone: (62) 3201-1771 / 3201-1772 /3201-1774

Endereço: Rua 18 – C Quadra 111 Lote 04 – Setor Garavelo – Aparecida de Goiânia – Goiás

- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 – disque denúncia de violências contra a mulher a nível nacional;
- Disque Direitos Humanos – Ligue 100 – disque denúncia de violação de direitos humanos e de grupos vulneráveis;
- Sala Lilás – atendimento 24h às vítimas de violência (instalada no IML).

Telefone: (62) 3280-0800

Endereço: Rua 1, 164-268 – Vila São Joaquim, Aparecida de Goiânia – Aparecida de Goiânia – Goiás



REFERÊNCIA

1-Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Acesso em:<https://www.cevs.rs.gov.br/violencia-sexual>

2- Abuso sexual: definição, tipos de violência e denúncia. Mundo Educação <https://mundoeducacao.uol.com.br/sexualidade/abuso-sexual.htm>

3- Protocolo de Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFMT. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolosassistenciais/AssistnciasMulhereseMeninasviolnciasexualfinal...pdf>. Acesso em 27/07/2022.

4- Tribunal de Justiça do estado do Ceará. Formas de Violência. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/mulher/formas-de-violencia/>. Acesso em 10/08/2022.

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


6- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

7- Vítimas de violência sexual serão vacinadas contra o HPV. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/vitimas-de-violencia-sexual-serao-vacinadas-contra-o-hpv>



ANEXO 1

PRIMEIRO CONSULTA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



PRIMEIRA CONSULTA À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ **TELEFONE:** _____

1- SITUAÇÃO CONJUGAL: Solteira Casada União Estável Separada Divorciada Viúva

Cor: Branca Preta Parda Outras

Escolaridade: Fundamental Médio Superior: Completo Incompleto Cursando: _____

Religião: _____ **Ocupação:** _____

Acompanhante: Sim Não Vínculo de Parentesco: _____

Nome: _____

Telefone: _____

2- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS

DUM: ____/____/____ **Ciclo Menstrual:** _____ dias **G P A:** _____

Menarca: _____ **Sexarca:** Sim ____/____/____ Não

MAC: ACO DIU Injetável Preservativo Laqueadura Não Usa

Data do Último Contato Sexual consentido: ____/____/____ **Violência Sexual Anterior:** Sim Não

3-DADOS DA OCORRÊNCIA

Data: ____/____/____ **Hora:** _____ **Local:** _____

Registro de B.O: Sim Não **Laudos IML:** Sim Não

Autor da Violência: Único Mais de um Número Conhecido Desconhecido Parente Vínculo de Parentesco: _____ **Identificação do Autor:** _____

Contato Sexual: Oral Anal Vaginal **Intimidação:** Ameaça Verbal Arma Física Outra

Trauma Físico: Sim Não Tipo: _____

Autor da violência usou preservativo: Sim Não

Relato da Violência: _____

4-EXAME FÍSICO

PA: _____ **Peso:** _____ **Aspecto Geral:** _____

Trauma Físico: _____ **Trauma Ano - Genital:** _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Sorologias: Sim Não

Clínica e/ou Cirúrgica: _____

Profilaxia: Anti-Retroviral (até 72 horas): Sim Não **Quimioprofilaxia (até 14 dias):** Sim Não

Anti-Hepatite B (até 14 dias): Sim Não **Anticoncepcional de Emergência (até 5 dias):** Sim Não



ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS

Data ____/____/____

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Prontuário: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

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

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA:

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro caso a vítima seja mulher em idade fértil.

Aceitou Não aceitou

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

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

Sífilis Aceitou Não aceitou

Gonorreia Aceitou Não aceitou

Infecção por Clamídia Aceitou Não aceitou

Infecção por Trichomonas Aceitou Não aceitou

Hepatite B Aceitou Não aceitou

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV:

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

Aceitou Não aceitou

REALIZAÇÃO DE EXAMES CONFORME PROTOCOLO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Sorologia para Sífilis Aceitou Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C Aceitou Não aceitou

Sorologia anti-HIV Aceitou Não aceitou

Teste de gravidez Aceitou Não aceitou não se aplica

Declaro (A) que foi devidamente orientada sobre a importância, e não obrigatoriedade, de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar, está ciente que a presente documentação será encaminhada à autoridade judicial, se, e somente se, requisitado.

