

AGRAVO: Y-09- VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA.

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Descrição: A violência interpessoal e auto provocada é um agravo de grande importância para o setor de saúde pela magnitude com que atinge toda a sociedade, sem distinção de idade, sexo, classe social, raça, credo e também pelas consequências negativas advindas dos casos de violência, pela perda da qualidade de vida, pela sensação de insegurança, pela degradação do convívio social e do ambiente familiar. A violência é concebida como o uso intencional da força física ou poder, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade. Embora presente desde os primórdios da Humanidade e ser até um fator instintivo de sobrevivência e autodefesa, as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos e nos estilos e modos de vida determinam que a violência sofra modificações na sua manifestação e forma de ocorrência. Dentre as várias formas e natureza de violência podemos citar inicialmente a violência interpessoal onde um ou mais agressores causam lesões em uma ou mais vítimas e a violência auto provocada quando a própria pessoa provoca lesões em si mesma: em casos de suicídio, tentativa de suicídio e autoflagelação. E a violência doméstica/intra familiar é caracterizada quando há um vínculo afetivo ou familiar entre o agressor e a vítima.

Dentre os tipos de violências que ocorrem os mais frequentes são:

- A Violência Física, onde o agressor atinge o corpo físico da vítima causando lesões utilizando a própria força corporal ou ainda algum objeto ou instrumento;
- Violência Psicológica/Moral: compreende toda as formas de rejeição, depreciação, discriminação, calúnia, difamação, desrespeito, intimidação, ou seja, é toda a ação que coloque em risco ou cause dano à auto estima, identidade ou desenvolvimento da pessoa através de palavreado, gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas e sistemáticas.
- A Tortura também é uma forma de violência onde o agressor aplica algum sofrimento, dor, crueldade ou ameaça à vítima com objetivo específico de obter informação ou sujeição à uma situação específica;
- O Tráfico de seres humanos: esse tipo de violência ocorre quando a vítima, por sua vulnerabilidade, é forçada ao recrutamento, transporte e alojamento sob condições impróprias e ilegais, sob ameaça, coação, fraude, engano, sendo objeto de alguma forma de exploração.
- Violência sexual: é o abuso de poder no qual uma pessoa é usada para gratificação sexual de outro, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física.
- Violência Financeira/Econômica: Traduz-se no fato de as vítimas serem economicamente dependentes dos agressores, que utilizam esse fator como forma de exercer pressão sobre as mesmas. O agressor pode mesmo impedir a vítima de arranjar emprego garantindo assim a sua dependência financeira, além de se recusar a dar dinheiro para as necessidades básicas, tais como, comida ou vestuário.

- Negligência/Abandono: Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente, idoso ou outra pessoa que necessite de um responsável em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.
- Trabalho Infantil: É toda forma de trabalho exercido por crianças e adolescentes, abaixo da idade mínima legal permitida para o trabalho.
- Violência por intervenção legal: Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função.

-Agente etiológico: não se aplica

-Reservatório: Não se aplica

-Modo de transmissão: não se aplica.

-Período de Incubação: não se aplica.

-Período de Transmissão: não se aplica.

DEFINIÇÃO DE CASO:

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

NOTIFICAÇÃO:

A Notificação é compulsória e de responsabilidade do profissional de saúde que fizer o atendimento à vítima, o instrumento de coleta é Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Auto provocada, esta ficha é aberta e encerrada na mesma data e passa a fazer parte do banco de dados do SINAN.

Nesta ficha não são notificados os casos de violência extra familiar para vítimas de 20 a 59 anos do sexo masculino (em que não se caracterize violência sexual ou doméstica) que são monitorados por meio de outro sistema de informação. A notificação de casos de violência independe do consentimento ou comunicação ao paciente/vítima.

INVESTIGAÇÃO:

É feita no preenchimento da ficha de notificação onde são coletados dados e informações sobre o tipo de violência ocorrido, locais e horários de ocorrência, reincidência ou não, perfil da vítima e do provável agressor, atendimento e encaminhamentos recebidos pela vítima.

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS:

-Quadro Clínico: As vítimas de violência apresentam geralmente lesões, traumas, perfurações, fraturas, contusões, desmaio, hemorragias, amputações, edemas, hematomas, cortes,

escoriações, mordeduras, ferimentos por arma de fogo, luxações, intoxicações. Outro aspecto importante é a ocorrência freqüente do estresse pós-traumático, fragilidade e desorientação da vítima, confusão mental, essas características são mais comuns em casos de violência sexual e violência doméstica, há casos como de violência psicológica/moral, tentativa de suicídio, em que o paciente não apresenta nenhum sintoma físico.

-Diagnóstico laboratorial: utilizado nos casos de intoxicações ou gravidez decorrente de violência sexual.

-Diagnósticos Diferenciais: A correlação clínica entre o relato do paciente ou dos responsáveis e o quadro clínico apresentado pela vítima permite um diagnóstico diferencial na maioria dos casos.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE:

-Tratamento: Agravos de violência são demandas espontâneas e consideradas de urgência e emergência nos serviços de saúde. A assistência ao paciente é o objetivo primordial e deve se pautar nos seguintes princípios: respeito, atenção, ética, atendimento humanizado, sigilo, privacidade, evitar revitimização, evitar qualquer preconceito, discriminação ou julgamento, atendimento em equipe multiprofissional, constituindo-se de acolhimento com escuta qualificada, exame clínico minucioso, anamnese, coleta e preservação de materiais, diagnóstico, realização de exames necessários (gravidez, se for o caso, BHCG, Sífilis, VDRL, HIV, Anti HIV e Hepatite), procedimentos terapêuticos e profiláticos, orientações e encaminhamentos se necessário. O atendimento ao paciente segue os fluxogramas estabelecidos com todos os integrantes da rede de atendimento à pessoa em situação de violência. O espaço físico para os procedimentos precisa ser específico e separado para casos de violência sexual.