Assinatura da vítima de violência ou responsável

Assinatura do Profissional de Saúde

Testemunha (se houver)



ANEXO 3

ORIENTAÇÕES PARA VÍTIMAS DE AGRESSÃO



ORIENTAÇÕES PARA VÍTIMAS DE AGRESSÃO

1. O coquetel Anti-HIV deverá ser tomado por 28 dias, uma vez ao dia, após alimentar-se.
2. O uso do coquetel Anti-HIV poderá causar efeitos colaterais como: náuseas, vômitos, dor de cabeça, dor de estômago, diarreia, tontura, insônia, falta de apetite e outros. Em caso de piora dos efeitos colaterais o paciente deverá procurar a UPA mais próxima para avaliação.
3. É recomendado ingerir bastante líquido para amenizar os efeitos colaterais.
4. É PROIBIDO ingerir bebida alcoólica durante o uso do coquetel Anti-HIV.
5. Mulheres que estejam em amamentação deverão suspender o aleitamento.
6. Mulheres em uso de anticoncepcional devem manter o uso.
7. O uso de anticoncepção de emergência poderá interferir no próximo ciclo menstrual, antecipando ou atrasando a menstruação.
8. Todos os pacientes deverão retornar ao Ambulatório Ipê (Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Aparecida de Goiânia), em data orientada.
9. Os retornos no Ambulatório Ipê serão programados ao longo dos próximos 06 meses.
10. É recomendado o uso de preservativo (camisinha) em todas as relações sexuais até o último resultado de HIV NEGATIVO.
11. O não comparecimento aos retornos programados é de total responsabilidade do paciente que, caso não retorne, assume automaticamente todos os riscos em relação à sua saúde física e psíquica, isentando a equipe de toda e qualquer responsabilidade.
12. Adultos: recomenda-se realizar Boletim de Ocorrência na Delegacia da Mulher.
13. Criança/adolescente: OBRIGATÓRIO realizar Boletim de Ocorrência na Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente.

DECLARO QUE LI E COMPREENDI TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA, PRESTADAS POR _____

_____ E ME COMPROMETO A RETORNAR AO AMBULATÓRIO IPÊ

NO DIA ____/____/____ AS ____:____ HORAS.


PACIENTE OU RESPONSÁVEL

PROFISSIONAL DE SAÚDE ____/____/____



ANEXO 4

EXAMES LABORATORIAIS EMERGÊNCIA



RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

Solicito: **V.V.S.**

1. Teste rápido HIV
2. HbsAg
3. Anti HBc IgM
4. Anti HCV
5. TR SÍFILIS
6. BHCG PLASMÁTICO
7. Anti Hbs


CARIMBO - CRM

Data: ____/____/____




ANEXO 5

EXAMES LABORATORIAIS se PEP



PREFEITURA DE
APARECIDA

SECRETARIA
DE SAÚDE



RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

Solicito: **V.V.S.**

1. Hemograma
2. TGO e TGP
3. Bilirrubinas total e frações
4. Amilase
5. Ureia
6. Creatinina

Obs.: se PEP

CARIMBO - CRM

Data: ____/____/____



ANEXO 6

Receituário PEP

RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

Adulto e Adolescente a partir de 12 anos **V.V.S.**

Uso Oral:

1. Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg 30cps
Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias

2. Dolutegravir 50 mg 30cps
Tomar 01 comprimido ao dia de 24/24 horas, sempre após alimentar-se durante 28 dias



Data: ____/____/____

CARIMBO - CRM



ANEXO 7

Receituário Quimioprofilaxia

 PREFEITURA DE **APARECIDA** SECRETARIA DE SAÚDE 

RECEITUÁRIO REFERÊNCIA INTERNA RESULTADO DE EXAMES PEDIDO DE EXAME

NOME: _____

PRONT: _____ D.N: ____/____/____

V.V.S.

Uso IM:

1) Ceftriaxona 1 g 01 fr/amp.
Fazer 01 amp. IM

Uso IM:

2) Penicilina Benzatina 1.200.000 UI 02 Fr
Aplicar 01 frasco profundo em cada glúteo IM

Uso Oral:

3) Azitromicina 500 mg 02 comp.
Tomar 02 comprimidos VO em dose única

4) Levonorgestrel 0,75 mg 02 comp.
Tomar 2 comp. VO em dose única até o 5º dia após agressão

Data: ____/____/____

CARIMBO - CRM



ANEXO 8



Exames para solicitar com 45 dias no ambulatório

	PREFEITURA DE APARECIDA	SECRETARIA DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> RECEITUÁRIO <input type="checkbox"/> REFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> RESULTADO DE EXAMES <input type="checkbox"/> PEDIDO DE EXAME			
NOME: _____			
PRONT: _____ D.N: ____/____/____			
Solicito:			V.V.S.
1. <input type="checkbox"/> VDRL			
2. <input type="checkbox"/> Anti HIV 1 e 2			
3. <input type="checkbox"/> Beta HCG			
Obs.: solicitar com 45 dias			
Data: ____/____/____			_____ CARIMBO - CRM



ANEXO 9

Exames para solicitar com 3 e 6 meses no ambulatório

	PREFEITURA DE APARECIDA	SECRETARIA DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> RECEITUÁRIO	<input type="checkbox"/> REFERÊNCIA INTERNA	<input type="checkbox"/> RESULTADO DE EXAMES	<input type="checkbox"/> PEDIDO DE EXAME
NOME: _____			
PRONT: _____		D.N: ____/____/____	
Solicito:			V.V.S.
1.	<input type="checkbox"/> Anti HIV 1 e 2		
2.	<input type="checkbox"/> <u>HbsAg</u>		
3.	<input type="checkbox"/> Anti HCV		
4.	<input type="checkbox"/> VDRL		
Data: ____/____/____			
CARIMBO - CRM			

ANEXO 10



Notificação Violência interpessoal/Autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/enferma VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Código (CID10) Y09		3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			6 Código (IBGE)			
	7 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							
	7 Nome da Unidade Notificadora				8 Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde				9 Código (CNEB)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente							
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 3-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica							
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe			
	19 UF	20 Município de Residência			21 Código (IBGE)		21 Distrito	
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Código		
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP		
	30 DDD) Telefone			31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado							
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado				37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	38 Possui algum tipo de deficiência/transstorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transstorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado					
			<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência			42 Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			45 Código		
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência			50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

SVS 15.06.2015



Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/ agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa Idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento a Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Da dos finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	69 Data de encerramento ____/____/____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	
Violência Interpessoal/autoprovocada	Sinan	SVS 15.06.2015	



ANEXO 11

Regiões de Abrangência dos Conselhos Tutelares

CONSELHO TUTELAR 132- CENTRO FONE(62)3545-5880/5985/1226 e/ou PLANTÃO (62)99635-7679	CONSELHO TUTELAR 119- GARAVEL FONE (62)3545-4897 e/ou PLANTÃO (62)99329-6597	CONSELHO TUTELAR 145 - VILA BRASÍLIA FONE (62)3545-6515 e/ou PLANTÃO (62)99259-5813	CONSELHO TUTELAR- MARANATA FONE (62)3296-7485 e/ou PLANTÃO (62)9271- 8637
Internacional Park	American Park	Bairro Ilda	Comendador Walmor
Bairro Vera Cruz	Cidade Empresarial	Bela Morada	Jardim das Cascatas
Brasicom	Jardim Canadá	Chácara Bela Vista	Jardim Monte Líbano
Buenos Aires	Bairro Cardoso I e II	Chácara Marivanã	Jardim Riviera Sul
Chácara Condomínio Sonho Verde	Bairro Independência	Chácara São Pedro	Loteamento Rio Dourado
Cidade Livre	Buriti Sereno I, II, III e IV	Cidade Satélite São Luiz	Quinta da Boa Vista
Colina Azul	Colina de Homero	Cidade Vera Cruz I, II	Residencial Porto do Sol
Conjunto Ana Rosa	Condomínio Jardim Mônaco	Condomínio Brasília Sul	Residencial Serra das Brisas
Conjunto Planície	Condomínio Jardim Vieira	Conjunto Cidade Vera Cruz	Goiânia Park Sul
DAIAG – Distrito Agroindustrial	Garavelo Park	Conjunto Estoril	Ibirapuera
DIMAG – Distrito Industrial	Jardim Florença	Conjunto Estrela do Sul	Jardim Alto Paraíso
Expansul	Jardim Helvécia I e II	Conjunto Liberdade	Jardim Boa Esperança
Indrial Santo Antônio	Jardim Itapuã	Conjunto Mabel	Jardim Dom Bosco I e II
Jardim Ametista	Jardim Tropical	Cruzeiro do Sul	Jardim dos Ipês
Jardim Belo Horizonte	Jardim Veneza	Jardim Bela Vista	Jardim Himalaia
Jardim Casa Grande	Parque das Nações	Jardim Bonanza	Jardim Riviera
Jardim Celia Maria	Parque Floresta	Jardim Cecília	Jardim São Conrado
Jardim Cristal	Parque Hayala	Jardim das Esmeradas	Jardim Tiradentes
Jardim Cristalino	Parque Veiga Jardim I a IV	Jardim dos Buritis	Madre Germana I
Jardim das Acácias	Residencial Campos Elísios	Jardim dos Pomares	Maranata
Jardim dos Girassóis	Residencial Porto das Pedras	Jardim Imperial	Residencial Anhembi I e II