-Acompanhamento: O paciente vítima de violência necessita de acompanhamento especializado após o tratamento inicial para evitar ou amenizar seqüelas físicas, psicológicas e sociais que podem se manifestar. O acompanhamento deve ser feito por profissionais já a partir do atendimento inicial e é na verdade uma extensão deste, incluindo profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos. Já no atendimento inicial, se possível, deve ser feitas entrevistas com a vítima e caso haja necessidade também com os responsáveis, buscando primeiro transmitir segurança e conforto à vítima e responsáveis para com a equipe de atendimento, sendo este detalhe imprescindível para o bom andamento do acompanhamento, uma vez que a natureza do ocorrido dificulta e muito a verbalização do ocorrido pela vítima e responsáveis bem como sua comunicação e confiabilidade durante o atendimento. Os procedimentos constituem-se de consultas de retorno, administração de medicações, repetição de exames e orientações. O acompanhamento pode se estender pelo período de seis meses ou mais, e é realizado nas unidades de saúde, hospitais, e rede de assistência. O acompanhamento também segue fluxogramas estabelecidos.

-Referências: Todas as unidades de saúde devem prestar o atendimento inicial às vítimas de violência de maneira prioritária e fazer os devidos encaminhamentos, os Hospitais de

Referência prestam o atendimento referente às profilaxias e contracepção de emergência. O Hospital e Maternidade Dona Regina é referência em todo o Estado para violência sexual em casos que houver interrupção de gestação previstos em Lei. O Hospital Materno Infantil de Palmas esta implantando o serviço de referência para casos de violência contra crianças. Os Hospitais Regionais do Estado são referência para suas regiões em caso de violência sexual, para administração de profilaxia e contracepção de emergência. As referências devem fazer parte dos fluxogramas estabelecidos.

-Profilaxia de Emergência:DST/AIDS,Hepatite e medicação antirretroviral: As dosagens são estabelecidas segundo as condições do paciente, como idade, peso, condições gerais de saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A profilaxia das DST não virais em vítimas que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da vítima.

Nos casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intra familiar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de DST não virais. Entretanto, é essencial interromper o ciclo de violência, e o uso da profilaxia deve ser individualizado.

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

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento.

Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Sendo assim, é preferível adotar o esquema: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina.

Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada. Caso seja feita a opção por medicações orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as DST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual. Os médicos devem informar aos pacientes sobre os benefícios e os efeitos adversos associados à profilaxia. Podem ser associados anti eméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações para a maioria das mulheres 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 DST, depende de muitas condições, entre elas, destacam-se: os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a susceptibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; e o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada. Também está associado ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção. As evidências que suportam benefício da utilização de profilaxia ARV para violência sexual são indiretas e derivam de modelos teóricos de outras situações, tais como os conceitos de dinâmica viral e o impacto na redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto.

A prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes requer emprego de esquemas antirretrovirais em situações de violência sexual. Alguns estudos em animais, utilizando macacos com inoculação endovenosa ou em mucosa do vírus da imunodeficiência símia (SIV), também têm servido como modelo de extrapolação para o contexto de profilaxia de transmissão do HIV. Os riscos potenciais parecem inferiores aos benefícios da profilaxia. Devem ser consideradas principalmente a toxicidade no período de utilização dos antirretrovirais e a potencial seleção de variantes resistentes, caso ocorra a soroconversão.

Indicações e cuidados fundamentais: a prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência, ou PEP (Post-Exposure Prophylaxis) sexual, 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. 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 e essencial interromper o ciclo de agressão. Nestes casos, independente da indicação da profilaxia pelo Ministério da Saúde, 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.

Esquemas de quimioprofilaxia:

Esquema 1ª escolha

Zidovudina + lamivudina (AZT+ 3TC)

1 comp. 12/12 h VO

Tenofovir (TDF)

1 comp./dia VO

durante 28 dias

Esquema alternativo:

Zidovudina + lamivudina (AZT+ 3TC)

1 comp. 12/12 hs VO

Lapinavir/ritonavir (LPV/r)

2 comp. 12/12 hs VO

durante 28 dias

Obs. 1: A indicação de 3 Inibidores Nucleosídios da Transcriptase Reversa para a profilaxia minimiza a intolerância gastrointestinal, considera a plausibilidade biológica e inclui o AZT por ser o medicamento mais estudado.

Obs. 2: Caso o(a) parceiro(a) infectado(a) esteja em uso de esquema de resgate com carga viral (CV) suprimida, o esquema de profilaxia indicado para a pessoa exposta deve ser o mesmo utilizado pela pessoa infectada, exceto quando esta fizer uso de nevirapina ou efavirenz.

Obs. 3: Os esquemas de profilaxias sugeridos estão sujeitos a atualização a partir das evidências publicadas.

Mantenha-se sempre atualizado por meio do site: www.aids.gov.br

-Contracepção de emergência:

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 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 preferencialmente o uso de progestagênio puro (o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75mg, a cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única, com maior tolerância e eficácia), ou o método Yuzpe, que consistem na administração oral de pílulas combinadas (etinil-estradiol e levonorgestrel. é necessária a dose total de 200g de etinil-estradiol e 1g de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas, ou administradas em dose única. Existem opções com 50g de etinil-estradiol e 250g de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se 2 comprimidos a cada 12 horas ou 4 comprimidos em dose única). Para garantir a eficácia do método, a primeira dose da ACE deve ser iniciada até 72 horas após o coito desprotegido. Existem estudos que mostram que há algum efeito, ainda que menor, até 5 dias após a agressão. No entanto, quanto mais cedo se der a utilização do método melhor a 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.

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE:

Nos casos de violência contra menores de idade é obrigatório o envio de uma cópia da notificação ao conselho tutelar para que este tome as devidas iniciativas, e no caso de idosos acima de 65 anos também é obrigatório enviar uma cópia da notificação à delegacia de atendimento ao idoso ou órgão similar, pois estas faixas etárias são consideradas vulneráveis e tem proteção especial por parte do Estado.

Nos outros casos cabe a vítima ser orientada de todos os recursos e procedimentos legais a que ela pode recorrer. A notificação dos casos é importante para formação do banco de dados sobre violência, como perfil de vítimas e agressores, locais e horários mais prováveis de ocorrências, rede de atendimento disponível, entre outros, esses dados analisados fornecem informações e subsídio para planejamento de políticas e ações de combate e prevenção ao fenômeno da violência por todos os setores envolvidos.

Nos casos de violência auto provocada o apoio psicológico é fundamental para evitar a recidiva.

Nos casos de situação de violência doméstica é primordial garantir abrigo e sustento de mulheres e seus filhos devido à dependência econômica e vulnerabilidade.

A realização do abortamento nos casos de gravidez decorrente de violência sexual não necessita de decisão judicial, ou a sentença final do processo, caso houver. Portanto, a Lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual, nem mesmo boletim de ocorrência.

Nos casos em que a vítima não interrompe a gravidez ela é encaminhada para o pré-natal podendo optar por dar a criança para adoção com toda a assistência judicial na rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AIDS.gov.br/sites/.../pep_folder_profissional_saude_pdf_72584.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. (Série Manuais, n.18).
BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Políticas de Saúde. Direitos humanos e violência intrafamiliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília, 1993.

_____. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos, n. 167).

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Direitos Humanos. Departamento da Criança e Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília, 2002e.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente. Brasília, 2004b. 82 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em estados e municípios. 2004.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília, 2005a.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília, 2005b. Disponível em: . Acesso em: 12 set. 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela. Brasília, 2006

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). 2006

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006j.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto de 11 de outubro de 2007. Institui a Comissão Intersectorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): normas e rotinas. 2. ed. Brasília, 2007b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) 2008. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ficha de notificação/investigação individual de violências: Sinan NET 4.0. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472/MS/GM, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrucional da ficha de notificação/investigação de violências do Sinan NET 4.0. 2010.

_____. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário

Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, p. 1269-1278, 2007. (Suplemento).

HAMMANN, E. M.; LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: mais além da notificação compulsória. *Informe Epidemiológico do SUS 2000*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 211-219, 2000.

HIRIGOYEN, M. F. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. KRUG, E. G. et al. (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

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.

NJAINE K. et al (Org.). *Impactos da violência na saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Secretaria Internacional do Trabalho. Tráfico de pessoas para fins de exploração sexual*. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1997.

_____. *Manual de vigilância de lesões*. Tradução de Vilma P. Gawryszewski, com colaboração de Luís J. da Silva e Eliseu A. Waldman. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. *Protocolo de atenção à mulher em situação de violência*. Curitiba, 2007.

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 72 WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência IV: jovens do Brasil: juventude, violência e cidadania*. Brasília: Unesco; Instituto Ayrton Senna; Ministério da Justiça/ SEDH, 2004.

VIVA: *Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências*.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 7.

CONATOS:

-DVEDTNT (Diretoria de Vigilância Epidemiológicas de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis.)- Diretora: Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia

-DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) - Gerente: Jáder José Rosário da Silva.

-Área Técnica de Violências e Acidentes-Simone Matias Gondim da Silva.

-Fones: 063-3218-3205; 063-3218-3244

-Email: dant.tocantins@gmail.com.br

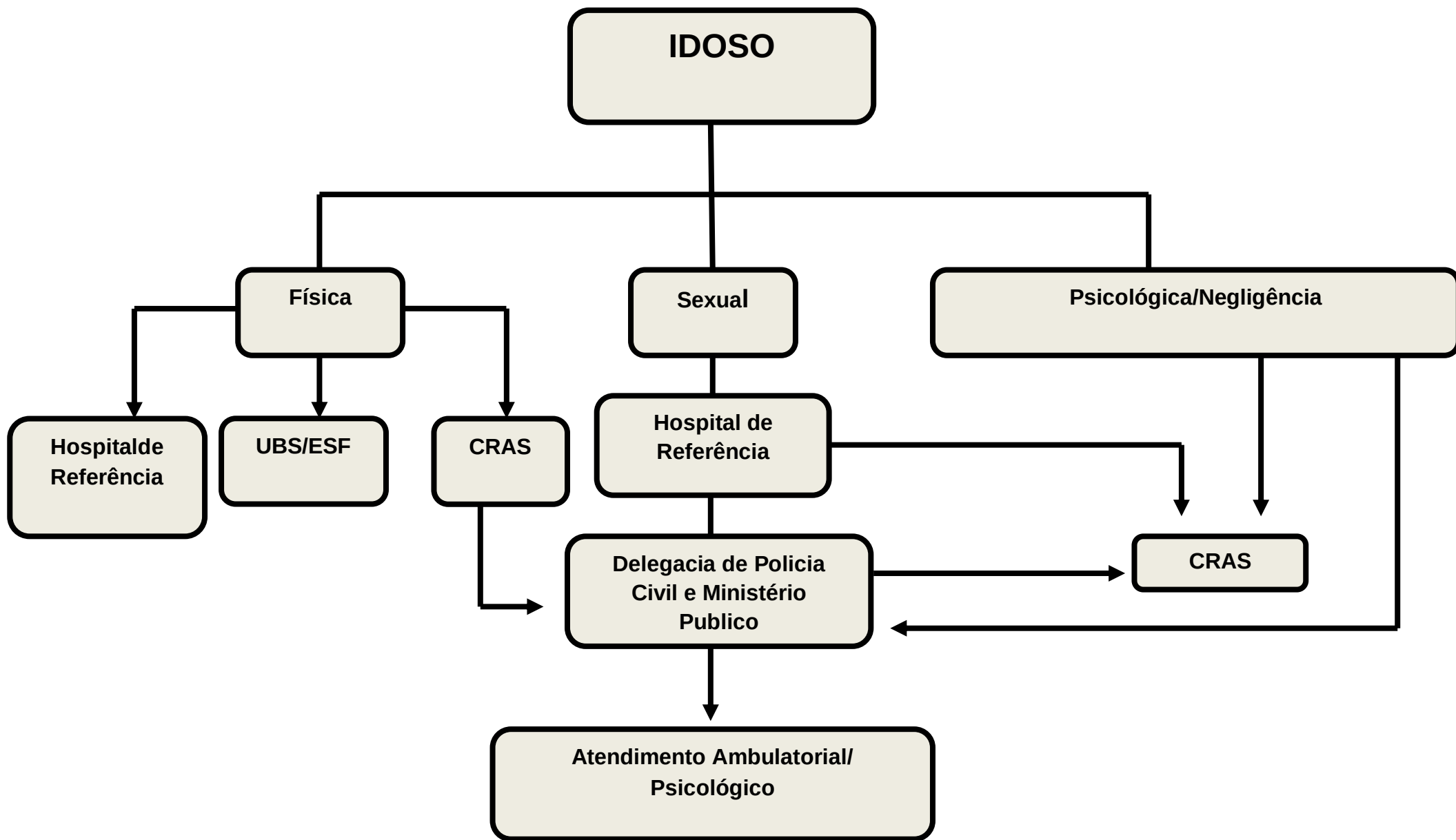
-Endereço: Quadra 104 Norte, Avenida LO-2, Lote 20/30,