Jardim Eldorado	Residencial Santa Fé	Jardim Luz	Residencial Araguaia
Jardim Esplanada	Setor Colonial Sul	Jardim Maria Inês	Residencial Caraíbas
Jardim Ipanema	Setor Garavelo	Jardim Mont Serrat	Residencial Goiany
Jardim Ipiranga	Setor Morada dos Pássaros	Jardim Olímpico	Residencial Jardim das Hortências
Jardim Iracema	Setor Pontal Sul I e II	Jardim Palácio	Residencial Norte Sul
Jardim Miramar	Vila Oliveira	Jardim Paraíso	Setor Aeroporto Sul
Jardim Palmares		Jardim Progresso	Setor Belo Horizonte
Jardim Pampulha		Jardim Transbrasiliana	Setor dos Bandeirantes
Jardim Repouso		Jardim Verde Vale	Setor Fabrício
Jardim Rio Grande		Nossa Senhora de Lourdes	Setor Independência Mansões
Loteamento Águas Claras		Nova Era	Setor Nova Cidade
Loteamento Andrade Reis		Papilon Park	Vila Delfiori
Loteamento Monte Cristo		Parque Flamboyant	Vila Izaura
Loteamento Rio Vermelho		Parque Primavera	Vila Romana
Loteamento Santa Luzia		Parque Real	
Norberto Teixeira		Parque Santa Cecília	
Nova Olinda		Parque São Jorge	
Parque Atalaia		Parque Trindade I e II	
Parque Industrial Aparecida		Recanto das Emboabas	
Parque Itamarati		Residencial Alvaluz	
Parque Montreal		Residencial Cândido de Queiroz	
Parque Rio das Pedras		Residencial Santa Luzia	
Parque Village Atalaia		Setor dos Afonsos	
Polo Empresarial Goiás I, II		Setor Franco	
Real Grandeza		Setor Mansões Paraíso	
Residencial Agenor Modesto		Setor Santos Dumont	
Residencial Maria Luiza		Setor Tocantins	



Residencial Solar Garden		Setor Vale do Sol	
Residencial Solar Park		Sítio Santa Luzia	
Residencial Walter Paulo III		Vila Alzira	
Retiro do Bosque		Vila Brasília	
Rosa do Sul		Vila Maria	
Rosa dos Ventos		Vila Mariana	
Serra Dourada I a III		Vila Santa	
Setor Alvorada Sul		Vila São Joaquim	
Setor Araguaia		Vila Sul	
Setor Central			
Setor Conde dos Arcos			
Setor Continental			
Setor dos Estados			
Setor Marista Sul			
Setor Santo André			
Setor Terra Prometida			
Setor Virginia Park			
Terra do Sol			
Vila Adélia			
Vila São Manoel			
Vila Souza			
Village Garavelo I, II			



	Nome	cargo	Área de Atuação
Atualização	José Ricardo Lopes Filho	médico	Ginecologista e Obstetra
Elaboração	José Ricardo Lopes Filho	médico	Ginecologista e Obstetra
	Thais Kato de Sousa	Enfermeira/ Apoiadora	Governança Clínica
	Hérica Sousa Leguizamon	Coordenadora	Governança Clínica
	Dayanne Priscylla Pires de Deus Caparroz	Enfermeira	Chefe de Vigilância do Óbito, Violências e Acidentes
	Loanny Moreira Barbosa	Coordenadora	Ambulatório Especializado
Colaboração	Renata Costa Marcelino	Diretora	Diretora de Urgência e Emergência
Aprovação	Gustavo Amoury	Superintendente	Superintendente de Atenção à Saúde
	Carlos Eduardo de Paula Icaramby	Superintendente	Superintendente executivo de Saúde
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretário de Saúde