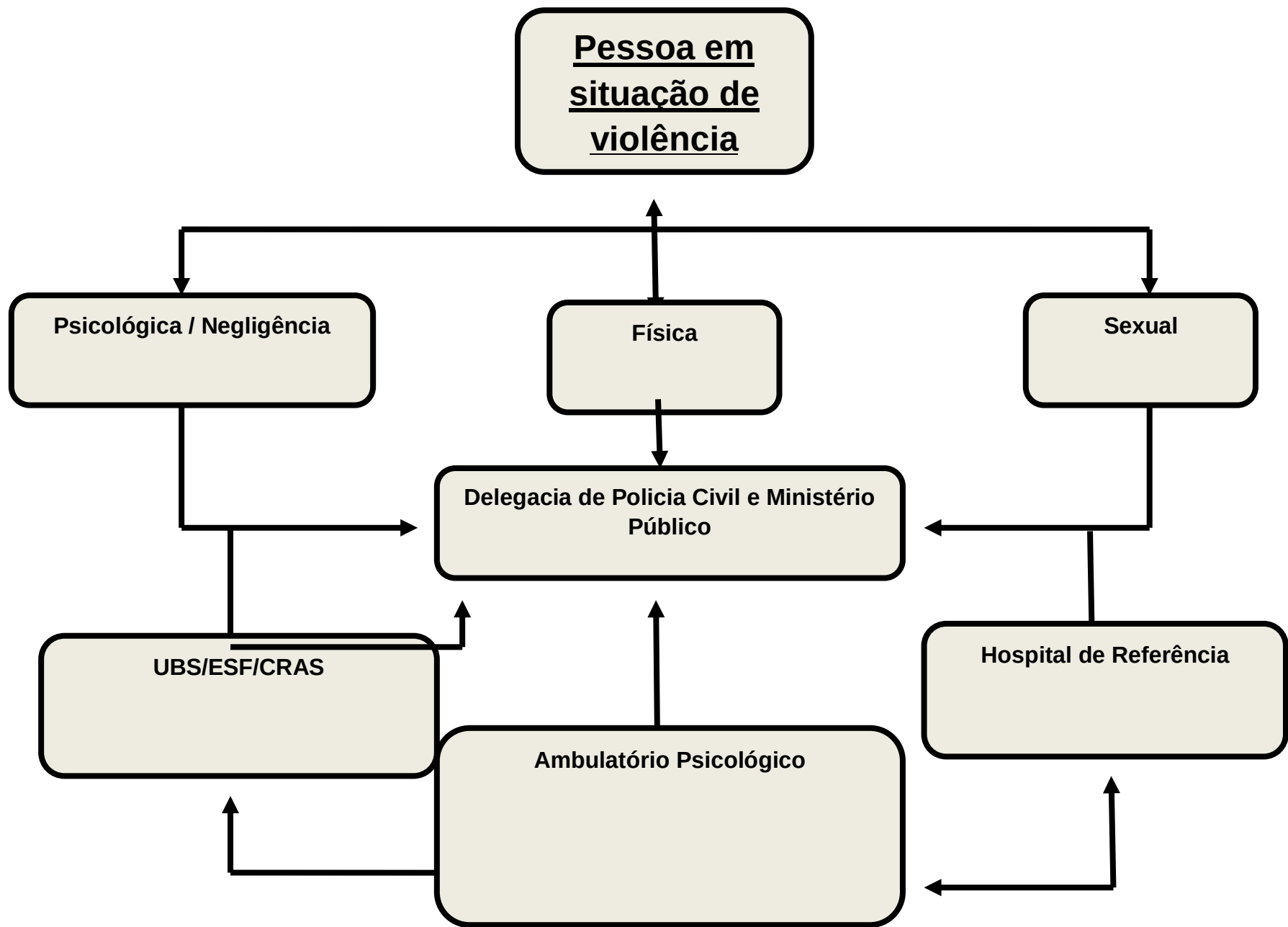
Edifício Lauro Knopp, 1º Andar, Centro-PDN

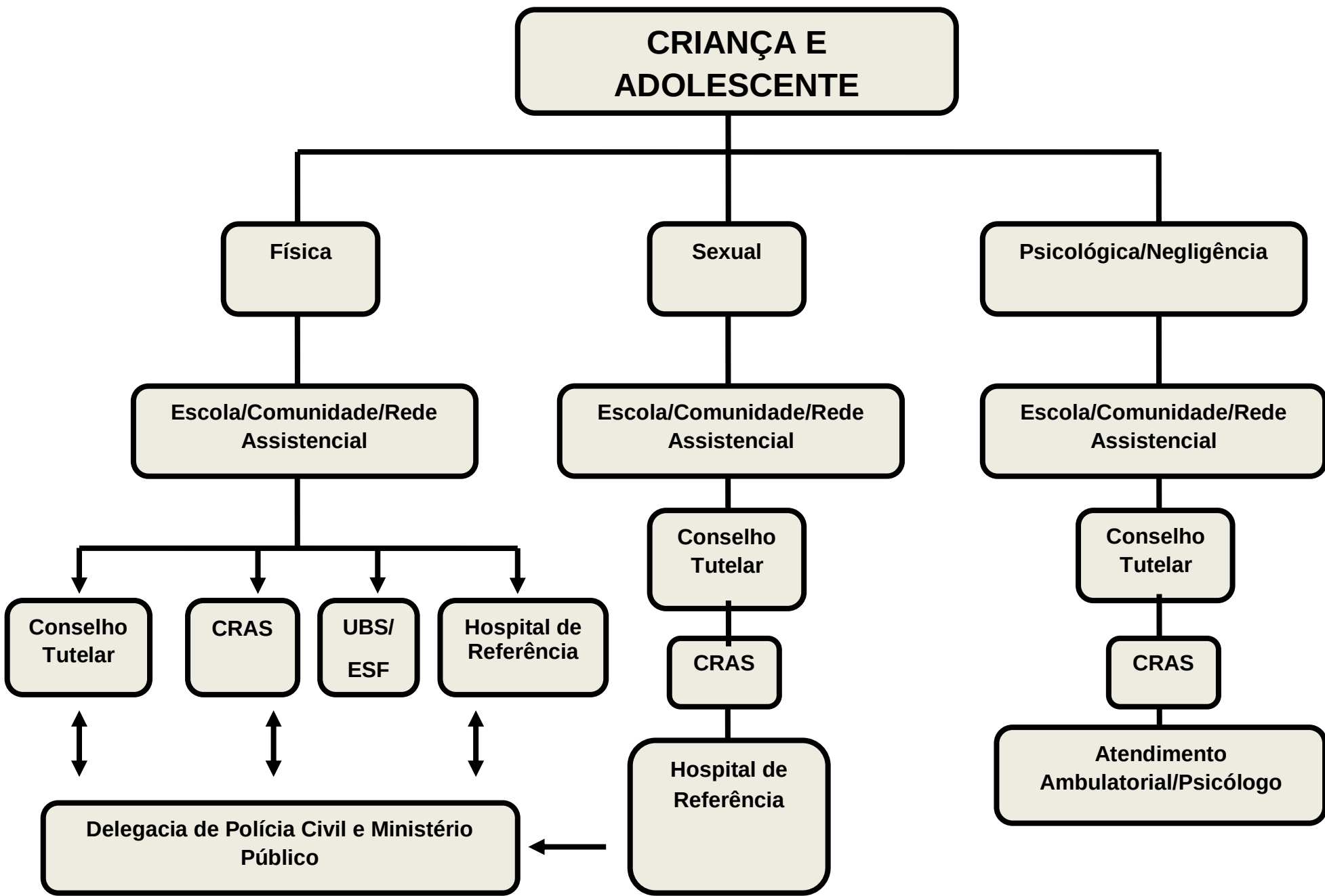
Palmas-TO-CEP 77006-022

ANEXOS:

Fluxogramas de atendimento às vítimas de violência:





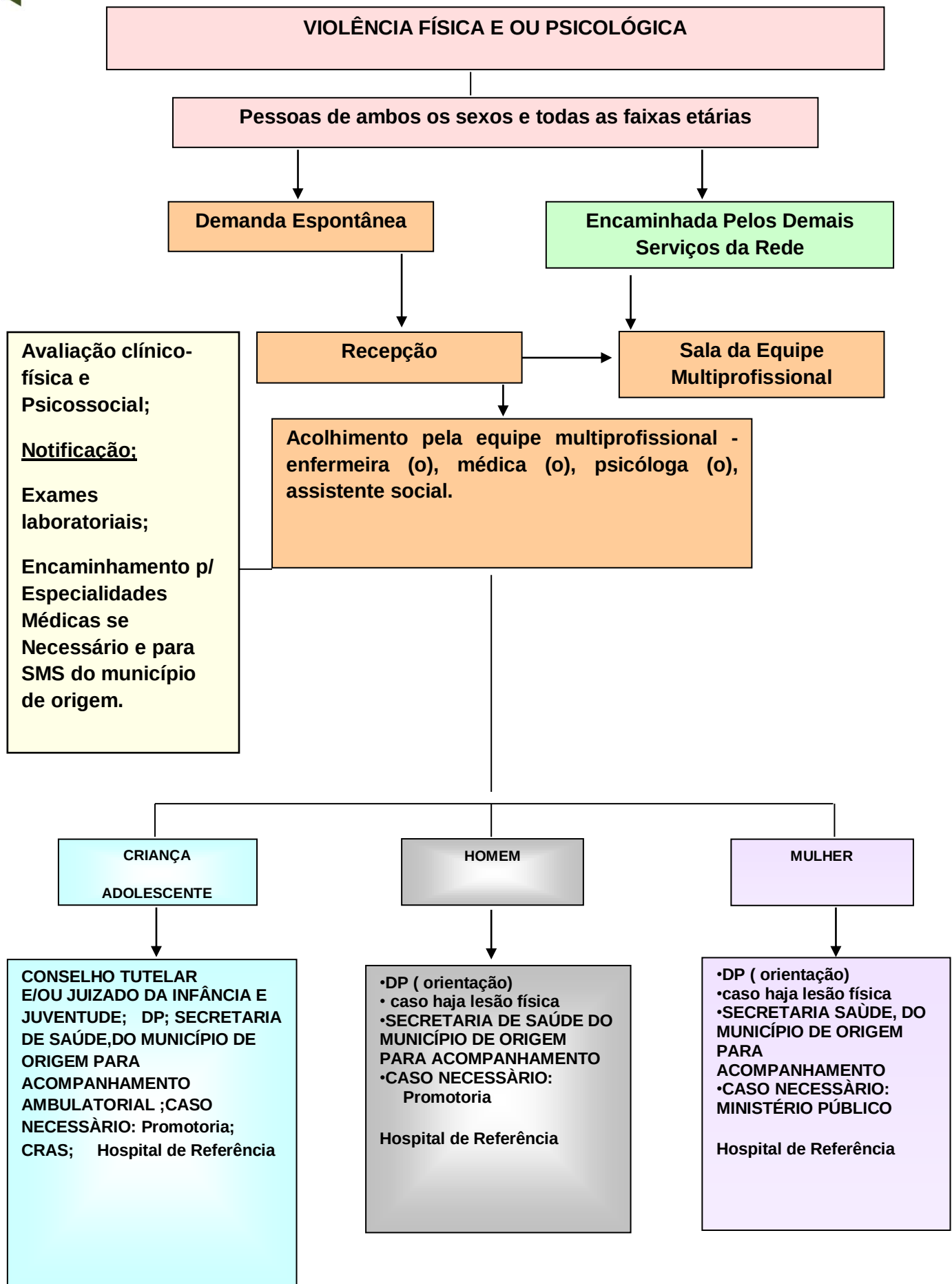


Ficha de Notificação:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA				
DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	4 UF 5 Município de notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		14 Escolaridade 0 - 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 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 DDD Telefone	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	31 Nome Social		32 Ocupação	
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	34 Orientação Sexual 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		35 Identidade de gênero: 1 - Travesti 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência	36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento	
	38 UF 39 Município de ocorrência		Código (IBGE)	40 Distrito
	41 Bairro		42 Logradouro (rua, avenida,...)	
	43 Número 44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3	
	46 Geo campo 4		47 Ponto de Referência	
	48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	50 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/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		
	54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	55 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro		
	56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da agressão	57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	58 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Evolução e encaminhamento	60 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
	63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Informações complementares e observações	64 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	67 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque-Saúde 0800 61 1997			
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			
Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

FLUXOGRAMA: Atenção à Pessoa em Situação de *Violência Física e ou Psicológica*



FLUXOGRAMA: Atenção a Pessoa em Situação de Violência Sexual na Unidade Básica de Saúde

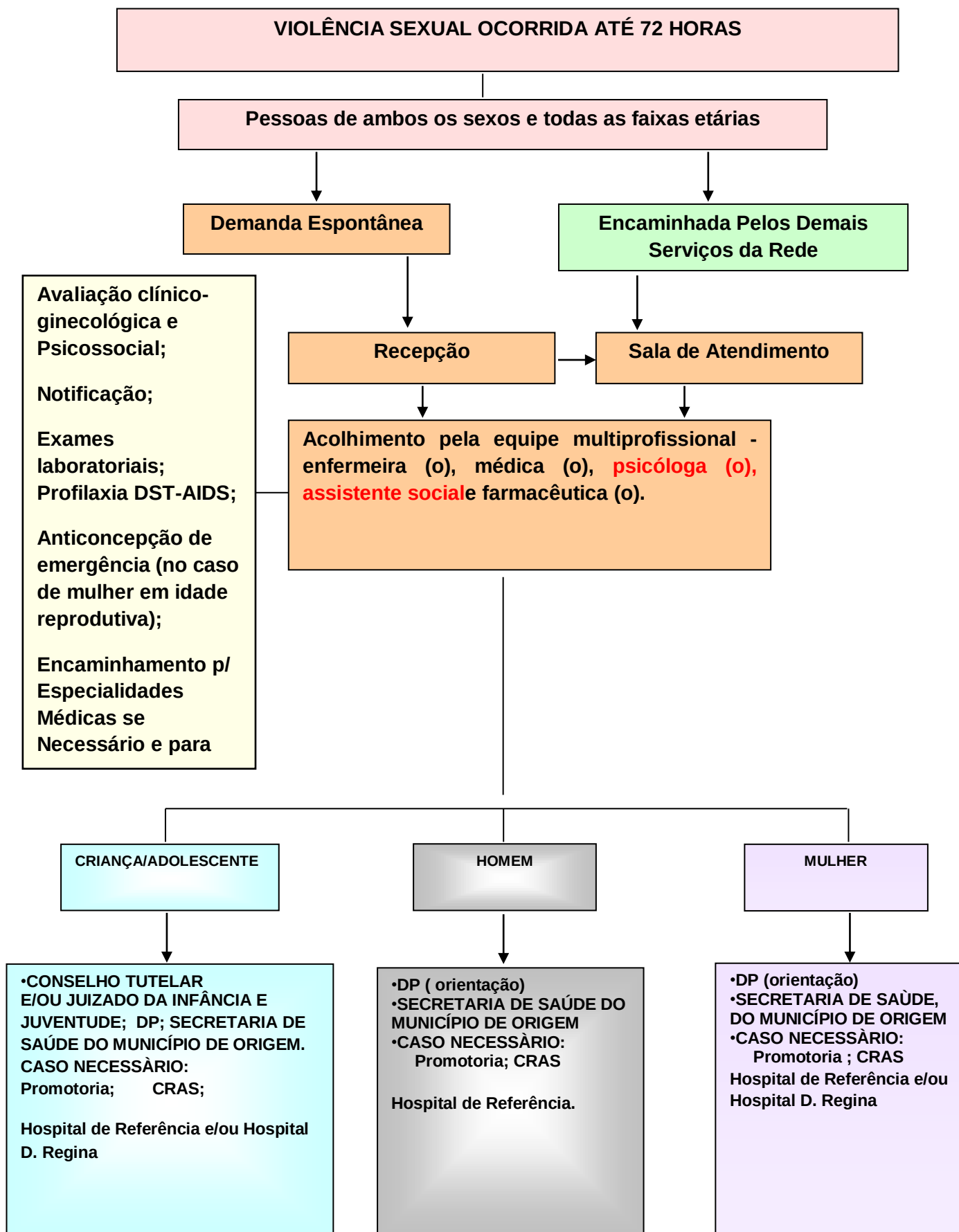
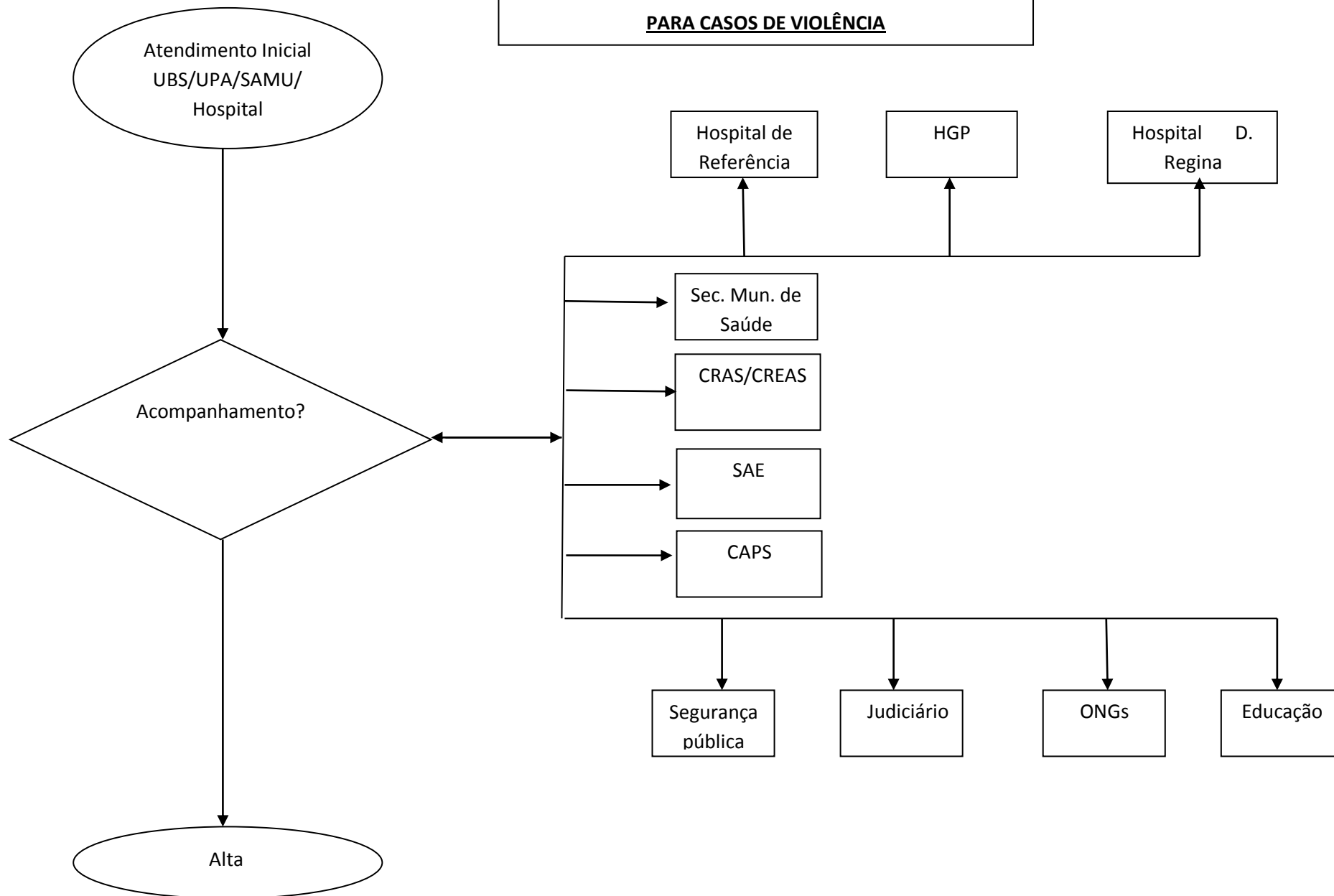


Tabela 1:Exames laboratoriais recomendados no atendimento pós exposição sexual .

Teste	Recomendação durante a profilaxia		Recomendação de seguimento		
	Basal	Suspeita de Síndrome Retroviral Aguda ou Toxicidade	4-6 semanas	12 Semanas	24 Semanas
Teste Rápido ou AnthIV Elisa	X	X	X		X
Carga Viral e contagem Linfócitos CD-4		X			
Anti-HBs	X				X
HbsAg	X				X
Anticorpo HCV	X			X	X
VDRL	X			X	
Creatina	X	X			
Hemograma	X	X			
Transaminase	X	X			
Urina	X				

FLUXOGRAMA BÁSICO SIMPLIFICADO

PARA CASOS DE VIOLÊNCIA



Guia de contatos da rede:

UNIDADES INTEGRANTES DO SISCLOM-COM MEDICAÇÃO ANTIRETROVIRAL.	
- HGP / PALMAS: 32187828	-H Regional de Dianópolis/ DIANÓPOLIS: 36921630
-H M D Regina-SAVIS / PALMAS: 3218-7786	-H Regional de Gurupi/ GURUPI: 3315-0252
-Casa da Caridade Dom Orione/ ARAGUAÍNA: 3411-8787	-H Regional de Paraíso/ PARAÍSO: 3904-1218
-H Infantil de Palmas / PALMAS: 32187737	-H Regional de Porto Nacional/ PORTO NACIONAL: 8459-8483
-H Materno Infantil Tia Dedê/ PORTO NACIONAL: 3363-8302	-H Regional de Guaraí/ GUARÁI: 3464-8312
-H Municipal de Colinas / COLINAS: 34767062	-H Regional de Pedro Afonso/ PEDRO AFONSO: 3466-1911
-H Municipal de Araguatins/ ARAGUATINS: 34742727	-H Municipal de Taguatinga / TAGUATINGA: 36541140
-H Regional de Araguaína/ ARAGUAÍNA: 34112800	-H Regional de Miracema / MIRACEMA: 3929-3036
-H Regional de Arapoema/ ARAPOEMA: 34351258	-H Regional de Augustinópolis/ AUGUSTINÓPOLIS: 34561292
-H Regional de Arraias/ ARRAIAS: 3656-1181	

UNIDADES SAE- REFERÊNCIA PARA SEGUIMENTO DE TRATAMENTO	
-Centro de Especialidades Médicas /PORTO NACIONAL: 3363-4396	-Núcleo de Assistência Henfil/ PALMAS: 3218-5333
-Policlínica Dr. Luiz Santos Filho/ GURUPI: 3315-0103	-Policlínica João Coelho de Azevedo/ PARAÍSO: 3904-2453
-Hospital de Doenças tropicais/ ARAGUAÍNA: 34116019	

HOSPITAIS SEM MEDICAÇÃO PROFILAXIA DST/AIDS	
-Hospital Referência Xambioa/ XAMBIOA: 3473-1285	-Hospital Referência Araguaçu/ ARAGUAÇU: 3384-1218
-Hospital Referência Alvorada/ ALVORADA: 3353-1839	

Demais integrantes da rede	
-Delegacia da Mulher-DEAM/PALMAS: 3218-1868	-Delegacia do Idoso-DEPI/PALMAS: 3218-6891
-Delegacia da Infância e Adolescência-DPCA/PALMAS: 3218-1869	-Conselho Tutelar/ PALMAS: 3218-5194
- Secretaria Estadual da Educação/PALMAS: 3218-1401	-Secretaria Municipal da Educação/PALMAS: 3234-0212
- Secretaria Municipal da Educação/PALMAS: 3218-5332	



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE

GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO DO HIV

(Versão: CE – DST/Aids/HIV, SESAU-TO, MARÇO DE 2015)

OBS: Esse documento deverá ficar arquivado na farmácia

Identificação do usuário (iniciais do nome): _____ Data do atendimento: ____/____/____						
Nº do Prontuário: _____ Nº da Notificação: _____						
Categoria do Usuário: () Acidente Ocupacional () Violência Sexual						
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV	Vítima de Violência Sexual – (Mulheres Adultas e Adolescentes)					
	ESQUEMA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO	UN	QTD
	1ª Opção ()	AZT (300 mg) + 3TC (150mg)	1 cpr de 12/12h	4 Semanas (28 dias)	FR	
		LPV/r (200mg/50mg)	2 cpr de 12/12h		FR	
	2ª Opção ()	(DFC 2 em 1) TDF (300mg) + 3TC (300mg)	1 cpr ao dia	4 Semanas (28 dias)	FR	
	OBS: Em Situações de intolerância ao LPV/r, o Tenofovir (TDF) deve ser considerado devido a sua maior comodidade posológica, perfil mais favorável em relação a efeitos adversos					
	Vítima de Violência Sexual – (Crianças)					
	Esquema	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO	UN	QTD
	AZT + 3TC + LPV/r (ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR) ()	AZT – Solução oral 10mg/ml ou cápsula 100mg	180mg/m²/dose de 12/12h - (Dose máxima de 300mg/dose)	4 Semanas (28 dias)	FR	
		3TC – Solução oral 10mg/ml ou cpr 150mg	4mg/Kg/dose de 12/12h (dose máxima de 150mg/dose > 12 anos: 150mg 12/12h ou 300mg em dose única diária)		FR	
LPV/r – Solução oral 80mg/20mg/ml ou – cpr 200mg/50mg		Crianças < 2 anos: 300mg/m² - 12/12h Crianças > 2 anos: 230mg/m² - 12/12h (Dose Máxima: 200mg – 12/12h) Adolescentes: 400mg 12/12h	FR			
CONDUTAS PARA PROFILAXIA DE HIV APÓS EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO / ACIDENTE OCUPACIONAL						
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO DO HIV POR EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL	EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA					
	Classificação de Gravidade do Acidente	Paciente-fonte HIV+/teste rápido + assintomático ou carga viral < 1500 cópias/ml	Paciente-fonte HIV+/Teste Rápido + sintomático (AIDS) ou carga viral >1500 cópias/ml	Paciente-fonte desconhecido ou sorologia anti-HIV desconhecida	Pacient e-fonte com Teste Rápido HIV negativ o	QTD (FR)
	Alto Risco	AZT + 3TC () + Tenofovir () ou lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ()	AZT+3TC () + Tenofovir () ou Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ()	Considera uso de antirretrovirais, conforme vontade do acidentado em fazer uso da profilaxia e/ou alto risco de infecção para HIV do paciente- fonte. Considerar AZT+3TC	Profilax ia não Recom endada	
	Moderado Risco	AZT+3TC ()	AZT+3TC () + Tenofovir () ou Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ()			
	EXPOSIÇÃO EM MUCOSA OU PELE NÃO ÍNTEGRA					
	Alto Risco	AZT+3TC ()	AZT+3TC () +Tenofovir () ou Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ()	Considera uso de antirretrovirais, conforme vontade do acidentado em fazer uso da profilaxia e/ou alto risco de infecção para HIV do paciente- fonte. Considerar AZT+3TC	Profilax ia não Recom endada	
	Moderado Risco	Considerar AZT+3TC ()	AZT+3TC ()			
	EXPOSIÇÃO EM PELE ÍNTEGRA					
	Baixo Risco	Profilaxia não Recomendada	Profilaxia não Recomendada	Profilaxia não Recomendada	Profilaxia não Recomendada	
	Doses: Zidovudina+Lamivudina (AZT 300mg + 3TC 150mg): 1 comprimido VO 12/12h (28 dias)					
Tenofovir (TDF) 300mg:1 comprimido VO 1 X ao Dia (28 dias)						
Tenofovir+Lamivudina (TDF 300mg + 3TC 300): 1 comprimido VO 1x ao dia (28 dias)						
Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) 200/50mg: 2 comprimidos VO 12/12h (28 dias)						

Fonte: Protocolo de Atendimento a Acidente com Exposição à Material Biológico/SESAU/2011; Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra a Mulher e Adolescentes/MS/2012. OBS: (1) Superfície corporal (m²) = (Peso x 4) + 7 Peso + 90 (2) Peso em Kg = 2 x idade + 8

Profissional solicitante (assinatura e carimbo)	Responsável pela liberação (assinatura e carimbo)	Data da Liberação ____/____/____
---	---	--